

Manejo médico del absceso hepático piógeno

OSCAR PAEZ R.¹, ARCELIO BLANCO N.², GUIDO PARRA³

El tratamiento de los abscesos hepáticos piógenos, ha sido tradicionalmente quirúrgico (1) y su morbilidad todavía es elevada (2). En los últimos años se ha venido haciendo énfasis en el manejo médico de esta entidad, como una alternativa terapéutica, basada en la antibioticoterapia sola o acompañada de drenaje percutáneo (3-10). En el presente informe se describe el caso de un paciente con absceso hepático piógeno, tratado con antibioticoterapia y aspiración con punción percutánea guiada por ultrasonografía.

Palabras claves: absceso hepático, punción percutánea.

Presentación del caso:

Paciente OE, de 15 años de edad, sexo masculino, procedente de Guáimaro (Magd.) estudiante y agricultor, quien ingresó al hospital con un cuadro de ocho días de evolución, consistente en fiebre, escalofríos, cefalea, deposiciones líquidas y dolor en hipocondrio derecho irradiado a espalda y hombro derecho. Al examen físico, se encontró temperatura de 39°C, taquicardia, taquipnea, disminución de ruidos respiratorios en 2 / 3 inferiores de hemitórax derecho e hígado doloroso, palpable hasta seis centímetros debajo del reborde costal derecho (DRCD). La radiografía de tórax mostró elevación del hemidiafragma derecho (Fig. 1); el

cuadro hemático: Hb 12 Gm%, leucocitos 19000 con PMN 80%, linfocitos 20%. Las pruebas de función hepática fueron normales. La gammagrafía hepática con TC 99 mostró hepatomegalia con defecto de llenado en 1 / 3 superior de lóbulo derecho (Fig. 2) y el ultrasonido imagen líquida de unos 16 cm de diámetro en 1 / 3 posterior de lóbulo hepático derecho (Fig. 3). En el coprológico se encontró sangre +++ y E. Nana +. Se hizo el diagnóstico de absceso hepático amibiano y se inició tratamiento con metronidazol 750 mg oral c / 8 horas durante 10 días. Dos días después del ingreso se practicó punción en el octavo espacio intercostal derecho con línea axilar posterior y se extrajo 100 cc de un líquido amarillo oscuro. La diarrea desapareció a los pocos días, pero el paciente continuó tóxico y con temperatura hasta 40°C. Los hemocultivos fueron negativos; el líquido del absceso fue negativo para amibas y anaeróbicos, y positivo para *Klebsiella sp.* Por esta razón, se inició Gentamicina 4 mg / kg / día (repartidos en tres dosis). El paciente no mejoró y un nuevo ultrasonido 14 días después del ingreso demostró aumento de tamaño del absceso inicial y presencia de otras colecciones vecinas más pequeñas. Se practicó nueva punción con ayuda ultrasonográfica y se extrajeron 180 ml de material purulento amarillo espeso. Se inició terapia con penicilina cristalina cuatro millones cada cuatro horas y se continuó con Gentamicina. El cultivo del líquido extraído fue

1. M.D. Internista. Gastroenterólogo. Profesor del Departamento de Ciencias Clínicas, Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia.

2. M.D. Internista. Instituto de los Seguros Sociales. Profesor del Departamento de Ciencias Clínicas. Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia.

3. M.D. Gineco-obstetra. Profesor del Departamento de Ciencias Clínicas. Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia.



Fig.1. Radiografía de tórax en la cual se observa elevación de hemidiafragma derecho.

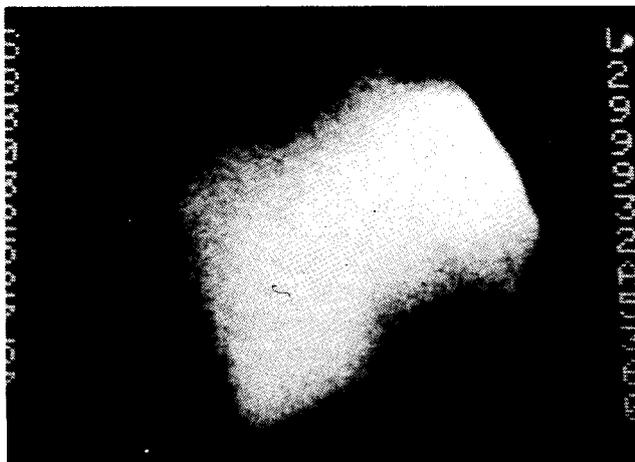


Fig.2. Gammagrafía hepática con TC99 mostrando hepatomegalia con defecto de llenado en $\frac{1}{3}$ posterior del lóbulo derecho (flecha).

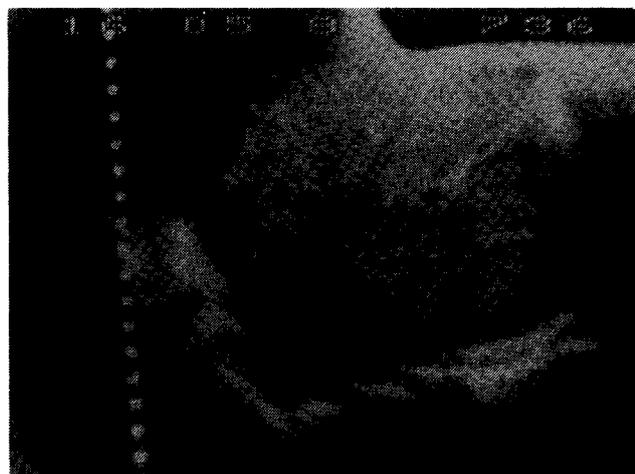


Fig.3. Ultrasonido hepático, mostrando imagen líquida de unos 16 cm de diámetro en $\frac{1}{3}$ posterior del lóbulo hepático derecho.

positivo para *Klebsiella*. La mejoría no fue significativa; por lo cual nuevamente se practicaron punciones percutáneas de los abscesos bajo guía ultrasonográfica. Se extrajeron 400 ml de material purulento con características similares al anterior. El cultivo de este material fue negativo. A partir de este momento, el paciente comenzó a mejorar dramáticamente, desapareció la fiebre, mejoró el apetito, el hígado disminuyó de tamaño hasta lo normal y el paciente aumentó de peso. El tratamiento con penicilina, Gentamicina se aplicó durante 15 días. Se continuó con un gramo de Ampicilina cada seis horas durante tres semanas. El paciente es dado de alta con mejoría médica, radiológica y ultrasonográfica. En el control médico posterior, cuatro meses después se encontró un paciente asintomático y disminución leve de los ruidos en la base pulmonar derecha. Las radiografías de tórax PA y L, fueron normales (Fig. 4) y la ultrasonografía hepática mostró hígado de tamaño normal sin evidencia de abscesos.

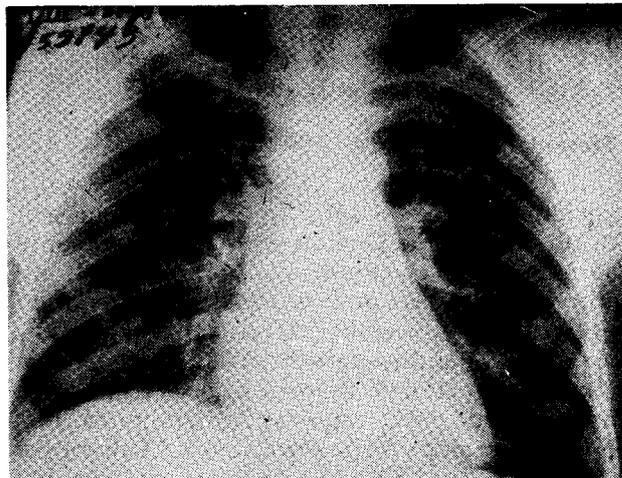


Fig.4. Radiografía de tórax normal. (4 meses después).

Discusión

El absceso hepático piógeno no es una entidad frecuente y en las series de necropsias, representa menos del 1% de las patologías (11). Por otra parte, a pesar del incremento general en el uso de los antibióticos su incidencia no ha disminuido (4). Los abscesos hepáticos piógenos se pueden desarrollar por cualquiera de las siguientes vías:

- A. Vena porta a partir de una infección intraabdominal.
- B. Bacteremia.
- C. Colangitis por obstrucción biliar.

- D. Extensión directa de un foco infeccioso contiguo, por ejemplo un absceso subfrénico.
- E. Trauma penetrante con contaminación bacteriana directa, o cerrado con producción de hematoma e infección secundaria (12).

Sin embargo en el 30-50% de los casos no se encuentra la causa (9), como sucedió en nuestro caso. Utilizando las técnicas no invasivas: ultrasonido, gamagrafía con Tc99 y/o GA67 y la tomografía computarizada, se puede hacer el diagnóstico en más del 80% de los casos (4,9,11); la sensibilidad puede aumentar al 100% cuando se usan los tomógrafos de alta resolución con medio de contraste I.V. (4).

Un porcentaje importante de pacientes tiene una enfermedad de base; especialmente diabetes, alcoholismo, neoplasia, trauma, bacteremia o enfermedad biliar. Se ha encontrado, además, con mayor frecuencia en los ancianos (4)

Hasta hace pocos años el tratamiento del absceso hepático piógeno era siempre quirúrgico; sin embargo, a pesar de la cirugía la mortalidad sigue siendo alta: 10 - 60% (11).

Aunque, en 1953, Mc Fadzen trató satisfactoriamente con drenaje mediante punción percutánea a 14 pacientes sin que se presentaran complicaciones (13), sólo en los últimos años se están publicando series tratadas con antibióticos solamente (3,7,9) o antibióticos y drenaje cerrado (4,5,6). La aspiración por punción percutánea, es un procedimiento seguro que puede ser guiado por tomografía computarizada o como en nuestro caso, por ultrasonografía. Una de las complicaciones potenciales, la peritonitis post-punción, no ha sido descrita en ninguno de los informes publicados hasta ahora.

La punción tiene gran importancia por dos aspectos: primero, diagnóstico, no sólo como comprobación de que existe un absceso sino porque permite la identificación del, o de los gérmenes causales y la consecuente selección adecuada de antibióticos, especialmente si se tiene en cuenta que gran parte de los hemocultivos en estos pacientes son negativos. Segundo, el drenaje de un foco infeccioso y la descompresión de la cavidad lo que permite un mayor flujo sanguíneo al parénquima circundante y por lo tanto mejor eficacia antibiótica (3).

En nuestro caso el tratamiento inicial, solamente con antibióticos no fue efectivo; sin embargo, la mejoría fue dramática cuando se le practicaron los

drenajes. La punción con agujas puede realizarse, incluso en aquellos casos de abscesos múltiples o tabicados tratando de drenar los de mayor tamaño y los más accesibles (6).

El tratamiento antibiótico inicial, mientras son informados los cultivos, se aconseja que incluya drogas contra bacterias entéricas Gram negativas, anaerobios y *Staphylococcus aureus*.

Posteriormente, la terapia se escoge de acuerdo con el germen aislado y con su sensibilidad. Los gérmenes más frecuentes son *E. coli*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *anaerobios*, *Staphylococcus aureus*. La vía de administración es la venosa durante las primeras dos a tres semanas y posteriormente se continúa con vía oral durante otras tres o cuatro semanas. Hay casos en los que el tratamiento debe prolongarse más, especialmente cuando se trata de abscesos múltiples (11).

El diagnóstico temprano es fundamental, ya que la demora en diagnosticar esta entidad, es uno de los factores implicados en la mortalidad de los pacientes (9).

Consideramos que la punción percutánea más la antibioticoterapia es el tratamiento de elección para los pacientes con abscesos hepáticos piógenos. La cirugía está indicada sólo en aquellos pacientes que no mejoran con el tratamiento antes mencionado o cuando hay una patología quirúrgica de base.

En nuestro medio es importante hacer el diagnóstico diferencial con el absceso hepático amibiano, el cual es mucho más frecuente. Cuando hay duda, el absceso piógeno debe sospecharse ante una prueba serológica negativa para amibiasis, ante la no respuesta al tratamiento específico y ante la presencia de abscesos múltiples.

Referencias

1. VERLENDEN, W.L., and FREY, CF. Management of liver abscesses. AM.J. Surg. 140: 53-59, 1980.
2. SATIANI, B., and DAVIDSON, E.D. Hepatic abscesses: Improvement in mortality with early diagnosis and treatment. Am. J. Surg. 135: 647-650, 1978.
3. MAHER, J.A., REYNOLDS T.B., and YELLIN A.E. Successful Medical treatment of pyogenic liver abscess. Gastroenterol. 77: 618-622, 1979.

4. MARTIN, E.C. et al. Percutaneous drainage in the management of hepatic abscesses. *Surg. Clin. North Am.*: 61: 157-167, 1981.
5. GERZOF, S.G. et al. Percutaneous catheter drainage of abdominal abscesses. *N. Engl. J. Med.* 305: 653-657, 1981.
6. BERGER, L.A., and OSBORNE, D.R. Treatment of pyogenic liver abscesses by percutaneous needle aspiration. *Lancet.* 1: 132-134, 1982.
7. HERBERT, D.A., ROTHMAN, J., SIMMONS, F. et al. Pyogenic liver abscesses: Successful non-surgical therapy. *Lancet.* 1: 134-136, 1982.
8. REYNOLDS, T.B. Medical treatment of pyogenic liver abscess. *Ann. Intern. Med.* 96: 373-374, 1982.
9. STENSON, W.F., ECKERT, T., and AVIOLI, L.A. Pyogenic liver abscess. *Arch. Intern. Med.* 143: 126-128, 1983.
10. SCHARSCHMIDT, B.F. Parasitic, Bacterial, Fungal, and Granulomatous liver disease. En: WYNGAARDEN, JB, SMITH, LH, eds. *Cecil, Textbook of Medicine.* 16a ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1982. p. 792-796.
11. PETERSDORF, E.G. HIRSCHMENN, J.V. Localized infections and abscesses. En: ISSELBACHER, KJ, ADAMS, RD, BRAUNWALD, E, PETERSDORF, RG, WILSON, JD, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine* 10a ed. New York: McGraw-Hill, 1983. p. 864-872.
12. McFADZEAN, A.J.; CHANG, K.P., and WONG, C.C. Solitary pyogenic abscess of the liver treated by closed aspiration and antibiotics. *Br. J. Surg.* 41: 141-152, 1983.
13. LAND, M.A. et al. Pyogenic Liver Abscess. *South. Med. J.* 78: 1426-1430, 1985.