CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):564

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-191 - ABSCESO PULMONAR: COMPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE LA HEPATOLITIASIS

Zárate Pinedo, Alba; García Monforte, Neus; Campos Serra, Andrea; Gracia Román, Raquel; Bejarano González, Natalia; Romaguera Monzonis, Andreu; García Borobia, Francisco Javier; Navarro Soto, Salvador

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Introducción: El abordaje percutáneo transhepático de la hepatolitiasis y la coledocolitiasis es el tratamiento de elección cuando no es posible realizar técnicas endoscópicas (divertículo duodenal, derivación bilio-digestiva). Este procedimiento presenta una tasa de complicaciones graves entre el 4-6%, entre las cuales se incluyen fuga biliar, sepsis, abscesos hepáticos y hemorragia. El absceso pulmonar secundario a embolismo séptico es una entidad poco frecuente, cuyos principales focos de infección primaria son las infecciones de piel y tejidos blandos, las endocarditis infecciosas, las infecciones de catéter, y las tromboflebitis sépticas. La sepsis de origen biliar no se considera una causa habitual de embolismo pulmonar séptico.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 51 años portador de una hepático-yeyunostomía por estenosis biliar secundaria a pancreatitis crónica. En una analítica de control rutinaria presenta elevación de las enzimas de colestasis. En los estudios de imagen se objetivó empedrado litiásico en el conducto biliar izquierdo, la bifurcación biliar, rama biliar posterior derecha y en colédoco proximal/medio. Se decidió tratamiento percutáneo realizándose colangiografía transhepática con extracción anterógrada de las litiasis y dilatación de la anastomosis hepático-yeyunal. Durante las primeras horas post-procedimiento presentó fiebre, hipotensión y desaturación. Orientado como sepsis de origen biliar, se inició antibioterapia empírica y se realizaron hemocultivos en los que se identificó crecimiento de *E. coli* multisensible. El paciente realizó una buena evolución clínica siendo alta con tratamiento antibiótico oral. Tres semanas después consultó a urgencias por disnea, tos con expectoración mucopurulenta y fiebre vespertina. En la radiografía de tórax se objetivó imagen nodular de 6,5 cm de diámetro con nivel hidroaéreo en su interior sugestiva de absceso pulmonar. En el cultivo de esputo se detectó crecimiento del mismo germen que en los hemocultivos tomados durante el episodio de sepsis de origen biliar. Bajo el diagnóstico de absceso pulmonar secundario a embolismo séptico de origen biliar se inició cobertura antibiótica endovenosa con ceftriaxona y clindamicina. El paciente presentó una correcta evolución, con desaparición de la clínica y mejoría radiológica progresiva.

Discusión: Las causas de los embolismos sépticos pulmonares son variadas. No se ha descrito en la literatura ningún caso clínico de absceso pulmonar secundario a sepsis de origen biliar en contexto de manipulación percutánea de la vía biliar. La sepsis de origen biliar tras una colangiografía transhepática es una complicación relativamente frecuente. Se debería pensar en la posibilidad de

un embolismo séptico a nivel pulmonar en aquellos pacientes con persistencia de la fiebre y clínica respiratoria.

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados