

Caso clínico: Absceso hepático.

Dr Martín López
Dra Daniela Paciel.



- SM 59 años, procedente de medio urbano.
- Sin antecedentes personales a destacar.

- **EA:**
 - 1 semana de evolución dolor en hipocondrio y flanco derecho, intenso, opresivo, gravativo.
 - Agrega fiebre (hasta 38,5°C), y chuchos de frío, a predominio nocturno, astenia, anorexia. Concomitante ictericia y orinas hipercoloreadas, no hipocolia.
 - Niega consumo de tóxicos o fármacos, no ingesta de infusiones.



- **EF:**

- Regular estado general, Tax: 38°C
- Ictericia, no lesiones de piel, bien hidratado y perfundido.
- CV: RR 96 cpm no soplos.
- PP: MAV+ bilateral no estertores.
- ABD: Dolor a la palpación de HD y FD, no defensa, hepatomegalia dolorosa, no elementos de insuficiencia hepatocítica.

- **PC al ingreso:**

- GB: 26.230 cel/ml, Neu:87 %
- Azoemia: 1,3mg/dl Creatininemia: 1,99 mg/dl
- BT: 3,32 BD: 2,85 TGO:116 TGP:171 GGT:168 FAL:315
- TP: 59%



- **EN SUMA 1:**
 - SM 59 años
 - Dolor HD/FD
 - Ictericia
 - Fiebre.

- **PLANTEO:**
 - Colangitis aguda séptica.

- **CONDUCTA:**
 - Se solicita Ecografía de abdomen.



- **Ecografía abdominal:** Hepatomegalia heterogénea a expensas de dos lesiones en segmentos VI y VII, que prodrían corresponder a abscesos hepáticos.

PLANTEO:

- Abscesos hepáticos + disfunción orgánica múltiple.

ETIOLOGIA:

- Bacteriana inespecífica
- Parásitos: Absceso amebiano
- Micótico: Cándida
- Micobacterias



CONDUCTA:

- Hemocultivos x 2
- Se solicita Tomografía de abdomen y pelvis.
- Consulta con cirujanos para eventual drenaje.
- Antibiototerapia empírica.

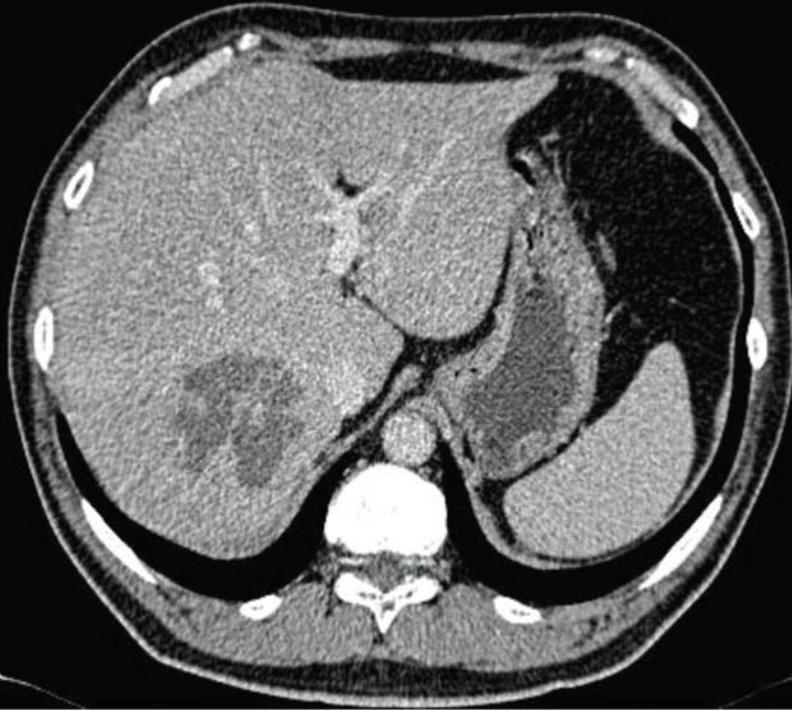
TOMOGRAFÍA COMPUTADA:

- A nivel de segmento VII colección hipodensa polilobulada con septos en su interior 56x50x54mm, en segmento VI otra imagen de iguales características de 17mm. Se identifican quistes simples, los de mayor tamaño a nivel del segmento VII. Esplenomegalia leve.



Tomografía de abdomen:

Abdomen*ABDOMENROT VOLR (Adulto)



Abdomen*ABDOMENROT VOLR (Adulto)



Conducta:

- Se inicia plan ATB empírico con Ampicilina-sulbactam 1,5 gr iv c/6hs (para cobertura sobre Bacilos Gram negativos y anaerobios) + Metronidazol 500 mg iv c/8hs (para ampliar cobertura sobre anaerobios y cobertura de etiología amebiana).
- Valorado con equipo quirúrgico , se decide punción ecoguiada con colocación de drenaje que se realiza a las 48 hs del ingreso.



- **Hemocultivos x 2:** *Escherichia.coli* sensible a Ampicilina-sulbactam, Ceftazidime, Ceftriaxona, Meropenem, Imipenem, Ciprofloxacina, Gentamicina y Trimetoprim-sulfametoxazol.
- **Cultivo de material drenado:** *Escherichia coli*, con igual perfil de sensibilidad.



Evolución:

- Buena evolución, bajo tratamiento antibiótico y con drenaje permanente, rápidamente en apirexia, mejora de los parámetros infecciosos.
- Se solicita fibrocolonoscopia para evaluar existencia de probable causa subyacente, identificándose patología diverticular en al misma.
- Se planifica tratamiento antibiótico por 6 semanas total.
- Se otorga alta luego de 4 semanas de tto iv.



Absceso hepático:

- Dos grandes categorías: bacterianos inespecíficos y Amebianos (causados por *E.hystolitica*).
- Abscesos :
 - Incidencia 10-20 casos c/100.000 ingresos hospitalarios.
 - Incidencia máxima entre los 50-60 años.
 - 50% abscesos únicos, predominancia de lado derecho.
 - Mortalidad en descenso, actualmente 11-31%.
- Rahimian et al. Pyogenic Liver Abscess: Recent Trends in Etiology and Mortality. CID 2004; 39:1654–9
- In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier, 2010. p. 1035-1044



Absceso hepático:

- **PATOGENIA:**

- No representan enfermedad hepática específica.
- Se presentan como complicación de una infección a nivel hepático.
- Se clasifican según la vía de invasión hepática:
 1. Árbol biliar (40-50%)
 2. Vena Porta (5-10%)
 3. Arteria hepática. (5-15%)
 4. Foco contiguo (5-10%)
 5. Traumatismo penetrante. (0-5%)
 6. Criptogenéticas (20-40%)



• En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier, 2010. p. 1035-1044
www.infectologia.edu.uy

Absceso hepático:

- Arbol biliar: colangitis principal causa de abscesos piogénicos, suelen ser múltiples y los anaerobios son poco comunes.
- Arteria hepática: secundario a una bacteriemia sistémica.
- Vena porta: la pyleflebitis debida a diverticulitis, pancreatitis, onfalitis, enf inflamatoria intestinal o infección postoperatoria puede producir abscesos piógenos.
- Extensión directa: debido a colecistitis, abscesos subfrénicos o abscesos perirrenales.
- Traumatismos.

- In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier, 2010. p. 1035-1044



Rahimian et al. Pyogenic Liver Abscess: Recent Trends in Etiology and Mortality. CID

2004; 39:1654–9

www.infectologia.edu.uy

Microbiología:

- Tener en cuenta origen del absceso.
- Origen biliar: más frecuente polimicrobianos
- Criptogénéticos: mayormente monomicrobianos
- 20-50% polimicrobianos.
- 15-30% con presencia de anaerobios.

<i>Tipo de microorganismo</i>	<i>Frecuente (>10%)</i>	<i>Infrecuente (1-10%)</i>
Gramnegativos	<i>Escherichia coli</i> <i>Klebsiella spp.</i>	<i>Pseudomonas</i> <i>Proteus</i> <i>Enterobacter</i> <i>Citrobacter</i> <i>Serratia</i>
Grampositivos	<i>Streptococcus</i> (grupo anginoso) <i>Enterococcus spp.</i> Otros estreptococos viridans	<i>Staphylococcus aureus</i> Estreptococos β -hemolíticos
Anaerobios	<i>Bacteroides spp.</i>	<i>Fusobacterium</i> Estreptococos anaerobios <i>Clostridium spp.</i> Lactobacilos



- In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier, 2010. p. 1035-1044

- **Manifestaciones clínicas:**

Clásicamente: tríada fiebre, ictericia y dolor en hipocondrio derecho, solo presente en el 10% de los pacientes.

Mayormente se presenta como fiebre junto a síntomas sistémicos, malestar, fatiga, anorexia, adelgazamiento.

A veces pueden presentarse síntomas digestivos como dolor abdominal, vómitos.

Henegham HM, et al. Modern management of pyogenic hepatic abscess: a case series and review of the literature. BMC Research Notes 2011,4:80

In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier, 2010. p. 1035-1044



DIAGNÓSTICO:

Leucocitosis en 68-88% de los pacientes.

Alteraciones del funcional hepático frecuentes, principalmente de FAL, y en menor medida de enzimas y Br.

Utilidad de exámenes de laboratorio escasa para diagnóstico, útiles como factores pronósticos:

Hb < 10 mg/dl y Azoemia: > 28 mg/dl son factores independientes de mortalidad en estos pacientes.

Henegham HM, et al. Modern management of pyogenic hepatic abscess: a case series and review of the literature. BMC Research Notes 2011,4:80

In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier, 2010. p. 1035-1044



DIAGNÓSTICO:

Hemocultivos: son positivos en hasta un 50% de los casos, importante realizar varios, y tanto para aerobios como anaerobios. Muchas veces no refleja la causa del absceso o por lo menos no es la única causa.

Punción guiada por imagen: permite el diagnóstico definitivo al obtener material purulento

- In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier, 2010. p. 1035-1044
- Rahimian et al. Pyogenic Liver Abscess: Recent Trends in Etiology and Mortality. CID 2004; 39:1654–1659



Imagenología:

Eco de abdomen: de elección en los que se sospecha enfermedad biliar. Sensibilidad (S): 70-90%

TC con contraste: Sensibilidad es de alrededor del 95%, técnica de elección para guiar los procedimientos de drenaje complejos.

RM: útil para diferenciar abscesos de lesiones hepáticas no infecciosas.

Henegham HM, et al. Modern management of pyogenic hepatic abscess: a case series and review of the literature. BMC Research Notes 2011,4:80
In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier, 2010. p. 1035-1044



• Tratamiento:

- Tratamiento estándar combina el drenaje con punción guiado por imagen junto al tratamiento antibiótico.
- Éxito drenaje percutáneo 60-90%.
- Intervención quirúrgica considerarla si el drenaje percutáneo fracasa o si es necesario tratar una enfermedad intraabdominal coexistente, también para algunos pacientes con abscesos múltiples grandes.
- Tratamiento médico de los abscesos hepáticos debe reservarse a pacientes con abscesos pequeños, difíciles de drenar, y a aquellos con riesgo de drenaje alto.

Henegham HM, et al. Modern management of pyogenic hepatic abscess: a case series and review of the literature. BMC Research Notes 2011,4:80



Álvarez Perez JA, et al. Clinical course treatment, and multivariate analysis of risk factors for pyogenic liver abscess. Am J Surg 2001; 181:177–186.

www.infectologia.edu.uy

Tratamiento:

- Elección de antibioticoterapia guiada por la sospecha de origen del absceso y perfiles de sensibilidad locales.
- Abscesos de origen biliar suelen estar implicados enterococos y bacilos gramnegativos entéricos, mientras que los de origen colónico o pelviano son causados con más frecuencia por BGN entéricos y anaerobios.
- Si se considera la posibilidad de un absceso hepático amebiano, debe incluirse metronidazol en dosis altas adecuadas
- Si se sospecha origen hematógeno debe incluirse cobertura contra *S.aureus*.

In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier, 2010. p. 1035-1044

Henegham HM, et al. Modern management of pyogenic hepatic abscess: a case series and review of the literature. BMC Research Notes 2011,4:80



Tratamiento:

- Teniendo en cuenta las consideraciones mencionadas los planes de inicio podrían basarse en:
 - Betalactámico + IBL
 - Cefalosporina de 3^a o 4ta generación.
 - Fluorquinolonas
- Duración total del tto 4-6 semanas, realizando por lo menos 2-3 semanas iv y completando luego vo.
- Control imagenológico para valorar necesidad de nueva punción o recolocación de drenaje.



Absceso amebiano:

- Es la manifestación extraintestinal más frecuente de la amebiasis.
- Vía de llegada: ascenso a través del sistema venoso portal.

Epidemiología:

- Más frecuente en hombres. Se observa con mayor frecuencia en la cuarta y quinta décadas de la vida.
- El contacto oral-anal sexual puede ser responsable de la adquisición de la infección.

Tratamiento:

- Metronidazol vo por 7-10 días.

