



Casos Clínicos

Septiembre de 2011

Dr. Gabriel González

Residente de Enfermedades Infecciosas

Cátedra de Enfermedades Infecciosas

Facultad de Medicina, UdelaR



- 39 años. Sexo masculino.
- Usuario de drogas inhaladas. Ex UDIV.
- Coinfectado VHC.
- VIH diagnosticado en 2000, sin controles.
- Internado desde el 5 al 26 de marzo de 2010 por meningitis por *Cryptococcus neoformans*.
- CD4+ **12** /ml. CV > **500.000** copias (> 5,69 Log)
- Inició TARGA con ABC/3TC/EFV el 29/03/10



- **Reingresa el 13/04/10**

- Dolor abdominal que comenzó el día del alta
- Agrega a las 48hs fiebre y cefalea
- Anorexia y vómitos esporádicos
- Ictericia
- Dolor a la palpación de HD y epigastrio
- Hepatograma: γ GT 1441, FA 2793, TGO 101, TGP 151, BD 3.50
- T de Protrombina: 62%

- **Planteos**

- Cryptococosis diseminada
- Infección nosocomial
- Nueva Enfermedad Oportunista
- Toxicidad hepática (Fluconazol, TARGA, VHC).

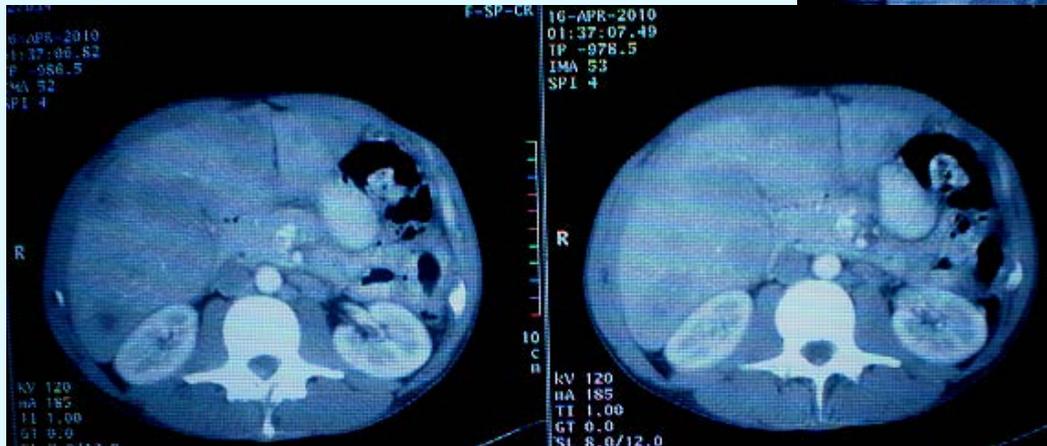
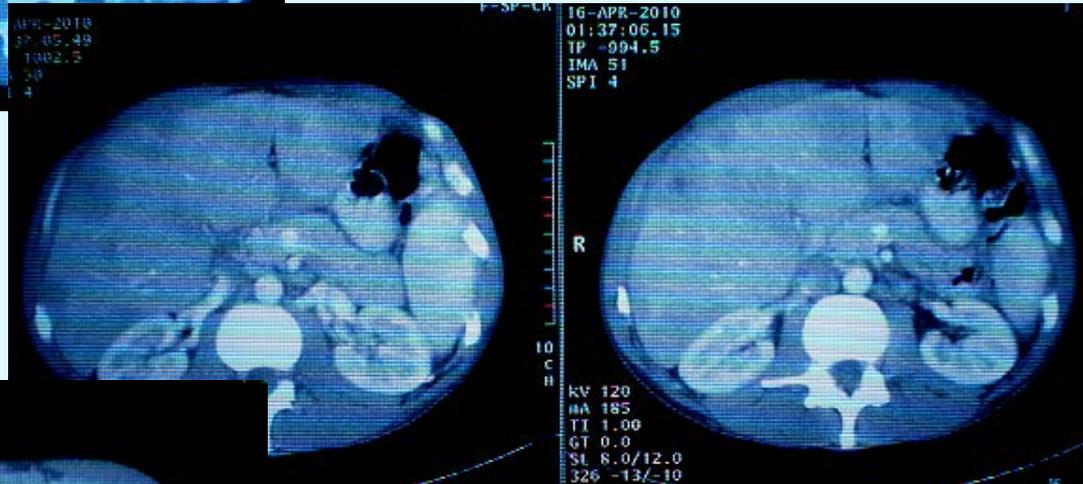
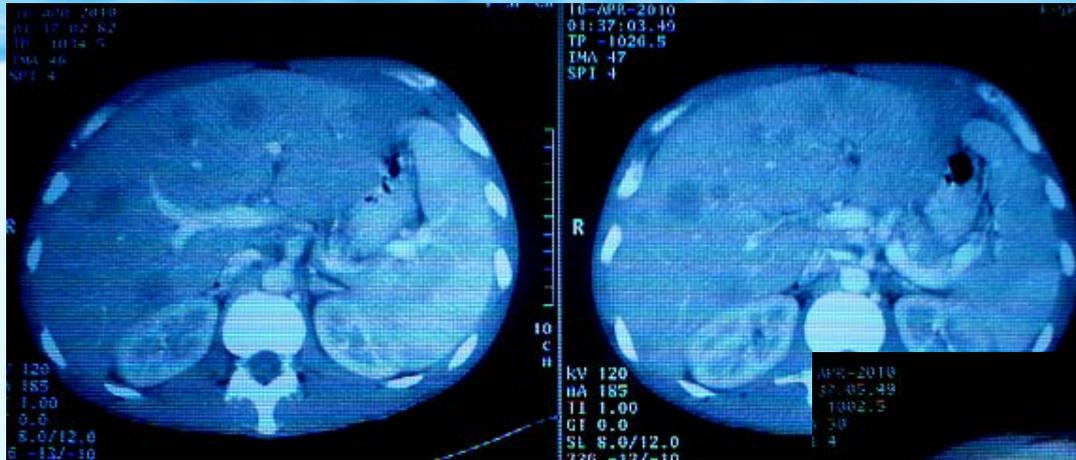


- **Ecografía Abdominal:**

- Hígado moderadamente aumentado de tamaño.
- Múltiples imágenes nodulares hiperecogénicas con halo hipoecogénico
- Las de mayor tamaño de 30mm de diámetro.

- **Tomografía (Tórax-Abdomen):**

- Múltiples lesiones hepáticas nodulares hipodensas diseminadas en todo el parénquima, algunas con centro de menor densidad.





Clínica + Imágenes



Abscesos hepáticos múltiples

Etiología:

- Bacteriana inespecífica
 - Micobacterias
 - Micosis
 - Amebianos

(Diagnóstico diferencial → metástasis)



Tratamiento empírico

Ampicilina Sulbactam + Metronidazol



- **Mala Evolución**
 - Deterioro del estado general
 - Aumento de la hepatomegalia
 - Empeoramiento del hepatograma
 - Hemocultivos negativos
- **Conducta**
 - Biopsia Hepática (AP, bacteriología, micobacterias y hongos)
 - Tratamiento empírico para Micobacterias atípicas
 - Ciprofloxacina 500mg c/12hs
 - Claritromicina 500mg c/12hs Apirexia a las 24hs
 - Etambutol 800mg día
- **Evoluciona a Sepsis**



Punción Biopsica Hepática

- **Anatomía Patológica**
 - Material insuficiente
- **Bacteriología**
 - Directo: Bacilos Gram Negativos
 - Cultivos sin desarrollo
- **Micología**
 - Directo y cultivos negativos



Mala evolución + Gravedad + BGN

(2 semanas de Ampicilina Sulbactam/Metronidazol
1 semana de Cipro/Claritro/Etambutol)



**Se escala plan ATB a
Meropenem 1g c/8hs**

Manteniendo tto para micobacterias



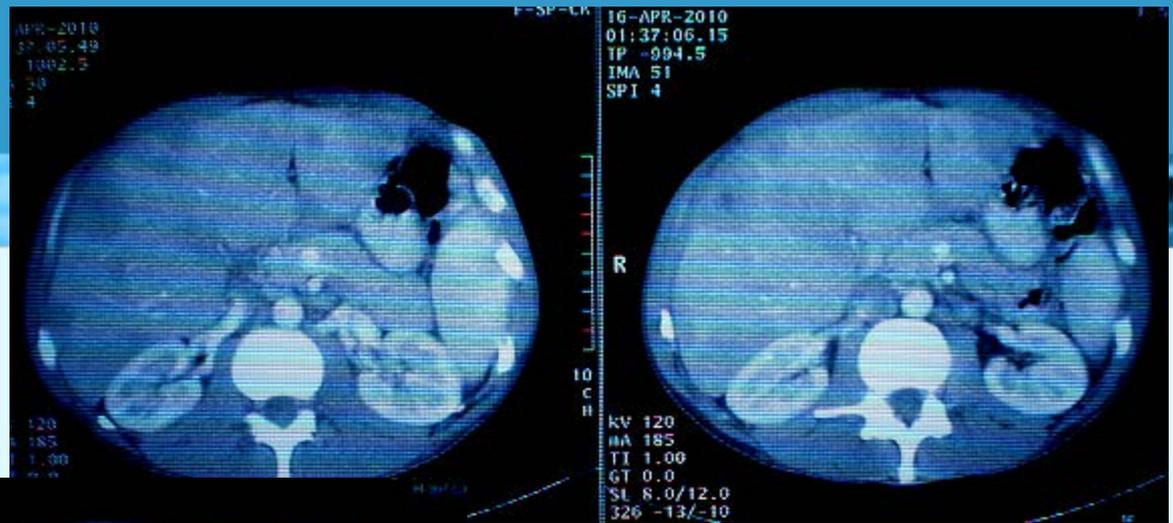
Mejoría al 4 día



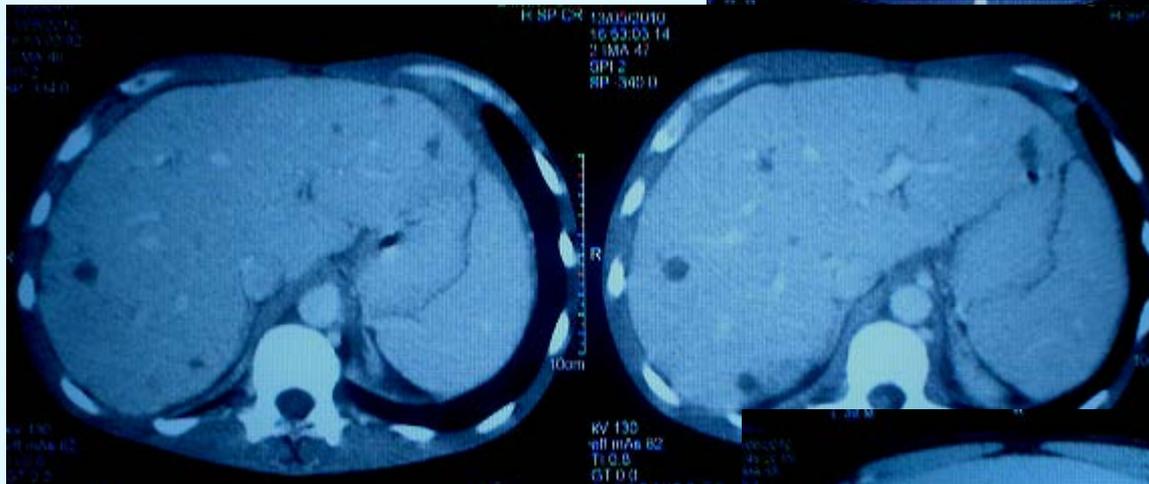
Completa 6 semanas de Meropenem
con excelente evolución clínica.



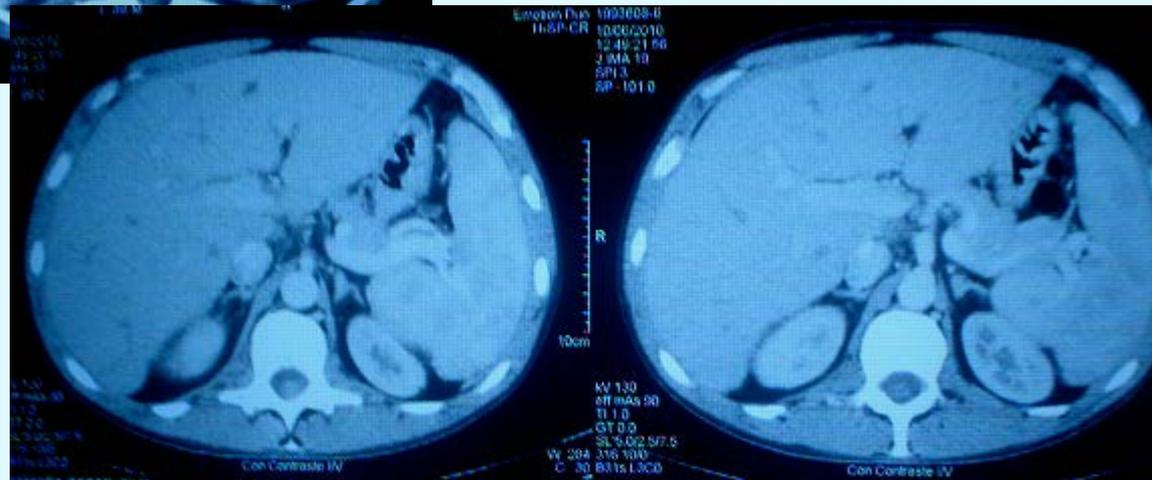
16/04/10



13/05/10



10/06/10





ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO

- Incidencia anual 8-20 / 100.000
- Alta tasa de mortalidad
- Más frecuente en diabéticos, neoplásicos, inmunodeficiencias, trasplante hepático
- Manifestaciones clínicas
 - » Inicio insidioso, (45% > 2 semanas)
 - » Dolor abdominal, fiebre e ictericia
 - » Hepatomegalia
 - » FOD (hasta en 70% de los casos)
 - » Aumento de la FA, hiperbilirrubinemia, alteración de la crisis



ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO

Ruta de Infección	Frecuencia (%)
Árbol Biliar	40-50
Arteria Hepática	5-10
Vena Porta	5-15
Contigüidad	5-10
Trauma	0-5
Criptogénico	20-40



Tipo de Microorganismo	Común (>10%)	Menos frecuente(1-10%)
Gram-negativos	<i>Escherichia coli</i> <i>Klebsiella</i> spp.	<i>Pseudomonas</i> <i>Proteus</i> <i>Enterobacter</i> <i>Citrobacter</i> <i>Serratia</i>
Gram-positivos	<i>Streptococcus</i> <i>Enterococcus</i> spp. Otros <i>S. viridans</i>	<i>Staphylococcus aureus</i> <i>S. β-Hemolíticos</i>
Anaerobios	<i>Bacteroides</i> spp.	<i>Fusobacterium</i> <i>S. Anaerobios</i> <i>Clostridium</i> spp. Lactobacilli



ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO

Diagnóstico

- Ecografía: Sensibilidad 95%, identifica etiología biliar
- Tomografía: Sensibilidad 99%
- RM: No aporta ventajas sobre la TC
- Punción percutánea, cultivo positivo > 80%
- Hemocultivos positivos < 60%



ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO

Tratamiento: ATB + Drenaje percutáneo guiado por imagen

- Biliar
 - Ampicilina + Gentamicina \pm Metronidazol
 - Carbapenem
- Colónico
 - Cafalosporina 3^a + Metronidazol
 - Carbapenem
- Cirugía
 - Falla en tratamiento médico ó drenaje percutáneo
 - Cuando la punción esta contraindicada
 - Signos peritoneales agudos
 - Para resolver etiología quirúrgica