CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):795

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-422 - MANIPULACIÓN DENTAL COMO CAUSA INFRECUENTE DE ABSCESO HEPÁTICO

Soldevila Verdeguer, Carla; Morales Soriano, Rafael; Molina Romero, Francesc Xavier; Pujol Cano, Natalia; Rodríguez Pino, José Carlos; Pineño Flores, Cristina; Morón Canis, José Miguel; González Argente, Xavier Francesc

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Resumen

Introducción: Los abscesos hepáticos representan un 15% de los abscesos intraabdominales. Se clasifican según su etiología en piógenos o amebianos, siendo los piógenos los más frecuentes (90%). Con frecuencia su diagnóstico es tardío por la inespecificidad de su curso clínico, causando una elevada morbi-mortalidad si no se tratan precozmente.

Caso clínico: Paciente de 52 años, obesa, sin otros antecedentes de interés. Acudió a urgencias por fiebre y dolor abdominal en epigastrio, irradiado a región escapular e hipocondrio derecho de 72h de evolución, que empeoraba con las comidas. A su llegada se encontraba hipotensa y taquicárdica (TA 80/50 mmHg, FC 123 lpm). A la exploración presentaba dolor y ocupación de hipocondrio derecho, con signo de Murphy positivo. En la analítica destacaban: leucocitosis (23.600 leucocitos/uL), TP 54%, GPT 243 U/L, GGT 37 U/L, PCR 43,77 mg/dL y PCT 3,81 ng/ml. La ecografía abdominal informó de colecistitis aguda litiásica y lesión focal indeterminada en lóbulo hepático derecho de 7 cm cuyo estudio se recomendaba realizar ambulatoriamente. Con diagnóstico de sepsis secundaria a colecistitis aguda, se inició tratamiento empírico con meropenem 1 g/8h iv y resucitación con cristaloides. Se consiguió estabilidad hemodinámica, y se solicitó TC abdominal a las 24h por no presentar mejoría clínica, con hallazgo de lesión hepática compatible con absceso multiseptado o tumor necrótico, colelitiasis y líquido perivesicular. Se realizó colecistostomía percutánea (obteniendo bilis estéril) y se drenó la colección hepática, en el cultivo de la muestra creció *Streptococcus intermedius* (gram positivo habitual en la orofaringe, aislado típicamente en abscesos viscerales odontógenos). Con estos resultados se reinterrogó a la paciente, quién explicó antecedente de manipulación dentaria 15 días antes. Se descartó endocarditis con un ecocardiograma. Tras la obtención del antibiograma se desescaló a amoxicilina-clavulánico 2 g/8h iv, con buena evolución y resolución del cuadro tras cuatro semanas de tratamiento. En nuestro caso la paciente se presentó séptica, con criterios de gravedad y con clínica abdominal que orientaba hacia colecistitis aguda. El diagnóstico de absceso hepático no se estableció hasta 24h después, con el resultado del TC abdominal. No se realizaron hemocultivos antes de instaurar tratamiento, lo que podría haber adelantado el diagnóstico microbiológico.

Discusión: Las causas más frecuentes de absceso hepático son la colangitis, pileflebitis, infección postraumática o por contigüidad, y el germen aislado es una enterobacteria (*E. coli*, *Klebsiella*). Sin

embargo, la manipulación dental es una causa infrecuente. Debemos tener en cuenta este cuadro en el diagnóstico diferencial de la sepsis abdominal y realizar una anamnesis precisa. El tratamiento inicial se basa en antibióticos de amplio espectro, cubriendo tanto gram positivos como gram negativos. La segunda medida es el drenaje percutáneo de la colección, con cultivo del líquido obtenido y ajuste del tratamiento con el resultado. Es infrecuente recurrir al drenaje quirúrgico como tratamiento del absceso hepático, se reserva para casos de fracaso de tratamiento conservador o evolución desfavorable.

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