

CASOS CLÍNICOS

Absceso piógeno hepático. Presentación de tres casos

N.C. Delgado^a, R. Toledo^b, O. Ojeda^c, C.A. Morán^a, J. Bardales Mitac^d y J. Essien^d

^aServicio de Cirugía Pediátrica. ^bServicio de Pediatría. ^cServicio de Neonatología. ^dServicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Pediátrico Provincial Docente Dr. Eduardo Agramonte Piña. Camagüey. Cuba.

SUMMARY

Hepatic pyogenic abscess is uncommon in children, with unspecific signs and symptoms. The development of imaging techniques has revolutionized the diagnosis and treatment of this pathology. This article describes 3 cases diagnosed in a 6 month period, treated with antibiotics and percutaneous drainage using ultrasound guidance. All 3 patients had a history of pyodermitis, in which *S. aureus* was the aetiological agent. One of the patients died as a result of late diagnosis of the pathology, whilst the others progressed favorably to resolution in a period of 3 to 4 weeks. Emphasis is placed on the necessity of early diagnosis and treatment in view of the severity of this pathology.

INTRODUCCIÓN

El absceso piógeno hepático es, en ocasiones, un problema diagnóstico y terapéutico. Es infrecuente en niños y se observa en el 0,38% de las autopsias en los menores de 15 años^{1,2}.

Existe una mayor predisposición en pacientes diabéticos, drepanocíticos e inmunodeficientes³.

Se han invocado varias vías fundamentales de infección: a través del sistema portal por cateterización venosa, sepsis intraperitoneal, a través de la arteria hepática, extensión directa por contigüidad, infección directa por traumatismos, cirugía hepática y otros procederes, y una última vía planteada por algunos autores denominada criptogenética o idiopática^{1,3}.

Los microorganismos más frecuentes son las bacterias aerobias gramnegativas, grampositivas y anaerobias^{1,4,6}.

Aceptado para su publicación el 30 de mayo de 2003.

En las últimas décadas, con la introducción de las nuevas técnicas de imagen, como el ultrasonido y la tomografía computarizada (TC), el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de esta enfermedad han variado favorablemente^{1,2,7-9}.

Dados lo infrecuente de esta entidad, las graves consecuencias de un diagnóstico tardío y el hallazgo en nuestro estudio del mismo agente etiológico, decidimos realizar la presente comunicación de casos.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio ha comprendido un período de 6 meses, durante el que han sido ingresados en el Hospital Pediátrico Provincial Eduardo Agramonte Piña de Camagüey 3 pacientes, cuyos casos se describen a continuación. En todos los casos se registraron datos procedentes de la anamnesis; edad, sexo, signos clínicos y analíticos, hallazgos ultrasonográficos, intervención practicada, antibioterapia y evolución tras ésta.

RESULTADOS

En la tabla I se sintetizan los datos más significativos de los 3 pacientes tratados, una niña y 2 niños, con edades comprendidas entre 1 y 9 años de edad. En todos ellos la clínica inicial fue de fiebre elevada de 5-10 días de evolución, anorexia, distensión y/o dolor abdominal, y el antecedente o la presencia activa de lesiones de piodermitis en los miembros inferiores. En un solo paciente (caso 1) apareció ictericia, con mayor deterioro del estado general.

Desde el punto de vista analítico, en los 3 casos se observó leucocitosis con desviación izquierda, anemia y elevación de la velocidad de sedimentación globular.

TABLA I. Resumen de los casos clínicos

CASO	EDAD (AÑOS)/SEXO	CLÍNICA ANALÍTICA	HALLAZGOS SONOGRÁFICOS	ANTIBIÓTICO	INTERVENCIÓN	CULTIVO	EVOLUCIÓN
1	3/femenino	Fiebre elevada, anorexia, ictericia, distensión abdominal, lesiones de piodermitis en miembros inferiores, afección del estado general, leucocitosis, anemia, hipoproteinemia, PFH alterada	Hepatomegalia importante, imagen de 112-92 mm de baja ecogenicidad en LDH, hidrotórax derecho	Ceftriaxona fosfocina, metronidazol, vancomicina	Punción percutánea con control ultrasonográfico y colocación de catéter	<i>S. aureus</i>	Fallecida
2	1/masculino	Antecedentes de furunculosis, fiebre elevada, distensión abdominal, leucocitosis, anemia	Hepatomegalia, imagen de baja ecogenicidad de 42-46 mm en LI	Vancomicina, amikacina, metronidazol	Punción percutánea con control ultrasonográfico y lavado con solución salina al 0,9%	<i>S. aureus</i>	Favorable
3	9/masculino	Fiebre elevada, dolor abdominal, piodermitis en miembros inferiores, leucocitosis	Imagen en cara anterior del LDH de baja ecogenicidad de 47-46 mm, Hidrotórax derecho	Ceftriaxona, amikacina, fosfocina, vancomicina	Punción percutánea con control ultrasonográfico y lavado con solución salina al 0,9%	<i>S. aureus</i>	Favorable

PFH: prueba de funcionamiento hepático; LDH: lacticodeshidrogenasa.

Fuente: registros clínicos.

Sólo un paciente (caso 1) presentó hipoproteinemia y alteración de las pruebas funcionales hepáticas.

Los exámenes ultrasonográficos mostraron imágenes hepáticas de baja ecogenicidad sugestivas de abscesos de tamaños variables, y en 2 pacientes (casos 1 y 3) se acompañaron de hidrotórax derecho.

El tratamiento inicial fue conservador, mediante antibioterapia, seguido de punción percutánea evacuadora con control ultrasonográfico. Sólo se dejó el catéter en un paciente (caso 1) debido a la cantidad de pus extraído y la gran cavidad del absceso; en el resto de los pacientes (casos 2 y 3) se extrajo el material purulento y se realizó lavado con solución salina al 0,9%.

Los cultivos del material obtenido revelaron la presencia de *Staphylococcus aureus*, y en un solo hemocultivo (caso 1) creció el mismo germe; la evolución de este paciente fue tórpida, con fallo multiorgánico y muerte, comprobándose en la necropsia el absceso hepático intraparenquimatoso con múltiples loculaciones y necrosis hepática. En el resto de los pacientes la evolución fue favorable, con resolución total del absceso en un período entre 3 y 4 semanas.

DISCUSIÓN

El absceso piógeno hepático es infrecuente, fundamentalmente en niños, y su cuadro clínico muestra síntomas y signos inespecíficos, por lo que su diagnóstico en muchas ocasiones es tardío^{1,3}.

Se plantea que el 90-95% de los casos no tratados fallecen². Muchos estudios actuales han intentado definir los factores de riesgo de mal pronóstico de esta enfermedad, aún en discusión, como la ictericia, los abscesos múltiples, la hipoalbuminemia, el derrame pleural y la leucocitosis^{4,5}.

En pacientes pediátricos, el hemocultivo es positivo con más frecuencia en abscesos múltiples que en los solitarios⁶. Generalmente, los abscesos múltiples son secundarios a colangitis, mientras que los únicos suelen deberse a diseminación hemática o traumatismos; por esta vía, los estafilococos son los gérmenes más frecuentes, seguidos de bacterias gramnegativas y anaerobias³.

Falk et al⁷ han mencionado la reducción de la mortalidad del absceso piógeno hepático desde 1980 y han considerado el ultrasonido como el procedimiento diagnóstico de elección. La introducción del drenaje percutáneo mediante aguja con control ultrasonográfico cambió la conducta sobre esta entidad. Muchos autores han documentado una significativa proporción de pacientes que han sido tratados con la combinación de antibióticos sistémicos y drenaje percutáneo, con excelentes resultados^{8,9}.

RESUMEN

El absceso piógeno hepático es infrecuente en niños, y muestra síntomas y signos inespecíficos. El de-

sarrollo de las técnicas de imagen ha revolucionado su diagnóstico y tratamiento. El presente trabajo describe 3 casos diagnosticados en un período de 6 meses, tratados con antibioterapia y drenaje percutáneo mediante aguja con control ultrasonográfico. Los tres pacientes tenían antecedentes de piodermatitis, y *S. aureus* fue el agente etiológico. Uno de los pacientes falleció por diagnóstico tardío de la enfermedad y el resto evolucionó favorablemente, con resolución del absceso en un período de 3-4 semanas.

Se pone énfasis en la necesidad de un diagnóstico y tratamiento precoces por la gravedad de esta enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Puck JM. Bacterial, parasitic, and other infections of the liver. En: Walker WA, Durie PR, Hamilton R, Walker-Smith JA, Watkins J, editors. Pediatric gastrointestinal disease. 2nd. ed. St. Louis: Mosby-Year Book, 1996; p. 1075-86.
2. William C, Meyer Il Fegato. En: David C, Sabiston JR, editores. Trattato di chirurgia. 1.^a ed. it. Roma: Antonio Delfino Editore, 1999; p. 1045-10.
3. Brines T, Codoñer P. Hepatopatías agudas. Hepatitis víricas En: Cruz Hernández M, editor. Tratado de pediatría. 7.^a ed. Barcelona: Espax Publicaciones Médicas, 1994; p. 1204-5.
4. Lee K, Sheen P, Chen J, Ker C. Pyogenic liver abscess: multivariated analysis of risk factors. World J Surg 1991;5: 372-7.
5. Mischinger H, Hauser H, Rabl H. Pyogenic liver abscess: studies of therapy and analysis of risk factors. World J Surg 1994;8:852-8.
6. Kaplan Sl. Pyogenic liver abscess. En: Feigin RD, Cherry JD, editors. Pediatrics infectious disease. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders, 1992; p. 703.
7. Falk KA, Angeras UJ, Friman VZ. Pyogenic liver abscess: have changes in management improved the outcome? Act Chir Scand 1987;153:661-4.
8. Lambiase RE, Deyoe L, Cronan JT. Percutaneous drainage of 335 consecutive abscesses: results of primary drainage with one year follow-up. Radiology 1992;184:167-73.
9. Giorgio A, Tarantino L, Marinello N. Pyogenic liver abscess: 13 years of experience in percutaneous needle aspiration with US guidance. Radiology 1995;195:122-4.