



Absceso hepático piógeno: Reporte de un caso Pyogenic Liver Abscess, a Case Report

^IDra. Leyanis González Baigorrría  

^{II}Ilian Esteban Tarife Romero  

^{III}Luis Manuel Abreu Pereira  

^IEspecialista en I grado de Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Profesora Auxiliar. Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Aleida Fernández Chardiet". Facultad de Ciencias Médicas Mayabeque. Güines, Cuba.

^{II}Estudiante de Medicina. Facultad de Ciencias Médicas Mayabeque. Güines, Cuba.

^{III}Estudiante de Medicina. Facultad de Ciencias Médicas Mayabeque. Güines, Cuba.

Autor para correspondencia: Dra. Leyanis González Baigorrría 

RESUMEN

El absceso hepático piógeno es una colección purulenta, delimitada, secundaria a un foco primario demostrable. El objetivo de este reporte de caso es describir un caso de absceso hepático piógeno. Paciente masculino, raza mestiza, de 62 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial. Refiere tratamiento de artritis séptica en rodilla derecha y dolor abdominal de ocho días de evolución que había comenzado en hipocondrio derecho, en ocasiones se comportaba como cólicos acompañados de fiebre de 39-40 °C y vómitos. Presentaba taquicardia y polipnea. Se interviene quirúrgicamente de manera urgente, localizándose en el lóbulo derecho hepático un absceso piógeno. La fiebre es el principal signo de alarma inicial; la imagenología es la técnica más fidedigna para diagnosticar los abscesos hepáticos y la antibioterapia unida al drenaje, percutáneo o a cielo abierto son pilares básicos en el tratamiento.

Palabras clave: absceso hepático, absceso piógeno hepático, intervención quirúrgica

Descriptores: abscesos; absceso hepático; absceso piógeno hepático; hígado; liver ; procedimientos quirúrgicos operativos

ABSTRACT

Pyogenic liver abscess is a delimited, purulent collection secondary to a demonstrable primary focus. The objective of this a Case Report is to describe a case of pyogenic liver abscess. Male patient, mixed race, 62 years old with a history of high blood pressure. He reported treatment for septic arthritis in the right knee and abdominal pain for eight days that had started in the right hypochondrium, sometimes acting as cramps accompanied by fever of 39-40 °C and vomiting. He had tachycardia and was polypnea. He underwent emergency surgery, and a pyogenic abscess was located in the right lobe of the liver. Fever is the main initial warning sign; Imaging is the most reliable technique to diagnose liver abscesses and antibiotic therapy combined with percutaneous or open drainage are basic pillars in the treatment.

Key words: liver abscess, pyogenic liver abscess, surgical intervention

Descriptors: abscesos; liver abscess; liver abscess, pyogenic; surgical procedures, operative

INTRODUCCIÓN

Los abscesos hepáticos son una entidad que genera morbimortalidad en pacientes y es una de las complicaciones de otras infecciones con mayor repercusión en la prolongación de la estancia hospitalaria. Pueden ser de origen infeccioso, necrótico o neoplásico.⁽¹⁾

El Absceso Hepático Piógeno (AHP) es una colección purulenta, delimitada, secundaria a un foco primario demostrable. Es una hepatopatía quirúrgica grave, más común en hombres, los adultos mayores, con antecedentes de inmunodepresión, alcoholismo, diabetes mellitus, neoplasia, síndrome hepatobiliar subyacente o enfermedad pancreática, trasplante de hígado y el uso regular de los inhibidores de la bomba de protones.^(1,2)

Existe una proporción considerable de abscesos hepáticos piógenos, sigue a uno o más episodios de bacteriemia de la vena porta, en general se relaciona con una fuga intestinal y peritonitis. Otra de las rutas importantes para la aparición de abscesos hepáticos es la propagación directa de la infección biliar. La enfermedad subyacente de las vías biliares, como lo es la litiasis biliar o la obstrucción maligna, tumor de ampolla, está presente en el 40 al 60 % de los casos. En ocasiones, los abscesos surgen de heridas quirúrgicas o penetrantes, incluida la lesión por la migración de un cuerpo extraño ingerido.⁽¹⁾

El absceso hepático es una patología poco común, multifactorial, provocada por la invasión de microorganismos al parénquima sano del hígado, estos son de origen amebiano, bacteriano o fúngico.⁽³⁾

El *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* y otros cocos grampositivos son patógenos reconocidos en circunstancias específicas. Las especies de estreptococos y estafilococos son los patógenos más comunes en un análisis poblacional de AHP en niños, en los que el trasplante de hígado es un factor de riesgo importante. En un informe de abscesos hepáticos, en pacientes sometidos a embolización transarterial por carcinoma hepatocelular, los cocos grampositivos representan el 60 % de los patógenos.⁽¹⁾

Los abscesos hepáticos son diagnosticados mediante la clínica, el examen físico, complementarios de laboratorio que corresponden a: leucocitosis, fosfatasa alcalina y bilirrubina

elevada, pruebas de imagen, como: el ultrasonido, la tomografía axial computarizada y la Resonancia Magnética Nuclear (RMN), por lo que aún se considera un reto para el médico general y el especialista.⁽⁴⁾

El tratamiento de elección de los abscesos hepáticos piógenos, proporciona la curación de la mayoría de los pacientes con una tasa de complicaciones del cuatro al 11 %. La terapia antibiótica se hará de acuerdo con el foco infeccioso inicial (conocido o supuesto) y los gérmenes habituales responsables. La colocación de un catéter para drenar el absceso se hace por vía percutánea, guiada por radiología. El drenaje quirúrgico (cirugía abierta o endoscópica) se lleva a cabo si fracasa el percutáneo, existen contraindicaciones (trastornos de la coagulación, ascitis, abscesos múltiples de tamaño pequeño y riesgo de dañar una estructura vital), enfermedades asociadas subsidiarias de cirugía o en los abscesos que muestran ruptura o hemorragia.^(5,6)

Por lo antes expuesto, el objetivo de este reporte es describir un caso de absceso hepático piógeno.

Información del paciente:

Paciente masculino, raza mestiza, de 62 años de edad, antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial; antecedentes patológicos familiares de cardiopatía isquémica (madre fallecida), estado civil casado, jubilado. No refiere alergia a medicamentos ni transfusiones sanguíneas anteriores. Refiere tratamiento de artritis séptica en rodilla derecha, niega traumatismos.

Acude al cuerpo de guardia de cirugía general del Hospital Docente Clínico Quirúrgico, "Aleida Fernández Chardiet", en el municipio de Güines, Mayabeque, Cuba. Refiere dolor abdominal, de ocho días de evolución que comienza en hemiabdomen superior derecho, en ocasiones se comporta como cólicos, acompañado de fiebre de 39 a 40 °C, vómitos que contienen restos de alimentos, el último de coloración muy oscura durante las 72 horas previas al ingreso. Presenta taquicardia y polipnea.

Examen físico:

Se constata que el paciente presenta un mal estado general, consciente, orientado en tiempo, espacio y persona. Mucosas secas e hipocoloreadas, el tejido celular subcutáneo no infiltrado.

Aparato respiratorio con polipnea marcada,

murmulo vesicular audible en ambos hemitórax y una frecuencia respiratoria de 36 ventilaciones por cada minuto.

Aparato cardiovascular con ruidos cardiacos acelerados, presenta taquicardia, con una frecuencia cardiaca de 125 latidos por cada minuto, sin precisar soplo y la tensión arterial en 110/70 mm Hg.

Abdomen que sigue los movimientos respiratorios, doloroso al golpe de tos, contracturado, ruidos hidroaéreos ausentes, doloroso a la palpación profunda con reacción peritoneal franca, sin tumor palpable.

Exámenes de imagenología y de laboratorio:

Los complementarios de laboratorio reportan leucocitosis (14.2 x 10⁹/l), una ligera disminución del hematocrito (14.2 x 10⁹/l) y los demás parámetros dentro del rango normal. Plaquetas en 300 x 10⁹/l, coagulograma mínimo normal, glicemia de 5.3 mmol/L.

Además, se realiza un RX de tórax sin alteraciones pleuropulmonares.

Intervención terapéutica:

Se decide su traslado al salón de operaciones con el diagnóstico de síndrome peritoneal para su intervención quirúrgica urgente.

Se localizan en el lóbulo derecho hepático asas adheridas que se liberan y dejan ver cráter con salida de contenido purulento a cavidad taponeado por epiplón, con fibrina adherida y coloración pálida hepática se toma muestra para cultivo y estudio citológico, figura A.



Fig. A. Absceso hepático con salida de contenido purulento

Se realiza lavado amplio de cavidad abdominal y se dejan sondas de drenaje intrahepáticas y

abdominal, figura B.

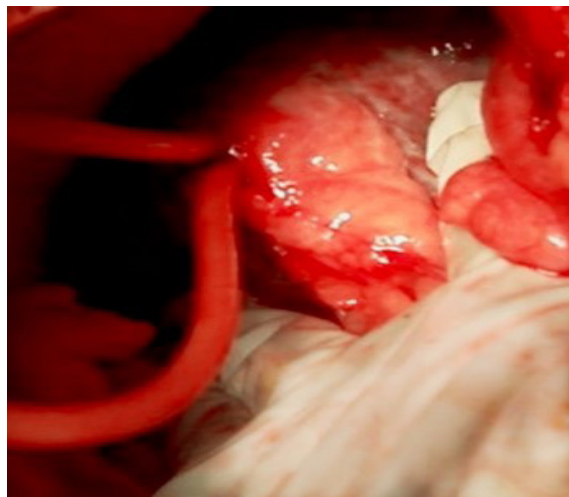


Fig. B. Sondas de drenaje intrahepáticas y abdominal

Hubo complicaciones quirúrgicas como: Íleo paralítico, reflejo y sepsis urinaria. La impresión diagnóstica definitiva es un absceso hepático piógeno.

Se traslada al paciente a la Unidad de Terapia Intensiva y se cumple con el tratamiento, con triple terapia antibiótica de amplio espectro que consiste en ceftriaxona un g, dos bulbos en vía endovenosa, cada 12 horas, metronidazol de 500 mg, un frasco endovenoso cada ocho horas a durar 30 minutos, amikacina de 500 mg, un bulbo endovenoso diluido en 200 ml de solución salina fisiológica y se realiza la reintervención (secound-look) a las 48 horas, con lavado de la cavidad abdominal amplio, sin muestras de abscesos interasas o subfrénicos.

Seguimiento y resultados:

Se continúa el seguimiento con ultrasonidos y hemoquímica evolutivos y lavados cerrados de la cavidad del absceso.

Evoluciona de forma favorable, el paciente comienza a tener una respiración normal, las frecuencias respiratorias de 20 ventilaciones por cada minuto, los picos febriles desaparecen, mejora el estado general, es egresado a los 21 días de la primera intervención quirúrgica, con seguimiento en consulta externa por un médico de asistencia.

DISCUSIÓN

La principal causa de los abscesos hepáticos es la apendicitis aguda; pero con el perfeccionamiento de la técnica quirúrgica y una mejor utilización de antimicrobianos, esta incidencia

disminuye de forma considerable. El origen de la infección hepática, puede aparecer por varios factores. En un estudio realizado por un autor,⁽⁷⁾ a un 7.3 % de los casos, se le atribuye la causa del absceso hepático a bacteriemias de cualquier foco, lo que corresponde con los antecedentes patológicos personales de artritis séptica, en el paciente.

El mismo autor,⁽⁷⁾ plantea que todos los pacientes de su estudio reciben antibióticoterapia endovenosa, por un promedio de 18.6 días de tres a 30 días. En todos los casos se utiliza la terapia combinada, el antibiótico más prescrito es el metronidazol.⁽⁸⁾

La rotura del absceso hepático, en la cavidad peritoneal, es la localización más frecuente, es una urgencia quirúrgica mayor. Las imágenes son esenciales en el tratamiento de los abscesos hepáticos rotos, estas permiten un diagnóstico positivo y topográfico.⁽⁹⁾ En este caso son los Rx y los ultrasonidos.

El sexo masculino, la leucocitosis, el nivel alto de fosfatasa alcalina, la disminución del hematocrito y el volumen de absceso se asocian con el tratamiento intervencionista.^(5,7)

En una investigación⁽¹⁰⁾ refieren que cuanto mayor es el tamaño de un absceso hepático, mayor es la tendencia a romperse. Además, el tamaño del absceso es un elemento a considerar en la efectividad del tratamiento que se decida emplear. Se habla de un mayor riesgo a rupturas en edades inferiores a los 15 años, por las características morfofuncionales del tejido hepático en este periodo.

Autores refieren,⁽¹¹⁾ que la localización del absceso, en el lóbulo izquierdo se considera un factor de riesgo de rotura, por el pequeño volumen del lóbulo izquierdo que lo hace más expuesto a la ruptura en comparación con el lóbulo derecho. Los abscesos hepáticos predominan en el lóbulo derecho del hígado por factores anatómicos como: mayor volumen del lóbulo derecho, su vascularización preferencial por la rama derecha de la vena porta; flujo laminar al lóbulo derecho.

Los abscesos piógenos tienen mayor riesgo de ruptura que los amebianos y este predominio puede explicarse por la diferencia en la fisiopatología que subyace a la formación de abscesos en el parénquima hepático. Por otro lado, el absceso piógeno se produce durante la invasión al hígado, por un germen procedente de la vena porta o la arteria hepática o es secunda-

rio a una obstrucción biliar. Esta proliferación provoca la destrucción del parénquima, por la formación de una colección purulenta. Esta infección activa por la multiplicación de bacterias, favorece la aparición de ruptura.⁽¹²⁾

En este caso en particular los factores que propician la ruptura del absceso hepático son: la localización en el lóbulo derecho y el origen piógeno del absceso.

CONCLUSIONES

La fiebre es el principal signo de alarma inicial, la imagenología, es la técnica más fidedigna para diagnosticar los abscesos hepáticos y la antibióticoterapia unida al drenaje, percutáneo o a cielo abierto son pilares básicos en el tratamiento.

Declaración ética-moral: Para la realización del presente artículo, se cumple con los principios fundamentales de la declaración de Helsinki de 1964 (beneficencia y no maleficencia, justicia social o principio de no discriminación y principio de autonomía de decisión del paciente. Se obtiene el consentimiento informado, donde se declara que toda información es utilizada en beneficio de la ciencia y se garantiza la confidencialidad de los datos personales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Henández Bayeh CE, Guerrero Pin CE, Reyes Cevallos JI, Cedeño Intriago MD, Bosque Lema AL, Mariño Salcedo AF, et al. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de los abscesos hepáticos producidos por infecciones bacterianas, revisión bibliográfica. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. [Internet]. 2021 [citado: 2 Feb 2023];5(4):4406-15. Disponible en: <http://ciencialatina.org/index.php/ciencia-latina/article/download/628/827>
2. Guerra-Macías I, Cutié-Taquechel G, Castañeda-Urdaneta FA. Absceso hepático piógeno. Presentación de un caso. *Rev Inf Cient* [Internet]. 2021 [citado 2 Feb 2023]; 100(1):1-6. Disponible en: <http://www.revinfscientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3263>
3. Serna Cortes D, Mora Loyo JM, Bojalil Cabillo A. Absceso hepático piógeno roto: reporte de caso. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. [Internet]. 2022 [citado: 2 Feb 2023]; 6(6): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/download/4260/6537>

4.Kumar R, Anand U, Priyadarshi RN, et al. Management of amoebic peritonitis due to ruptured amoebic liver abscess: It's time for a paradigm shift. JGH open. [Internet]. 2019 [citado 2 Feb 2023];3(3):268-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6586569/>

5.Martínez García A, León González OC, Danta Fundora LM. Ruptura espontánea de absceso hepático del lóbulo izquierdo en hemitórax derecho. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2021 Jun [citado 2 Feb 2023];50(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572021000200034&lng=es.

6.Correa-Martínez L, Jiménez-García Y, Trevin-Licea MC, Gámez-Blanco DI. Absceso hepático roto. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2022 [citado 2 Feb 2023];26(4):[aprox. 1p.]. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5490>

7.Carrillo Ñañez L, Luis Cuadra-Urteaga J, Pintado Caballero S, Canelo-Aybar C, Gil Fuentes M. Absceso hepático piógeno. Absceso Hepático: Características clínicas, imagenológicas y manejo en el Hospital Loayza en 5 años. Rev. Gastroenterol [Internet]. 2010 [citado 2 Feb 2023];30(1):46-51. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=S1022-51292010000100007lang=es

8.Rivero-León A, Núñez-Calatayud M. Absceso hepático amebiano modificado: reporte de un caso. Rev. Colomb. Gastroenterol. [Internet]. 2022 [citado 2 Feb 2023];37(2):242-7. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-99572022000200242&script=sci_arttext

9.Gaetan Khim, Sokhom Em, Satdin MO, Nicola Townell. Liver abscess: diagnostic and management issues found in the low resource setting. British Medical Bulletin[Internet]. 2019 [citado 2 feb 2023];132(1):45-52. Disponible en: <https://academic.oup.com/bmb/article/132/1/45/5677141>

10.Ndong A, Tendeng JN, Ndoye NA, et al. Predictive risk factors for liver abscess rupture: A prospective study of 138 cases. Clínica Arco Gastroenterol. [Internet]. 2020 [citado 2 Ene 2022];6(1):1-5. Disponible en: <https://www.peertechzpublications.com/articles/ACG-6-167.pdf>

11.Cevallos-Teneda AC, Amores-Álvarez LA. Absceso hepático como precursor del cáncer colorectal. Pentaciencias [Internet]. 2023 [citado 2 Ene 2022];5(6):133-45. Disponible en: <https://www.editorialalema.org/index.php/pentaciencias/article/view/848/1146>

12.Oviedo-Bravo S, Muñoz-Gardilic N. Absceso hepático amebiano, a proposito de un caso en Santiago de Chile. Confluencia [Internet]. 2023 [citado 2 Ene 2022];6(1):132-5. Disponible en: <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/download/923/745>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses para la publicación del artículo.

Citar como: González Baigorriá L, Tarife Romero IE, Abreu Pereira LM. Absceso hepático piógeno: Reporte de un caso. Medimay [Internet]. 2024[citado: fecha de citado];31:e2406. Disponible en: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/2406>

Contribución de autoría.

Participación según el orden acordado por cada uno de los autores de este trabajo.

Autor

Dra.Leyanis González Baigorriá

Ilian Esteban Tarife Romero

Luis Manuel Abreu Pereira

Contribución

Conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto, supervisión, validación, redacción(borrador original, revisión y edición).

Conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto, supervisión, validación, redacción (borrador original, revisión y edición).

Análisis formal, Investigación, Metodología, redacción (borrador original, revisión y edición).



Este artículo se encuentra protegido con una [licencia de Creative Commons Reconocimiento- No Comercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos, siempre que mantengan el reconocimiento de sus autores.