



P-261 - SEPSIS GRAVE POR ABSCESO HEPÁTICO GIGANTE

García Martínez, María de Los Ángeles; Gallart Aragón, Tania; Moreno Cortés, Clotilde; Reyes Lartategui, Saturnino; Cañas García, Inés

Hospital Universitario San Cecilio de Granada, Granada.

Resumen

Introducción: Los abscesos hepáticos de origen bacteriano representan una entidad clínica poco frecuente. Su incidencia varía entre 0,008 y 0,022%. Se asocian con una elevada morbilidad. En general se clasifican en función del microorganismo que los origina.. Una vez diagnosticado el tratamiento antibiótico y el drenaje percutáneo son la base del manejo, siendo el tratamiento quirúrgico la acción terapéutica menos utilizada en la actualidad.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 68 años de edad con antecedentes personales de diverticulosis colónica y mastitis. Ingresa de forma urgente en el servicio de medicina interna por sensación de masa hepática y fiebre, asociada a anorexia, astenia y pérdida ponderal. Analíticamente destaca leucocitosis de 18.000 lec/mm, con 93,7% de neutrofilia asociada y proteína C reactiva de 492. Se realiza ecografía abdominal de forma urgente que evidencia LOE hepática heterogénea ocupando la subtotalidad del lóbulo hepático derecho. La paciente experimenta un empeoramiento súbito con disminución de la tensión arterial, taquicardia, caída de la saturación y exploración compatible con abdomen agudo, por lo que se decide cirugía urgente. Mediante ecografía intraoperatoria se localiza absceso en segmento VI, destechamiento del mismo, drenaje de material purulento y canalización de trayectos abscesificados hacia segmentos VII y VIII. Desbridamiento amplio y muestras para cultivo y anatomía patológica. Colocación de drenajes. Cultivo de absceso positivo para *Streptococcus intermedius* multisensible, y anatomía patológica negativa para malignidad. Tratamiento con linezolid y meropenem. Durante su estancia en sala es diagnosticada de neumonía LSD progresando a bajo nivel de conciencia y dificultad respiratoria severa, precisando ingreso en UCI y requiriendo intubación orotraqueal. De nuevo en sala, se retiran drenajes intraabdominales y se solicita ecografía de control que confirma resolución del proceso. Es dada de alta tras 30 días de hospitalización, en seguimiento por Infecciosas y asintomática en la actualidad, dos años después.



Discusión: Entre el 10% y el 20% de los pacientes presentan complicaciones relacionadas con la extensión a estructuras vecinas o con la ruptura del absceso. Las más frecuentes son las pleuropulmonares, como derrame pleural y/o empiema y menos comunes son el absceso subfrénico, la peritonitis, pericarditis y la hemobilia. El absceso hepático es una situación clínica grave, como lo demuestra que en pacientes no tratados la mortalidad suele alcanzar 100%. El drenaje percutáneo radiológicamente guiado ha sido la base para el tratamiento intervencionista del absceso hepático. Las características en cuanto a edad, cuadro clínico, localización y características imagenológicas de los abscesos, hallazgos de laboratorio y etiología, influyen en dicha mortalidad. El tratamiento quirúrgico de los abscesos hepáticos es la última opción terapéutica actualmente, ya que el control de los mismos suele realizarse mediante tratamiento antibiótico y/o drenaje percutáneo radioguiado. Es importante desarrollar protocolos de manejo de esta enfermedad, con el propósito de mejorar la calidad de la información consignada en las historias clínicas, dado que esto representó una clara limitación del estudio. El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado disminuyen la mortalidad.