

Absceso hepático por *Klebsiella pneumoniae* en inmigrante oriental

José Salvador García-Morillo^a, Fátima de la Cruz-Vicente^a, Teo López-Ruiz^b y Máximo Bernabeu-Wittel^a

^aUnidad Clínica de Atención Médica Integral (UCAMI). Servicio de Medicina Interna.

^bServicio de Digestivo. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Caso clínico

Se trata de un paciente de 34 años, inmigrante chino, que llegó a España 4 meses antes procedente de la región rural de Manchuria, en el norte del China. Ingresó por un cuadro clínico consistente en fiebre elevada de 1 semana de evolución, tiritona, dolor en el hipocondrio derecho e ictericia progresiva. En la exploración se objetivó una ictericia de piel y mucosa, taquicardia a 110 lat./min e hipotensión (85/60 mmHg). En la auscultación respiratoria destacaba una hipoventilación de base derecha y a la palpación abdominal, presentaba dolor y defensa en hipocondrio derecho, con ruidos hidroaéreos conservados. En la analítica inicial mostraba un deterioro de la función renal con urea: 90 mg/dl y creatinina: 2,99 mg/dl; lactato deshidrogenasa (LDH): 590 U/l; alanino-transferasa (GPT) 57 U/l; fosfatasa alcalina: 299 U/l; glutamil-transpeptidasa (GGT): 40 U/l; bilirrubina total/directa: 3,2/2,6 mg/dl; colinesterasa: 4.419 U/l; los reactantes de fase aguda estaban elevados con VSG: 100 mm 1.^a h y proteína C reactiva (PCR): 368 U/l. El hemograma presentaba una leucocitosis de 18.000/ μ l con neutrofilia, granulación tóxica y vacuolas citoplasmáticas, en el frotis de sangre periférica. No se encontraron alteraciones radiológicas en el tórax y el abdomen. Se practicó una ecografía abdominal urgente que reveló una vesícula pequeña y contraída, con un parénquima hepático normal, y con una dilatación moderada del colédoco con normalidad de la vía biliar intrahepática. Se instauró tratamiento antibiótico empírico con piperacilina-tazobactam y al tercer día de ingreso los hemocultivos fueron positivos para *Klebsiella pneumoniae*. Ante la sospecha de una colangitis supurativa, se realizó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP) (fig. 1).

Evolución

Ante los hallazgos de la ERCP, se practicó una esfinterotomía amplia, abarcando el orificio de una fistula bilioduodenal que presentaba la vía biliar. Una colangio-RM posterior confirmó estos hallazgos. En la evolución clínica posterior, el paciente se mantuvo afebril, pero siguió pre-

sentando dolor en hipocondrio derecho, por lo que se practicó una TC de abdomen (fig. 2), en la que se evidenciaba la existencia de un gran absceso hepático (8 x 6 cm) que se situaba en la parte superior y posterior del lóbulo he-



Figura 1. ERCP que muestra dilatación de la vía biliar extrahepática, hepatolitias intrahepática, colangitis crónica en el árbol biliar intrahepático, fibrosis periductal, empobrecimiento y estiramiento de ramas ductales segmentarias con acortamiento y terminación en "punta de flecha" de los conductos biliares. ERCP: colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. ERCP: colangio pancreatografía retrógrada endoscópica



Figura 2. Gran colección abscesificada en lóbulo hepático izquierdo, de paredes engrosadas, con contenido gaseoso en su interior y necrosis, con realce "en anillo" y aumento de la atenuación del parénquima hepático.

Correspondencia: Dr. J.S. García-Morillo.
Unidad de Atención Médica Integral (UCAMI).
Servicio de Medicina Interna.
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío.
Secretaría de Medicina Interna; 2.^a Planta del Hospital General.
Avda. Manuel Siurot, s/n. 41013 Sevilla. España.
Correo electrónico: salvaymar@vodafone.es

Manuscrito recibido el 30-9-6; aceptado el 2-2-2006.

pático izquierdo. Tras punción-aspiración con aguja fina guiada por TC, drenaje parcial de la colección y tratamiento antimicrobiano prolongado con piperacilina-tazobactam y posteriormente con amoxicilina y ácido clavulánico (6 semanas), se resolvió el cuadro clínico y remitieron las imágenes radiológicas. Todo el estudio microbiológico en heces y drenaje del absceso resultó negativo. Actualmente el paciente se encuentra en seguimiento clínico por la alta tasa de recurrencia de esta entidad.

Comentario

La colangitis piógena recurrente o colangiohepatitis oriental (CHO) es una enfermedad crónica caracterizada por brotes recurrentes de colangitis debidos a la estasis biliar causada por la presencia de cálculos, dilataciones y estenosis de la vía biliar, fundamentalmente intrahepática. Se presenta de forma endémica en los países del sureste asiático¹, pero debido a los patrones de emigración ha aumentado su incidencia e identificación en países desarrollados^{2,3}. Desde el punto de vista etiopatogénico, el desarrollo de esta entidad es controvertido. Por un lado se ha descrito que infecciones bacterianas recurrentes junto con la presencia de malnutrición y una dieta pobre en proteínas podían ser los elementos que favorecieran la aparición de cálculos intrahepáticos y las alteraciones morfológicas de la vía biliar en forma de estenosis y dilataciones del árbol biliar. Por otro lado, en estudios epidemiológicos se ha descrito una asociación con la infestación del tracto biliar por *Clonorchis sinensis*, aunque es controvertido si realmente este parásito está presente siempre en el inicio del desarrollo de la CHO, o se trata de un hallazgo incidental, ya que en algunos países como Taiwán, donde la infestación es rara, la incidencia relativa de CHO es de las más elevadas de la zona (cerca al 54%)⁴⁻⁶. Un segundo aspecto destacable es la importancia epidemiológica de la asociación de bacteriemias por *K. pneumoniae* con la presencia de patología infecciosa de origen hepatobiliar, especialmente abscesos hepáticos. Recientemente se ha descrito diferentes patrones de afectación clínica en función del área geográfica mundial; así en Asia, la bacteriemia comunitaria por *K. pneumoniae* incide de forma predominante en individuos de estrato socioeconómico bajo, entorno rural, diabéticos o en presencia de enfermedad hepatobiliar subyacente (p. ej., colangiohepatitis oriental)⁷. Se podría hipotetizar que *K. pneumoniae* tiene un papel importante en la etiopatogenia de la CHO. El aislamiento de este microorganismo en hemocultivos de inmigrantes de origen asiático nos podría ayudar a verificar esta hipótesis en estudios posteriores.

El curso clínico de la enfermedad en países occidentales puede ser más imprevisible y puede diferir del que presentan los pacientes en sus países de origen por la presencia

de nuevos factores ambientales como cambios en el estilo de vida y en la dieta; y, por otro lado, por la falta de conocimiento de las manifestaciones clínicas y complicaciones de esta entidad en los servicios de urgencias debido a una menor experiencia de los médicos occidentales. En Estados Unidos, en la mayor serie de pacientes con CHO, se encontraron diferentes patrones demográficos a los habituales en los inmigrantes orientales: presentaban mayor edad en su presentación clínica que las formas típicas de CHO, predominantemente eran mujeres, y la duración media de residencia era de 6,5 años⁸.

En cuanto al tratamiento terapéutico, tradicionalmente, se ha considerado una entidad quirúrgica, pero cada vez están adquiriendo un papel preponderante en su tratamiento, el abordaje endoscópico con esfinterotomía, especialmente en pacientes con enfermedad biliar extrahepática aislada, en individuos ancianos o malos candidatos a la cirugía⁹. El mayor problema estriba en el tratamiento de las litiasis intrahepáticas y las estenosis, que aumentan el porcentaje de recurrencias y acortan el período de aparición de ésta independientemente de la actitud terapéutica empleada⁹⁻¹¹. El tratamiento médico con ácido ursodesoxicólico tampoco ha mostrado utilidad en la mayoría de pacientes con estenosis y litiasis intrahepáticas. Finalmente, en los casos refractarios, el trasplante hepático podría ser una opción válida.

Bibliografía

1. Sun T. Pathology and immunology of *Clonorchis sinensis* infection of the liver. *Ann Clin Lab Sci*. 1984;14:208-15.
2. Wilson MK, Stephen MS, Mathur M, Sheldon D, Storey D. Recurrent pyogenic cholangitis or "oriental cholangiohepatitis" in occidentals. Case report of four patients. *Aust NZ J Surg*. 1996;66:649-52.
3. Álvarez Martín MJ, García Medina J, García García MJ, Herme Brión JA, Carreira Delgado M, Pineda Mariño JR. Colangitis piógena recurrente en un paciente occidental. *Gastroenterol Hepatol*. 2000;23:170-3.
4. Chan HH, Lai KH, Lo GH, Cheng JS, Huang JS, Hsu PI, et al. The clinical and cholangiographic picture of hepatic clonorchiasis. *J Clin Gastroenterol*. 2002;34:183-6.
5. Huang MH, Chen CH, Yen CM, Yang JC, Yang CC, Yeh YH, et al. Relation of hepatolithiasis to helminthic infestation. *J Gastroenterol Hepatol*. 2005;20:141-6.
6. Lo CM, Fan ST, Wong J. The changing epidemiology of recurrent pyogenic cholangitis. *Hong Kong Med J*. 1997;3:302-4.
7. Ko WC, Paterson DL, Sagnimeni AJ, Hansen DS, Von Gottberg A, Mohapatra S, et al. Community-acquired *Klebsiella pneumoniae* bacteremia: global differences in clinical patterns. *Emerg Infect Dis*. 2002;8:160-6.
8. Sperling RM, Koch J, Sandhu JS, Cello JP. Recurrent pyogenic cholangitis in Asian immigrants to the United States. Natural history and role of therapeutic ERCP. *Dig Dis Sci*. 1997;42:865-71.
9. Choi TK, Wong J. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic papillotomy in recurrent pyogenic cholangitis. *Clin Gastroenterol*. 1986;15:393-415.
10. Khuroo MS, Dar MY, Yattoo GN, Khan BA, Boda MI, Zargar SA, et al. Serial cholangiographic appearances in recurrent pyogenic cholangitis. *Gastrointest Endosc*. 1993;39:674-9.
11. Van Sonnenberg E, Casola G, Cubberley DA, Halasz NA, Cabrera OA, Wittich GR, et al. Oriental cholangiohepatitis: Diagnostic imaging and interventional management. *Am J Roentgenol*. 1986;146:327-31.