CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):599

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-226 - HEPATECTOMÍA DERECHA POR NECROSIS HEPÁTICA SECUNDARIA A ABSCESO Y PERFORACIÓN DE COLON DE ETIOLOGÍA AMEBIANA

Serrano Navidad, Mónica; Lladó, Laura; Ramos, Emilio; López Gordo, Sandra; Bravo Sala, Alejandro; Huguet, Marta; Shaw, Evelyn

Hospital de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Resumen

Introducción: Presentamos el caso de un paciente joven, sin antecedentes epidemiológicos, diagnosticado de absceso amebiano a raíz de dolor abdominal y fiebre con rápida evolución a sepsis grave, asociado a perforación colónica y necrosis hepática extensa.

Caso clínico: Varón de 39 años que presenta dolor en hipocondrio derecho de una semana de evolución y fiebre de 39 ºC. No refería viajes recientes fuera de España. Se cursaron hemocultivos y se realizó una ecografía de abdomen que mostró un absceso en segmento VII hepático de 32 × 23 mm. Orientado como absceso piógeno se inició tratamiento antibiótico empírico. A las 48 horas se realizó un TC abdomen de control objetivándose crecimiento del absceso (54 × 41 mm) realizándose drenaje percutáneo; que se repitió posteriormente por nuevo aumento de tamaño (75 × 48 mm). Por cuadro de abdomen agudo se decidió intervención quirúrgica donde se halló perforación en colon ascendente realizándose hemicolectomía derecha con ileostomía terminal y fístula mucosa así como drenaje quirúrgico del absceso hepático. Durante el postoperatorio presentó shock séptico con inestabilidad hemodinámica y requerimiento de drogas vasoactivas, lactato 12,88 mmol/l, leucocitos 37,5 × 10^9/L, PCR 360 mg/l, además de insuficiencia hepática (bilirrubina 195 mmol/dL, TP 2,68), respiratoria (intubación orotraqueal y ventilación mecánica) y renal (hemodiálisis). Se decidió nueva cirugía urgente en la que se objetivó necrosis en segmentos hepáticos V, VI y VII, realizándose necrosectomía, lavados y colocación de drenajes en lecho de absceso hepático. Los hemocultivos iniciales fueron negativos, cursándose nuevos hemocultivos durante el ingreso con crecimiento de *E. faecium y Candida* spp, también hallados en el cultivo intraoperatorio, así como serología para *E. histolytica* que resultó positiva. Se añadió metronidazol, fluconazol y vancomicina al tratamiento. Persistiendo situación de fallo multiorgánico se decidió traslado a H. Bellvitge para valoración del equipo de Hepatobiliopancreática. Se decidió cirugía urgente en la que se procedió a nueva necrosectomía extensa del hígado derecho y cierre temporal de pared abdominal. Posteriormente tendencia a la estabilización (lactato 5,6 mmol/l, leucocitos 19,9 × 10^9/L, PCR 115 mg/l), lo cual permitió nueva intervención quirúrgica para cierre de pared definitivo, completándose hepatectomía derecha y de segmento IV por necrosis hepática extensa, persistiendo algunas áreas necróticas en remanente hepático. Durante el postoperatorio presentó mejoría del cuadro séptico con recuperación neurológica progresiva y lenta recuperación de la función hepática. El análisis microbiológico de la pieza quirúrgica de colon y absceso hepático fueron positivos para *E. histolytica.* Aunque la incidencia de *E. histolytica* en España es baja, el aumento de casos autóctonos

exige descartar esta posibilidad diagnóstica, especialmente si se trata de un absceso único en lóbulo hepático derecho que no mejora con antibioterapia empírica y con cultivos inicialmente negativos.

Discusión: El manejo del absceso amebiano se basa fundamentalmente en el tratamiento antibiótico, no obstante, la evolución hacia una sepsis grave intraabdominal puede requerir una actuación quirúrgica urgente para controlar el foco séptico, así como un manejo multidisciplinar que frecuentemente precisa derivación a centros de mayor nivel. Finalmente, es importante que el cirujano conozca los marcadores biológicos de sepsis grave para decidir el momento y el tipo de cirugía más adecuado según la evolución del paciente.

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