

# Absceso hepático polimicrobiano gigante. Reporte de caso

**Autores** Rocío Iglesias<sup>1</sup>, Katherine Rosales<sup>1</sup>, Leidy De Jesús<sup>1</sup>, Diana De Oliveira<sup>1</sup>, Erik Dávila<sup>2</sup>, Alberto. Lafuente<sup>3</sup>, Carlos Bravo<sup>4</sup>, Juan Marcano<sup>5</sup>

**Afiliación** <sup>1</sup>Estudiante de medicina, Escuela Luis Razetti, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela. Caracas-Venezuela. <sup>2</sup>Médico Internista. Profesor Instructor de la Cátedra de Clínica y Terapéutica B de la Escuela Luis Razetti (UCV). Adjunto del servicio de Medicina Interna II. Hospital Universitario de Caracas- Caracas-Venezuela. <sup>3</sup>Médico Gastroenterólogo del Hospital de Clínicas Caracas. Caracas-Venezuela. <sup>4</sup>Cirujano. Adjunto del servicio de Cirugía II. Hospital Universitario de Caracas. Caracas-Venezuela. <sup>5</sup>Residente de Cirugía del servicio de Cirugía II. Hospital Universitario de Caracas. Caracas-Venezuela.

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2018;72(2):49-51. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 2477-975X

Autor correspondiente: Rocio Iglesias. Escuela Luis Razetti, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela.

Correos Autores: rocioiglefort@gmail.com; katherinerosalespereira@gmail.com; Ldejesus5toc@gmail.com; dianacdeolivierag@gmail.com; Eriklester@hotmail.com; carlosbravogps@gmail.com; thepower2454@gmail.com; albertoleamus@hotmail.com;

Fecha de recepción: 27 de mayo de 2018. Fecha de revisión: 03 de junio de 2018. Fecha de Aprobación: 28 de junio de 2018.

## Resumen

Absceso hepático piógeno (AHP) es una colección supurada rodeada de una cápsula fibrosa en el parénquima del hígado. Su incidencia es más elevada en hombres, con un predominio en la quinta y sexta década de la vida. Comúnmente son de etiología polimicrobiana, siendo la infección por hongos poco frecuente. La sintomatología es inespecífica siendo necesaria la combinación de estudios de laboratorio y de imagen para confirmar el diagnóstico. El estudio microbiológico además de ser fundamental en el diagnóstico es imprescindible en el manejo del absceso, ya que en base a este se debe adaptar la antibioticoterapia. A continuación, se presenta caso de paciente de 60 años con absceso hepático polimicrobiano de aproximadamente 30x30cm.

**Palabras Clave:** Absceso hepático piógeno, etiología polimicrobiana, etiología fungica, absceso hepático gigante.

## GIANT POLYMICROBIAL HEPATIC ABSCESS. A CASE REPORT

### Summary

Liver abscess pyrogen (AHP) is a suppurated collection surrounded by a fibrous capsule in the liver parenchyma. Its incidence is higher in men, with a predominance in the fifth and sixth decade of life. They are usually of polymicrobial etiology, being the fungal infection infrequent. The symptomatology is non-specific, requiring a

combination of laboratory and imaging studies to confirm the diagnosis. The microbiological study besides being fundamental in the diagnosis is essential in the management of the abscess since the antibiotic therapy must be adapted to its results. The following is a case of a 60-year-old patient with polymicrobial hepatic abscess of approximately 30x30cm.

**Key words:** Pyogenic liver abscess, Polymicrobial etiology, fungal etiology, giant liver abscess.

### Introducción

El absceso hepático piógeno (AHP) es una enfermedad que sigue siendo un reto médico, su curso clínico suele ser insidioso llevando en la mayoría de los casos a un diagnóstico tardío y a una mortalidad elevada. La incidencia del AHP es mayor en los extremos de la vida con alta frecuencia entre la quinta y sexta décadas, afectando a hombres y mujeres en una relación de 2,5:1<sup>1,2</sup>.

La mayoría de los AHP son polimicrobianos, principalmente ocasionados por la combinación de bacterias entéricas y anaerobias. La historia clínica es de suma importancia y debe ir dirigida a identificar los factores de riesgo: como lo son enfermedad biliar; infección bacteriana en otro órgano intraabdominal; viajes recientes o migración a zonas endémicas; trauma abdominal; mantener relaciones homosexuales, el uso de medicamentos inmunodepresores y enfermedades crónicas como la diabetes.

Es importante tomar en cuenta todos estos factores de riesgo en cuenta ya que son fundamentales para determinar los mecanismos y los gérmenes implicados en la aparición del absceso<sup>3,4,5</sup>.

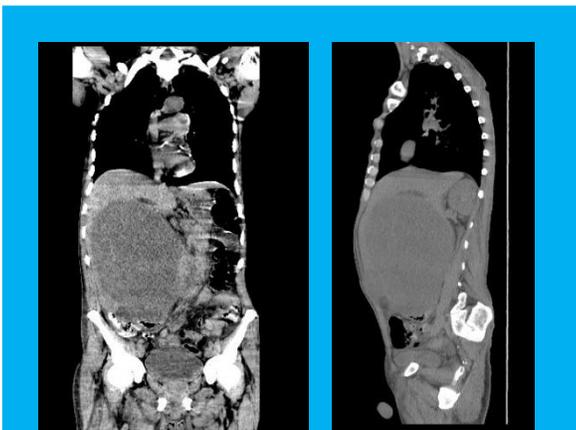
En cuanto al diagnóstico la unión de los estudios de laboratorio, microbiológico y de imagen son imprescindibles para realizar el diagnóstico. Las técnicas de imagen tienen una gran sensibilidad para el diagnóstico de abscesos hepáticos, además, estas técnicas permiten la aspiración guiada del absceso y su drenaje no quirúrgico. La intervención inmediata (aspiración guiada, drenaje percutáneo o exploración quirúrgica) y el tratamiento antibiótico intravenoso son prioritarios en el absceso hepático piógeno.<sup>1</sup> A continuación, se presenta caso de paciente de 60 años con absceso hepático polimicrobiano de aproximadamente 30x30cm

## Presentación del caso

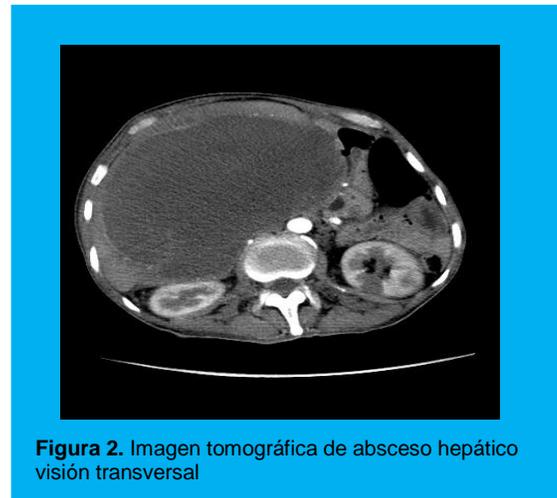
Se trata de paciente masculino de 60 años, natural de San Cristóbal y procedente de Caracas, sin antecedentes patológicos conocidos, quien refiere inicio de enfermedad actual 2 meses antes de su ingreso, cuando presenta aumento de volumen progresivo en epigastrio, asociándose tinte icterico en piel y mucosa, astenia, náuseas y pérdida de peso no cuantificada. En cuanto a los antecedentes personales es conveniente destacar que el paciente estaba en condición de calle con hábitos de OH y tabáquico acentuado de hasta 2 cajas día desde la adolescencia.

Al momento de la evaluación presentó presión arterial: 102/60 mmHg, frecuencia cardiaca: 80 lpm, frecuencia respiratoria: 18 rpm. Paciente crónicamente enfermo, caquéxico. ORL: mucosa oral seca con leve tinte icterico en piel y mucosa. Cardiopulmonar: tórax normoexpandible, RsRsPs, sin agregados, RsCsRt taquicárdicos, sin soplos. Abdomen: con lesión ocupante de espacio (LOE) de aproximadamente 30 x 30 cm, que ocupa totalidad de hemiabdomen superior, de consistencia pétreo y doloroso a la palpación. Extremidades: con edema y cianosis distal, acropaquia y llenado capilar >3 seg. Neurológico: paciente consciente orientado en tiempo, espacio y persona.

En la tomografía computarizada de abdomen se evidenció LOE gigante hepático tipo absceso con estimado de 2000 cc (**Figuras 1 y 2**). Los exámenes de laboratorio presentaron elevación de aminotransferasas, bilirrubina, ALP e hiponatremia. El uroanálisis se reportó con nitritos positivo y el coproanálisis SOH +. La serología VDRL y VIH negativas.



**Figura 1.** Imagen tomográfica de absceso hepático visión frontal y sagital



**Figura 2.** Imagen tomográfica de absceso hepático visión transversal

El paciente es evaluado en conjunto con el servicio de gastroenterología quienes drenan 120 cc de secreción achocolatada espesa no fétida (se envía para cultivo bacteriano, micótico y TBC). Se realiza control ecográfico con evidencia de 400 cc de imagen heterogénea e impresiona tabicado. Debido al deterioro del estado general con signos de shock séptico es intervenido quirúrgicamente con la obtención de 3500 cc de secreción purulenta achocolatada con perforación de colon ascendente que ameritó hemicolectomía derecha, posteriormente se obtienen resultados de cultivos que reportan *Streptococcus Viridans*, *Staphylococcus Aureus*, *Candida albicans* y anaerobio en tipificación, se asocia Fluconazol, Ceftriaxone y Metronidazol el cual venía recibiendo, posteriormente presenta deterioro del estado general que amerito nueva intervención quirúrgica con drenaje de 2500 cc de secreción purulenta y perforación de duodeno y vesícula, falleciendo en recuperación.

## Discusión

Debido al abundante suministro de sangre desde el sistema porta y las circulaciones sistémicas, el hígado es un sitio común de enfermedad metastásica y también el sitio más común de abscesos viscerales, siendo estos últimos, colecciones supuradas rodeadas de una cápsula fibrosa en el parénquima hepático. Desde el punto de vista etiopatogénico, los gérmenes pueden invadir el hígado a través de diferentes rutas, como lo son la biliar, la portal, por contigüidad, arterial, por traumatismo y criptogenético.

Los abscesos de origen biliar son los más frecuentes (40-60%), en segundo lugar, se encuentran los abscesos de origen criptogenético, representando entre un 20 a 30% de los abscesos hepáticos piógenos; siendo estos últimos aquellos abscesos en los cuales no se encuentra ninguna etiología que explique su desarrollo; es decir, no se recoge ningún antecedente patológico, ni se evidencia ningún foco infeccioso en los estudios diagnósticos, intervención quirúrgica o necropsia<sup>2,3,4</sup>.

Las teorías para explicar la aparición de los abscesos de origen criptogenético son variadas, siendo la más aceptada aquella que atribuye su aparición a infecciones no detectadas o ya resueltas en el territorio portal. Es importante mencionar que ciertas enfermedades sistémicas, como diabetes, cáncer, cirrosis o sida pueden actuar como factores predisponentes<sup>2</sup>.

En el caso del paciente antes presentado se presume que el absceso hepático es de origen criptogenético ya que no se encontró ningún antecedente patológico ni foco de infección aparente. A su vez el estado de inmunosupresión por la edad, la condición de calle, el hábito tabáquico y alcohólico marcado pudieron ser predisponentes para este tipo de absceso.

Debido a la variedad de mecanismos que pueden generar abscesos hepáticos piógenos, se dificulta establecer generalizaciones en cuanto a la microbiología de esta enfermedad. Entre el 30 a 60% de los abscesos hepáticos piógenos suelen ser de etiología polimicrobiana, siendo los microorganismos comúnmente aislados: bacterias aerobias gramnegativas en el 40-60% de los casos: *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter spp.*, *Pseudomonas spp.*, bacterias anaerobias en el 35-45% de los casos: *Bacteroides spp.*, *Fusobacterium*, *Peptostreptococcus*, *Clostridium spp* y bacterias aerobias grampositivas en el 10-20% de los casos: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus spp.*, encontrándose en aumento el aislamiento de estreptococos. A su vez los abscesos de origen fúngicos, presentan muy baja incidencia encontrándose principalmente en pacientes inmunosuprimidos o en tratamiento con quimioterapia o tras un viaje al extranjero en el caso de la histoplasmosis. En los abscesos criptogénicos se aísla a menudo *Staphylococcus aureus* y los estreptococos b hemolíticos<sup>2,4,5</sup>.

La mayoría de los pacientes con abscesos piógenos refieren síntomas durante un período de tiempo que suele variar entre días a 3-4 semanas, a pesar de esto debido a la inespecificidad del cuadro clínico se han descrito casos de más de 6 meses de evolución, siendo esta la presentación más común en los pacientes ancianos, dando lugar a confusión con procesos cancerosos. A su vez la enfermedad subyacente asociada con el absceso puede influir en la presentación clínica en cada caso; siendo así, la duración de la sintomatología en pacientes con enfermedad del tracto biliar o con diseminación hematógena más corta que en aquellos con abscesos criptogénicos<sup>2,5</sup>.

La presentación clínica suele ser inespecífica consta de fiebre, ictericia, dolor en hipocondrio derecho, malestar general, anorexia, vómitos, adelgazamiento, entre otros. Al examen físico en el 30 a 60% de los casos se puede palpar una masa dolorosa en el hipocondrio derecho. A su vez es importante mencionar que el tamaño promedio de los abscesos es de 5 a 15 cm.<sup>1,2</sup>, resaltando que el de nuestro paciente midió aproximadamente de 30 x 30 cm. Posterior a una búsqueda exhaustiva de la literatura no es de nuestro conocimiento que haya sido reportado un absceso hepático piógeno de estas dimensiones y de etiología mixta (microbiana y fúngica), como el encontrado en el paciente presentado.

Como ya se mencionó, la presentación clínica de estos abscesos suele ser inespecífica, es por esto que es necesaria la realización de diversos estudios tanto de laboratorio como de imagen que faciliten el diagnóstico lo más precozmente posible. En el estudio hematológico se pueden presentar las siguientes alteraciones: neutrofilia, velocidad de sedimentación incrementada, elevación de la proteína C reactiva y entre el 40 y el 69% de los casos puede existir anemia, que será más clara cuanto más larga sea la evolución clínica. Las pruebas de función hepática son generalmente anormales; las elevaciones son a menudo notables, pero su normalidad no excluye el diagnóstico de AHP. Se presenta elevación de las transaminasas, elevación marcada de la fosfatasa alcalina, a su vez se puede conseguir hiperbilirrubinemia, hipalbuminemia e hipoproteinemia<sup>2,4</sup>. Es importante mencionar que la anemia reflejada en los laboratorios del paciente antes mencionado se atribuyó al marcado hábito tabáquico del paciente.

En cuanto a los estudios de imagen los más utilizados son la ecografía abdominal, la cual además de ser un método no invasivo y de bajo costo es usado para guiar la aspiración del absceso y la tomografía axial computarizada, siendo esta la que tiene mayor sensibilidad. El manejo debe incluir antibiótico terapia adaptada a los microorganismos encontrados en el cultivo combinado con el drenaje del absceso, las técnicas de drenaje incluyen drenaje percutáneo guiado por ecografía o tomografía, drenaje quirúrgico o drenaje por colangiopancreatografía retrograda<sup>5,7</sup>.

Entre las complicaciones más comunes figuran la recidiva del absceso y/o sepsis relacionada con el mismo y las complicaciones respiratorias, como atelectasia, neumonía y derrame o empiema. Siendo las causas más frecuentes de fallecimiento en este tipo de enfermos la sepsis y el fallo multiorgánico<sup>2</sup>.

## Conclusión

Presentamos un caso inusual de AHP debido a infección polimicrobiana, bacteriana y fúngica en la cual en *Streptococcus Viridans* y la *Candida Albicans* son agentes infrecuentes aislados en abscesos hepáticos. En este caso, se presume que es de origen criptogenético, ya que no se consiguieron antecedentes patológicos. El drenaje guiado por radiología del absceso y la terapia antibiótica (incluida la cobertura anaeróbica) son los pilares de la terapia. En nuestro caso el paciente requirió intervención quirúrgica debido a las grandes dimensiones del absceso y al deterioro del estado general con signos de shock séptico.

## Clasificación del trabajo

AREA: Gastroenterología.

TIPO: Caso clínico.

TEMA: Absceso hepático piógeno.

PATROCINIO: este trabajo no ha sido patrocinado por ningún ente gubernamental o comercial.

## Referencias Bibliográficas

1. Torre Delgadillo A. Abscesos hepáticos. Gastroenterología y Hepatología Continuada. 2011;10(5):201-207.
2. Álvarez Pérez JA, Baldonado Cernuda RF, González González JJ, Sanz Álvarez L. Abscesos hepáticos piógenos. Cirugía Española. 2001 2001/01/01;70(3):164-172.
3. Nagpal SJS, Mukhija D, Patel P. *Fusobacterium nucleatum*: a rare cause of pyogenic liver abscess. SpringerPlus. 2015; 4:283.
4. Chiche L, Dufay C, Dargère S, Le Penec V. Absceso hepático. EMC - Tratado de Medicina. 2011 2011/01/01;15(2):1-7.
5. Carrillo Ñañez L, Cuadra-Urteaga JL, Pintado Caballero S, Canelo-Aybar C, Gil Fuentes M. Absceso hepático: características clínicas, imagenológicas y manejo en el Hospital Loayza en 5 años. Revista de Gastroenterología del Perú. 2010; 30:46-51.
6. Cherian J, Singh R, Varma M, Vidyasagar S, Mukhopadhyay C. Community-Acquired Methicillin-Resistant Pyogenic Liver Abscess: A Case Report. Journal of Investigative Medicine High Impact Case Reports. 2016 Jul-Sep;4(3):2324709616660576.
7. Lardiere-Deguelte S, Ragot E, Amroun K, Piardi T, Dokmak S, Bruno O, et al. Hepatic abscess: Diagnosis and management. J Visc Surg. 2015;152(4):231-243.



