



Absceso hepático piógeno secundario a absceso renal

Francisco Javier Tepepa-López,* Javier García-Álvarez,*** Pablo Miranda-Fraga,** Luis Alberto Núñez-Trenado,** Juan Ricardo Mendoza-Contreras,* Víctor Manuel Pinto-Angulo*

RESUMEN

El absceso hepático piógeno es una entidad cuyas causas principales son manipulación de la vía biliar, enfermedad diverticular, enfermedad inflamatoria intestinal e infecciones sistémicas; su sintomatología principal es dolor en cuadrante superior derecho del abdomen, fiebre y algunas veces ictericia. Su diagnóstico se basa en historia clínica, USG y TAC. Su tratamiento suele ser el drenaje percutáneo; sin embargo, cuando falla se necesita drenaje laparoscópico o abierto. Se presenta el caso de una paciente de 51 años con absceso hepático secundario a un absceso renal.

Palabras clave: Absceso hepático piógeno, absceso renal, hígado.

ABSTRACT

Pyogenic liver abscess is an entity whose main causes are biliary manipulation, diverticular disease, inflammatory bowel disease and systemic infections, its main symptom is pain in the right upper quadrant of the abdomen, fever, and sometimes jaundice, the diagnosis is based on history, USG and CT, treatment usually percutaneous drainage, but when it fails it takes laparoscopic or open drain. A case of a 51 year old female with liver abscess secondary to renal abscess.

Key words: Pyogenic liver abscess, kidney abscess, liver.

INTRODUCCIÓN

Desde hace más de 100 años se conocen los abscesos hepáticos piógenos y fueron una causa común de morbilidad y mortalidad en sujetos con apendicitis y pielilebitis no tratadas.¹ En la actualidad, las causas más comunes de absceso hepático piógeno incluyen la manipulación de la vía biliar, enfermedad diverticular, enfermedad inflamatoria del intestino e infecciones sistémicas.² La presentación clínica se caracteriza por dolor en cuadrante superior derecho del abdomen, fiebre y algunas veces ictericia, se necesita una buena historia clínica para obtener datos de los orígenes menos evidentes.⁴

Los microorganismos predominantes que se encuentran en los abscesos hepáticos piógenos son aerobios gramnegativos, aerobios grampositivos y anaerobios (*Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus faecalis* y *faecium*, *Bacteroides fragilis*, *Staphylococcus* y *Streptococcus*).⁵ Alrededor de 40% de los abscesos son monomicro-

bianos y 40% son polimicrobianos y hasta en 20% presentan cultivos negativos.

El diagnóstico de los abscesos se realiza con un examen físico integral; el examen con ultrasonido delinea una masa quística a menudo con múltiples tabicaciones. La tomografía computada muestra imágenes con masas hipodensas complejas con realce periférico.⁶

El tratamiento antimicrobiano debe ser empírico, basado en la causa de la infección primaria por los resultados de cultivo después de aspirar el absceso. Debido a que la aspiración percutánea es eficaz en 80-90% de los casos no se requiere una intervención quirúrgica, pero cuando fracasa el drenaje percutáneo quizás se necesite drenaje quirúrgico laparoscópico y abierto. Rara vez en personas con lesiones resistentes se indica la resección hepática formal.⁷

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 51 años de edad, originaria y residente del Distrito Federal, dedicada al hogar, católica, viuda, con antecedente de tabaquismo desde los 33 años de edad. Inició padecimiento dos meses antes del ingreso con astenia acompañada de palidez de tegumentos, un mes después presentó dolor precordial tipo opresivo, continuo,

* Médico residente de Cirugía General, Hospital Juárez de México.

** Médico adscrito al Servicio de Cirugía General, Hospital Juárez de México.

*** Jefe del Servicio de Cirugía General, Hospital Juárez de México.



Figura 1. Ultrasonido.

intensidad 8/10, sin factores exacerbantes ni atenuantes, con irradiación hacia espalda. Dos semanas previas al ingreso el dolor se tornó constante, iniciando en hipogastrio con irradiación a flanco derecho, tipo cólico, intensidad 9/10, con disminución de intensidad posterior a la ingesta de analgésicos, motivo por el cual acudió al Servicio de Urgencias para valoración.

A la exploración física se encontró con FC 112 latidos x', FR 18x', TA 110/70 mmHg, temperatura 36.5 °C. Edad aparente mayor a la cronológica, facies álgida, tórax claro pulmonar en ambos hemitórax excepto en región infraescapular derecha sin estertores ni sibilancias, abdomen doloroso a la palpación en cuadrante superior derecho, hepatalgia y hepatodinía, resistencia muscular voluntaria, sin datos de irritación peritoneal, puntos uretrales medios positivos, Giordano derecho positivo, peristalsis presente hipofactiva. Resto de exploración sin alteraciones.



Figura 2. TAC simple de abdomen.

Laboratorios:

- Leucocitos 17,700/uL.
- Hb 8.9 g/dL.
- Hto. 29.2%.
- Neutrofilos 15,860/uL (89.6%).
- Plaquetas 327,000/uL.
- Glucosa 82 mg/dL.
- Urea 60 mg/dL.
- Creatinina 0.6 mg/dL.
- Na 142 mEq/L.
- K 3.7 mEq/L.
- Cl 118 mEq/L.
- TP 13.8" al 67%.
- INR 1.29.
- TPTa 25.5".



Se realizó USG (Figura 1) y TAC simple de abdomen (Figura 2) encontrando datos de hidronefrosis y absceso hepático, por lo que se decidió su pase a quirófano.

Cirugía

Se realizó laparotomía exploradora por línea media, encontrando salida espontánea de material purulento en cantidad aproximada de 1,500 cc, absceso hepático roto en segmentos VI y VII con dos orificios, uno en cara inferior y otro en cara diafragmática, se realizó colecistectomía sin complicaciones y se observó a nivel de ángulo hepático de colon salida de material purulento, por lo que se realizó maniobra de Catell y de Kocher, observando colon y duodeno sin alteraciones, así como salida de material purulento de polo superior de riñón derecho, por lo que se realizó nefrectomía derecha sin complicaciones.

La paciente egresó de quirófano con apoyo mecánico ventilatorio que se retiró al tercer día, evolucionó con tendencia hacia la mejoría y al doceavo día de estancia desarrolló neumonía nosocomial, la cual se resolvió con tratamiento antibiótico específico y egresó a los 25 días postoperatorio.

CONCLUSIÓN

El absceso hepático piógeno es una patología frecuente en nuestro medio, en la mayoría de las presentaciones su origen puede ser la vía biliar, sistema portal o circulación arterial; rara vez se observa origen secundario a traumatismo, extensión directa o criptogénico. Este reporte presentó el caso de una paciente que debutó con cuadro de abdomen agudo secundario a absceso hepático roto cuyo origen fue por extensión directa de un absceso renal, origen poco frecuente reportado en la literatura.

REFERENCIAS

1. Brunicardi FC, Andersen DK, Billiar Schwartz TR. Principios de Cirugía. 8a Ed. México, D.F.: McGraw Hill; 2006, p. 1162-4.
2. Álvarez Pérez JA, González González JJ, Baldonado Cernuda RF, Sanz Álvarez L. Abscesos hepáticos piógenos. Cir Esp 2001; 70: 164-72.
3. Graillet R, Sánchez-Aguilar M, Morán-Mendoza MO, Hernández-Sierra JF. Análisis de factores asociados al fracaso del tratamiento médico del absceso hepático. Cir Esp 2008; 84(2): 83-6.
4. Huan-Fa Hsieh, Teng-Wei Chen, Chih-Yung Yu, et al. Aggressive hepatic resection for patients with pyogenic liver abscess and APACHE II score > 15. Am J Surg 2008; 196: 346-50.
5. Álvarez-Pérez JA, González JJ, Baldonado RF, Sanz L, Carreño G, et al. Clinical course, treatment, and multivariate analysis of risk factors for pyogenic liver abscess. Am J Surg 2001; 181: 177-86.
6. Álvarez JA, Baldonado RF, González JJ, Sanz L, Carreño G, García I, et al. Abscesos hepáticos piógenos. Importancia de la existencia de gas. Cir Esp 2002; 71(1): 14-8.
7. Mezhir JJ, Fong Y, Jacks LM, Getrajdman GI, Brody LA, Covey AM, et al. Current Management of Pyogenic Liver Abscess: Surgery is Now Second-Line Treatment. J Am Coll Surg 2010; 210: 975-83.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Francisco Javier Tepepa-López
Servicio de Cirugía General
Hospital Juárez de México
Av. Instituto Politécnico Nacional, Núm. 5160
Col. Magdalena de las Salinas
Del. Gustavo A. Madero
C.P. 06770, México D.F.
Correo electrónico: ftepepal511@ipn.mx