

Fiebre y dolor en hipocondrio derecho

A. Prieto Fernández, A. Pardo García, A. Otero Ventín, C. Crespo García, I. Docal Cabrera,
P. Alonso de la Miar y J. Calzada González*

Servicios de Radiología y *Anatomía Patológica. Hospital Da Costa. Lugo.

Caso clínico

Se trata de un varón de 60 años con un cuadro de una semana de evolución de náuseas, vómitos postprandiales y sensación de plenitud abdominal sin dolor asociado. Dos días antes del ingreso comienza con fiebre elevada, anorexia, dolor en hipocondrio derecho y vómitos.

En la exploración física destacaba: hipertermia (39°C), abdomen distendido con dolor a la palpación en hipocondrio derecho, sin defensa. La analítica general mostraba leucocitosis (12.700) con desviación izquierda, anemia microcítica (Hb 10,8, Hcto 32,5) y elevación de VSG (107). Un hemocultivo resultó positivo para *Streptococcus sanguis*.

En la radiografía de tórax se observaba elevación del hemidiafragma y derrame pleural derechos. La radiografía de abdomen no presentaba datos específicos. Se realizó ecografía abdominal, donde se detectó una lesión hipoeocoica, mal definida de unos 12 cm en el lóbulo hepático derecho (LHD), por lo que se realizó tomografía computarizada (TC) abdominopélvica.

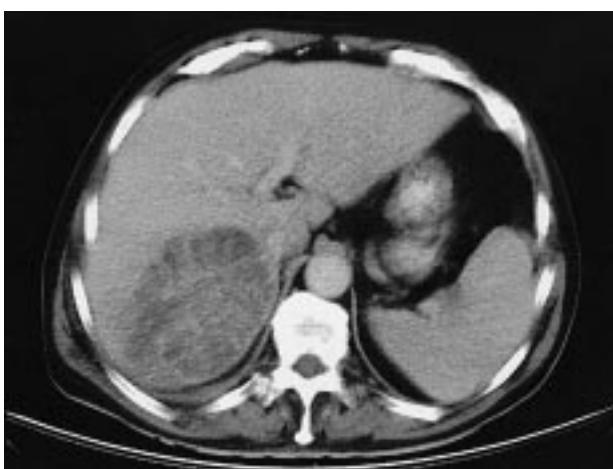


Fig. 1. Imagen de tomografía computarizada a nivel hepático que muestra una lesión hipodensa de pared gruesa y con captación de contraste intravenoso situada en lóbulo hepático derecho de 12×9 cm.



Fig. 2. Imagen de tomografía computarizada a nivel hipogástrico donde se observa una lesión nodular dependiente de un asa de intestino delgado. Esta lesión presenta una cavidad central que contiene contraste oral y nivel hidroáereo en su interior.

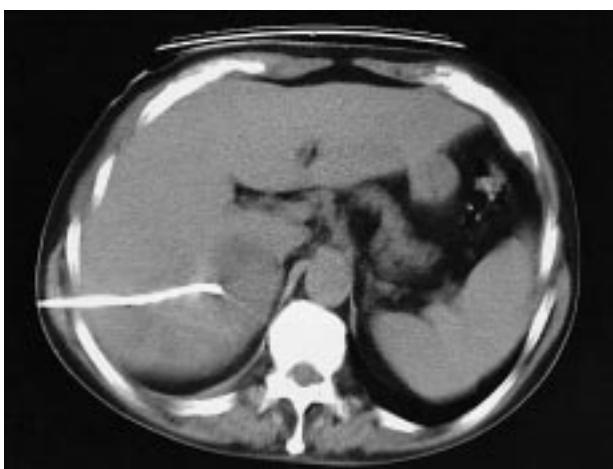


Fig. 3. Imagen de tomografía computarizada (TC) a nivel hepático donde se ve el absceso parcialmente drenado por el catéter pig-tail colocado percutáneamente bajo control con TC.



Fig. 4. Fotografía macroscópica de la pieza tumoral donde se muestra claramente su dependencia de la pared intestinal, así como la ulceración central.

Evolución

La TC muestra una lesión hipodensa en el LHD de 12×8 cm sugestiva de absceso (fig. 1). Se observa además una tumoración de densidad en tejidos blandos, dependiente de un asa de intestino delgado (región yeyuno-ileal), de 4 cm de diámetro con una ulceración central (fig. 2). Se realiza punción-drenaje de la colección hepática con catéter tipo *pig-tail* (10F) (fig. 3), obteniéndose 100 cc de material purulento que en el cultivo fue positivo para *Streptococcus sanguis*. Tras el drenaje y tratamiento antibiótico específico el paciente evoluciona favorablemente y es posteriormente intervenido, resecándose una tumoración de intestino delgado a 80 cm de la válvula ileo-cecal. Macroscópicamente se trataba de una tumoración redondeada, multilobulada, de 4 cm de diámetro, que depende de la pared del intestino (de localización submucosa) con una ulceración central (fig. 4). En el estudio histológico la tumoración es sólida, hipercelular, de células ovaladas y fusiformes que se agrupan formando fascículos, remolinos y pseudoempalizadas. Presentaba vascularización y fibrosis leves, necrosis central, atipia y pleomorfismo moderados. Inmunohistoquímicamente las células tumorales eran positivas para proteína S100, vimentina y enolasa neuronal específica y negativas para actina, antígeno epitelial de membrana (EMA) y queratinas de alto y bajo peso.

Diagnóstico

Absceso hepático como forma de presentación de tumor intestinal estromal de estirpe neural ulcerado.

Comentario

Los abscesos hepáticos son casi siempre de etiología bacteriana. Las posibles vías de llegada de gérmenes piógenos al hígado son: biliar (colangitis ascendente), venosa portal (secundario a foco infeccioso abdominal), arterial (septicemia), por extensión local y posttraumáticas. En la actualidad la patología biliar es la causa más frecuente de absceso hepático¹. Los pacientes suelen ser sintomáticos, con fiebre, malestar y dolor². Antes del desarrollo del scanner, la mortalidad era de aproximadamente el 50%. En los últimos años la morbilidad ha disminuido notablemente por la mejora de los métodos diagnósticos y terapéuticos². Aunque la ecografía tiene una alta sensibilidad diagnóstica (80%-90%), la TC es el método diagnóstico de elección y permite además la punción-drenaje

mediante catéteres *pig-tail*¹. El aspecto del absceso hepático en la TC es el de una masa redondeada, irregular, hipodensa, con una cápsula periférica que capta contraste intravenoso. Aunque la imagen de los abscesos en la TC es muy característica, no es específica y puede ser simulada por metástasis quísticas o necróticas².

Los tumores de los nervios autonómicos gastrointestinales (GANT), también denominados plexosarcomas, son un tipo infrecuente de tumor estromal gastrointestinal, descrito inicialmente por Herrera et al en 1984³. Estos tumores se localizan fundamentalmente en estómago e intestino delgado^{4,5}. Los síntomas son poco específicos y pueden ir desde adelgazamiento, dolor, distensión abdominal y anemia (secundaria a sangrado digestivo crónico) hasta un cuadro de abdomen agudo⁵. Aunque se trata de tumores poco agresivos desde el punto de vista histológico, con un bajo grado de mitosis, deben considerarse malignos dada su capacidad de metastatizar⁴. La técnica diagnóstica de elección es la TC, aunque las características radiológicas son inespecíficas, siendo difícil hacer el diagnóstico diferencial con otros tumores estromales gastrointestinales o con procesos inflamatorios intraabdominales². El diagnóstico definitivo de este tumor es mediante inmunohistoquímica, siendo el patrón distintivo su positividad para vimentina y enolasa neuronal específica^{4,6}. El tratamiento de elección es quirúrgico y el pronóstico depende del tamaño del tumor y de la actividad mitótica^{4,6}.

El interés de este caso radica tanto en la rareza del tumor (59 casos descritos en la literatura) como en su forma de presentación como un absceso hepático secundario a la ulceración tumoral.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Miguel J, Díaz F, Vidalles L, Miguélez JL, Collazos J, Marco A. Abscesos hepáticos piógenos. Estudio de 20 pacientes tratados mediante drenaje percutáneo. An Med Interna 1994;11 (4):173-176.
2. Lee JK, Sagel SS, Stanley RJ, Heiken JP. Computed body tomography with MRI correlation (3.^a ed). Philadelphia. Lippincott-Raven Publishers, 1998; 742-743.
3. Herrera GA, De Morales HP, Grizzle WE, Han SG. Malignant small bowel neoplasm of enteric plexus derivation (plexosarcoma). Light and electron microscopic study confirming the origin of the neoplasm. Dig Dis Sci 1984; 29:275-284.
4. Flückiger R, Wegmann W, Huber A. Tumor des gastrointestinalen autonomen nervensystems (GAN-tumor oder plexosarkom). Chirurg 1996; 67:371-379.
5. Donner LR. Gastrointestinal autonomic nerve tumor: a common type of gastrointestinal stromal neoplasm. Ultrastruc Pathol 1997; 21(5):419-424.
6. Shanks JH, Harris M, Banerjee SS, Eyden BP. Gastrointestinal autonomic nerve tumours: a report of nine cases. Histopathology 1996; 29 (2): 111-121.