

Absceso hepático piógeno secundario a cuerpo extraño

Pyogenic hepatic abscess secondary to a foreign body

Ernesto Rodríguez Gil, Roberto I. Pun Jaimes, Irán Velázquez López

Hospital General Docente "Octavio de la Concepción y de la Pedraja", Baracoa.
Guantánamo.

RESUMEN

El absceso hepático piógeno es una enfermedad secundaria a un foco primario cuyas vías básicas de infección son: vía biliar y el sistema portal. Se presenta el caso de un paciente de 23 años que presenta dolor a nivel de hemiabdomen superior que refiere haber ingerido un alambre en forma de gancho. Sobre la base de los antecedentes y exámenes complementarios se interpreta la posibilidad de un absceso hepático secundario a un cuerpo extraño. Se realizó drenaje del absceso y yeyunotomía para extracción del cuerpo extraño endoluminal. Actualmente, el paciente se encuentra totalmente recuperado.

Palabras clave: absceso hepático piógeno; cuerpo extraño; yeyunotomía.

ABSTRACT

Pyogenic hepatic abscess is a disease secondary to a primary focus whose basic pathways of infection are the bile duct and the portal system. The case is presented of a 23-year-old patient with pain at the level of the upper hemiabdomen and who reported having ingested a wire in the shape of a hook. Upon the basis of the antecedents and complementary examinations the possibility is interpreted for a hepatic abscess secondary to a foreign body. Drainage of the abscess and jejunostomy were performed to remove the foreign body from the endoluminal system. Currently, the patient is fully recovered.

Keywords: pyogenic hepatic abscess; foreign body; jejunostomy.

INTRODUCCIÓN

El absceso hepático es un proceso focal supurativo, poco habitual, de mortalidad moderada (2-12 %). Los agentes patógenos responsables pertenecen principalmente a dos grupos, bacterias y parásitos (*Entamoeba histolytica*) lo cual da lugar a dos tipos de abscesos hepáticos: piógenos y amebianos, respectivamente.^{1,2} Constituyen un grave problema clínico con una alta tasa de mortalidad sobre todo en países de poco desarrollo donde esta entidad se ha hecho cada vez más frecuente³ y representan el 13 % de todos los abscesos abdominales y 48 % de los viscerales.⁴

El absceso hepático piógeno (AHP) es una enfermedad secundaria a un foco primario generalmente demostrable. Sus vías básicas de infección son: vía biliar (siendo la colangitis ascendente la causa más frecuente)^{1,5} y el sistema portal, a punto de partida de apendicitis, enfermedad séptica de la pelvis, colecistitis piógena, diverticulitis, peritonitis por perforaciones viscerales, hemorroides infectadas y cualquier otra causa de origen séptico. Los gérmenes pueden llegar además por extensión directa de órganos contiguos o a través de la arteria hepática tras bacteriemia de un foco séptico a distancia o por lesiones penetrantes o contusas del hígado. Además, se invocan la vía linfática y el origen criptogénico.^{5,6,7}

Estos se observan mayormente de forma brusca y tórpida o en un periodo relativo entre 6 meses y 2 años en pacientes con enfermedades crónicas debilitantes como: inmunosupresión farmacológica, VIH, quimioterapia oncológica con fracaso medular, así como en pacientes con déficits proteicos y malnutrición, el alcoholismo también puede favorecer su desarrollo. Aparecen generalmente en el paciente mayor de 60 años y raramente en jóvenes. Si no se tratan a tiempo, puede tener una mortalidad de un 30-90 %, si se diagnostica a tiempo puede sobrevivir hasta un 80 % de los pacientes.⁷

Las manifestaciones clínicas dependen de su mecanismo patogénico. La sintomatología clásica de los AHP consiste en fiebre con escalofríos y dolor en hipocondrio derecho con o sin hepatomegalia, de aparición subaguda, presente en el 40 % de los pacientes. El dolor abdominal alto se observa solo en la mitad de los enfermos. La ictericia se asocia a la existencia de patología biliar concomitante.

El diagnóstico de los abscesos hepáticos se establece mediante pruebas de imagen como la ecografía (ECO), tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética nuclear (RM), que permiten visualizar la morfología y topografía de las lesiones, realizar punción-aspiración para el estudio microbiológico y, también, drenaje percutáneo como alternativa a la cirugía.^{1,4,8,9}

En el caso particular de los AHP secundarios a un cuerpo extraño determinado, sobre todo de localización endoluminal, han sido raramente descritos y casi siempre corresponden a objetos de pequeño tamaño y procedencia dudosa, independientemente de su vía de acceso.

Estos pueden ser ingeridos, insertados en algún miembro o en cavidades del cuerpo, ya sea por trauma o iatrogenia.¹⁰ En ocasiones, son asintomáticos; en otras, provocan hemorragia, absceso, septicemia, migran a posición lejana o lesionan órganos vitales.^{1,11}

Los abscesos hepáticos originados por cuerpos extraños son extremadamente raros.^{8,9,12} Por su posición anatómica, el hígado es un órgano particularmente propenso a ser lesionado en el traumatismo abdominal cerrado y penetrante,¹³ además de ser objeto primario de complicaciones sépticas intrabdominales.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 23 años de edad, masculino, mestizo, de procedencia rural con antecedentes de salud aparente. Acudió al servicio de cirugía por presentar hace más menos de un mes dolor a nivel de hemiabdomen superior que se focalizaba a hipocondrio derecho, de moderada intensidad, carácter difuso, que se irradiaba a la región posterolateral del mismo lado y que aliviaba levemente con el reposo el cual se ha agudizado en los últimos días. Los síntomas se acompañaban de halitosis, fiebre de 40°C constantes, escalofríos, pérdida de peso, vómitos en número de 4-5 al día, abundantes, inicialmente con restos de alimentos, de color amarillo y fétido. El paciente refiere, además, haber ingerido un alambre (presumiblemente de acero) en forma de gancho alargado y puntiagudo de aproximadamente 8 cm hace alrededor de 8 meses mientras cumplía condena penitenciaria, así como haberse introducido otros 3 de diverso grosor y tamaño en la pared abdominal.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS RELEVANTES

Hemograma completo: hemoglobina: 100 g/L, hematocrito: 0.33 L/L, linfocitos: 15.7 x 10/L y diferencial a predominio de polimorfo nucleares en 0.90, Eritro: 93 mm/h, Transaminasa glutámica pirúvica: 29,5 u/i, transaminasa glutámica oxalacética: 27,8 u/i, proteínas totales: 58 g/L.

Laparoscopia: hígado aumentado de tamaño de color rojo superficial. En cara anterior del lóbulo derecho próximo al diafragma. Se observan zonas de adherencias laxas, borde hepático romo y edematoso.

Ultrasonido abdominal: Hepatomegalia de más o menos 2 cm, multinodular que se extiende por el lóbulo derecho hepático. Además, se observa una imagen mixta de aproximadamente 50 x 60 mm.

Rayo X de abdomen simple: presencia de múltiples cuerpos extraños en cavidad abdominal, a nivel de mesogastrio, hipogastrio e hipocondrio derecho (Fig. 1).



Fig. 1. Localización del cuerpo extraño de mayor tamaño.

TAC: En los cortes se observa imagen hipodensa de 28 UH, que ocupa lóbulo derecho hepático de 88 x 62 mm con nivel hidroaéreo que impresiona absceso hepático. Se observa la presencia de cuerpos extraños de longitud y grosor variable en cavidad abdominal.

CONDUCTA QUIRÚRGICA EMPLEADA

Laparotomía exploradora mediante incisión paramedia supraumbilical derecha ampliada para acceder a la región hepática y cavidad abdominal. Se realizó punción y aspiración hepática a nivel del sitio que impresionaba la región abscedada. Se obtuvo 20 cc de pus de carácter espeso y amarillento, incisión y drenaje con colocación de drenajes intrahepáticos del absceso. Exposición de las asas yeyunales para localización táctil del cuerpo extraño endoluminal, yeyunotomía longitudinal, previa localización preoperatoria por medios imaginológicos. Localización del granuloma cicatrizal (a la izquierda del ángulo duodenoyeyunal o de Treitz) que englobaba la porción distal del cuerpo extraño, exposición, fijación y extracción por tracción de este sin lesión de estructura ni tejido asociado (Fig. 2).

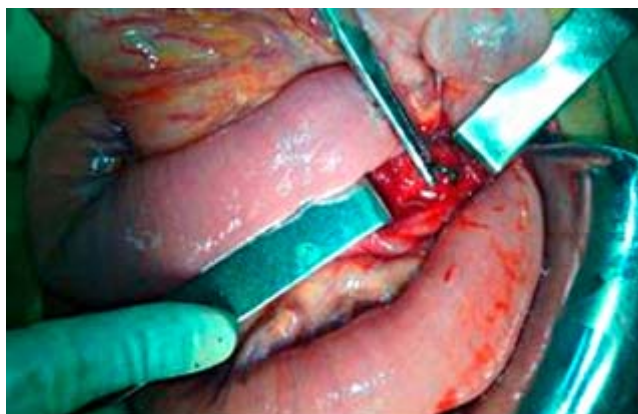


Fig. 2. Exposición, fijación y posterior extracción del cuerpo extraño endoyeyunal.

Se continúa con sutura intestinal en un plano mediante puntos de Lembert, revisión y hemostasia final con cierre por planos hasta piel, con puntos subtotales y fijación externa del drenaje del absceso hepático. Luego se realizó la extracción de los cuerpos extraños metálicos ubicados en el espesor de la pared abdominal sin penetración a cavidad, dos a nivel de fosa ilíaca derecha y otro en región lateral de hipocondrio derecho (Fig. 3).



Fig. 3. Cuerpos extraños extraídos y granuloma cicatrizar.

En el posoperatorio se reporta el paciente de grave hacia la unidad de cuidados intensivos de adultos, bajo tratamiento antibiótico de amplio espectro por un periodo de 5 días. Luego se trasladó a la sala de cirugía general, donde con igual tratamiento recibió el alta médica con una evolución favorable. Actualmente, el paciente se encuentra totalmente recuperado.

DISCUSIÓN

Por la rareza de la afección del caso, se impone un análisis detallado basándonos en lo antes expuesto. Dados los antecedentes, la sintomatología, el examen físico y métodos de apoyos complementarios para el diagnóstico específico y diferencial y en ausencia de otros antecedentes y elementos clínicos, humorales y diagnósticos que descarten otra causa subjetiva se interpreta: la posibilidad de un absceso hepático secundario a un cuerpo extraño de localización en la luz yeyunal, correspondiente a un mecanismo de autodefensa y contención del organismo a un proceso invasivo endoluminal. Mediante la movilización de elementos inflamatorios, granulocíticos y fibroplásticos se engloba dicho proceso con la correspondiente fagocitosis y eliminación bacteriana, la cual, con el devenir de un periodo relativo de tiempo y factores de morbilidad asociados al paciente, se hace insuficiente y pierde su capacidad para hacer frente a la asociación bacteriana e invasiva del cuerpo extraño séptico.

Esto trae como consecuencia que se inicie un proceso de diseminación bacteriana a través del sistema portal,¹³ que es el encargado del drenaje venoso de la localización yeyunal del cuerpo extraño. Lo que ocasiona la afluencia constante de múltiples agentes infecciosos a nivel de los segmentos hepáticos 7-8, donde desemboca la porta y sus ramificantes hepáticos. Todo esto condiciona la licuefacción y necrosis del tejido hepatocelular lo cual favorece la aparición y formación del absceso hepático y las manifestaciones clínicas correspondientes. El tratamiento antimicrobiano de amplio espectro constituye la primera línea de tratamiento y conducta en estas afecciones; la cual no tuvo la resolución deseada, dando paso a la intervención quirúrgica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no hay conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cosme Á, Cobián CJ. Abscesos Hepáticos. Rev Esp Enferm Dig [Internet]. 2014[citado 12 ene 2012];106(5):[aprox. 1 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113001082014000500011&script=sci_arttext
2. Castón JJ, Porras L, Rivero A, Torre-Cisneros J. Protocolo terapéutico empírico del absceso visceral abdominal. Medicine [Internet]. 2010[citado 12 ene 2012];10(52):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S030454121070072>
3. Menéndez Capote R, Portela Ramírez D, Bandera Tirado JF. Absceso hepático y VIH: a propósito de un caso. Rev cubana Med Trop. [Internet]. 2003[citado 12 ene 2012];55(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mtr/vol55_1_03/mtr09103.htm
4. Serra-Valdés M, Aleaga-Hernández Y. Absceso hepático piógeno. Presentación de caso. Medisur [Internet]. 2013[citado 26 feb 2012];11(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2348>
5. Muarra Álvarez HD, Gonzáles González JL, Barroso Reina H, Villamil Fumero K. Absceso Hepático Piógeno a foco diseminado. Presentación de un caso. Mediciego [Internet]. 2006[citado 26 feb 2012];12(Supl 1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol12_supl1_06/casos/c10_v12_supl106.html
6. Guardia Massó J. Enfermedades infecciosas que afectan al hígado. En: Farreras-Rozman. Medicina interna. 10 ed. Madrid: Elsevier; 2012. p.340-4. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788480868969000443>
7. Sicklick JK, D'Angelica M, Fong Y. Hígado. En: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston tratado de cirugía: Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. 19 ed. Madrid: Elsevier; 2013. p. 1411-75. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788490220658000544>

8. Knudsen ChD, Herrera JL. Liver Abscess. En: McNally P. GI/Liver Secrets Plus . 5 ed. Madrid: Elsevier; 2015. p. 237-42. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9780323260336000306>
9. Molina AV, Cárdenas Viola R, Riaño Montañez YF. Absceso hepático piógeno por hueso de pescado: reporte de un caso. IATREIA [Internet]. 2013[citado 26 feb 2012];26(4):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v26n4/v26n4a09.pdf>
10. Lobo J, Coto R, Gallo C. Absceso hepático atípico: Cuerpo extraño hepático. Rev Clí Esp [Internet]. 2015[citado 26 feb 2012];215(4). Disponible en: <https://d1niluoi1dd30v.cloudfront.net/00142565/S0014256515X00038/S0014256514004445/main.pdf?Expires=1456243167&Key-Pair-Id=APKAICLNFGBCWWYGVIZQ&Signature=feboMlzwQgcXaYenBY399XdQ1gqeceFCikmwgfEV92UZZsAjOHleBA-c7xxvq46Tv9qIPYwFQvXpEkXYtWXOE4bPst8cQLgUNif1regEGkm6cmIhMKESDiBwZN6DxaocXQEXauDhNgtOnksfOO-HDWBd~7KeHIs4DRjHxKxwt0A>
11. Díaz Plasencia J, Tantaleán Ramella E, Balmaceda Fraselle T, Honorio Horna CE, Barandiarán Dejo MA, Vilela Guillén E, et al. Cuerpo extraño en abdomen: a propósito de un caso. Rev Gastroenterol. Perú. [Internet]. 2001[citado 26 feb 2012];21(3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102251292001000300007&script=sci_arttext
12. Vargas-Domínguez A, Rodríguez-Báez A, Ortega-León LH, Romero A. Cuerpo extraño (cuchillo), asintomático por ocho años. Cir Gen. [Internet] 2013[citado 26 feb 2012];35(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992013000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Gigirey V, Rodríguez Parodi M, Di Trapani N. Absceso hepático secundario a cuerpo extraño presentación de caso clínico y revisión del tema. Revista de Imagenología. [Internet]. 2012[citado 26 feb 2012];16(1). Disponible en: http://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/junio13/uruguay/uru_espanol.pdf
14. Enríquez-Domínguez L, Romeo Castillo-Moreno J, Herrera-Ramírez F, Díaz-Rosales JD. Trauma hepático por heridas punzocortantes y por arma de fuego. Nuestra experiencia en Ciudad Juárez. Cir Gen. [Internet]. 2011[citado 26 feb 2012];33(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992011000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Recibido: 21 de marzo de 2016.

Aprobado: 25 de abril de 2016.

Ernesto Rodríguez Gil. Hospital General Docente "Octavio de la Concepción y de la Pedraja", Baracoa. Guantánamo.
Correo electrónico: daliana.gtm@infomed.sld.cu