



P-671 - CIRUGÍA EMERGENTE POR HEMORRAGIA DIGESTIVA COMO EXPRESIÓN DE ABSCESO AMEBIANO COMPLICADO CON FÍSTULA DUODENOCÓLICA

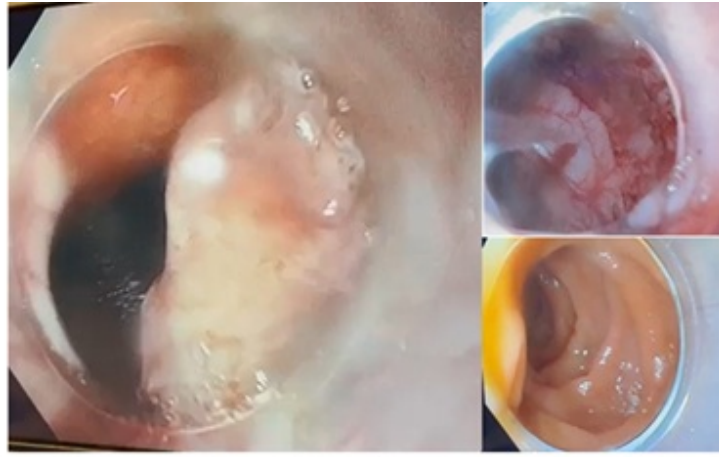
Carranque Romero, Maria Soledad; Sánchez Rodríguez, Yolanda Maria; Macias de la Corte Hidalgo, Maria; Bellido Moreno, Victoria; López Labrador, Alicia

Hospital Costa del Sol, Marbella.

Resumen

Introducción: El absceso hepático amebiano es la manifestación extraintestinal más frecuente por amebiasis. La mayoría son causados por *Entamoeba histolytica* que asciende al hígado por el sistema venoso portal. La sintomatología suele ser fiebre elevada, dolor en hipocondrio derecho y diarrea en un tercio de los pacientes. Las complicaciones incluyen obstrucción o trombosis de la vena hepática y/o cava inferior, infección colónica localizada (ameboma) o ruptura a víscera hueca generando fistula hepatobronquial, hepatogástrica o hepatoentérica.

Caso clínico: Varón de 39 años, natural de Inglaterra, con antecedente de absceso amebiano hepático tratado. Ingresa por hemorragia digestiva alta (HDA). Se realiza endoscopia digestiva alta evidenciándose en bulbo duodenal, coágulo en úlcera profunda en cara inferoposterior. Se resuelve con adrenalina y endoclip. Dos días después, presenta nuevo episodio de anemia y HDA apreciándose en segunda endoscopia, úlcera penetrante hacia lo que impresiona mucosa colónica sospechándose fístula duodenocólica. Con manejo médico se estabiliza realizando TC abdomen que describe en segmento IVa lesión de 9,5 × 5 cm sugerente de colección con restos hemáticos que sobrepasa cápsula hepática y comunica con duodeno y colon transverso. Se solicita drenaje percutáneo sin poder obtener muestra, pero se inyecta contraste confirmando el trayecto fistuloso. Cubierto con piperacilina-tazobactam se añade metronidazol. Estudio en heces negativo para amebiasis. Confirmado mediante serología. Cinco días después vuelve a presentar hemorragia digestiva con inestabilización hemodinámica indicando cirugía emergente que se resume: magma inflamatorio; liberación de colon transverso del lecho hepático con perforación de 2 cm comunicada con cavidad hepática, cierre simple mediante puntos sueltos. Liberación duodenal de lecho hepático con perforación de 3 cm, cierre primario y duodenotomía posterior a perforación. Yeyunostomía de alimentación. En 5.º día posoperatorio nuevo episodio de anemia y abdomen agudo realizándose relaparotomía evidenciando hemoperitoneo con sangrado activo que impresiona proceder de arteria cística. Se realiza colecistectomía retrógrada exitosa. Posteriormente evoluciona de forma favorable añadiendo paramomicina al tratamiento con reintroducción de alimentación oral. Dado de alta a las dos semanas de la reintervención con revisión en su país de origen.



Discusión: En países desarrollados el absceso amebiano puede ascender hasta en un 35% de viajeros de larga estancia a zonas endémicas (India, África y América central y del sur) aunque también podría acontecer tras viajes de escasos días. Analíticamente suelen presentar fosfatasa alcalina y transaminasas elevadas. El examen en heces puede ser útil en el 10-40% de los casos cuando existe amebiasis intestinal concurrente. Entre el 7-25% presentarán trofozoítos en el líquido intralesional descrito como “pasta de anchoa”. Las pruebas de imagen pueden no diferenciarlo del absceso piógeno. Para su confirmación suelen ser necesarias técnicas serológicas o moleculares. Si bien la tasa de mortalidad es baja cuando no está complicado, puede incrementarse hasta un 17% en caso de complicación y/o afectación intestinal simultánea. El tratamiento se inicia de forma empírica con agentes tisulares (metronidazol 7 días) y lumbinales (paramomicina 20 días) y, en general, no suele ser necesario el drenaje o la cirugía salvo en casos de complicación.