



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 329/83 - ¿SÓLO CÓLICOS BILIARES DE REPETICIÓN?

D. Fernández Torre<sup>1</sup>, P. López Tens<sup>2</sup>, A. Blanco García<sup>3</sup>, M. Guerra Hernández<sup>3</sup>, M. Abuhassira<sup>4</sup>, M. González Piñuela<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ampuero. Cantabria. <sup>2</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria. <sup>4</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Dobra. Cantabria. <sup>5</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Laredo. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 70 años que presenta antecedentes de HTA, dislipemia, diabetes tipo 2, hiperuricemia, esófago de Barret y SCACEST que precisó de ACTP + stent farmacoactivo y FEVI 50%. Acude a nuestra consulta de Atención Primaria por dolor recidivante en hipocondrio derecho por los que ha acudido al servicio de urgencias hospitalarias diagnosticando de cólicos biliares a la espera de colecistectomía. Acude por reagudización del dolor además de febrícula, vómitos y episodio de síncope de perfil vasovagal esa noche.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril, TA 120/80 mm Hg, FC 94 lpm, SatO<sub>2</sub>: 98%. BEG. Normohidratado, normocoloreado y normoperfundido. ACP normal. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho. No palpo masas ni megalías. RHA+. Murphy+. Blumberg-. Ante persistencia clínica y posibilidad de complicación de cólico biliar derivó a hospital de referencia para valoración. Analítica: 32.600 leucocitos/mm<sup>3</sup> (90% segmentados), Hb 11,1 g/dl, 244.000 plaquetas/mm<sup>3</sup>. Glu 133 mg/dl, AST 114 UI/l, ALT 139 UI/l, GGT 566 UI/l, FA 550 UI/l, lactato 19,6 mg/dl, PCR >25 mg/dl, procalcitonina >100 ng/ml. Hemocultivos: se aísla Klebsiella Pneumoniae. Cultivo absceso hepático: se aísla Klebsiella Pneumoniae. Ecografía abdominal: hígado de volumen normal. Gran colección intrahepática que ocupa prácticamente la totalidad de los segmentos laterales de LHI compatible con absceso. CPRE: papila en segunda porción duodenal de aspecto normal. Se canaliza selectivamente vía biliar apareciendo un colédoco de calibre normal sin claros defectos de repleción en su interior. Se realiza esfinterotomía endoscópica sin que se objetive salida de contenido litiasico. Se inicia antibioterapia endovenosa empírica con piperacilina/tazobactam presentando una evolución favorable con desaparición progresiva de la fiebre y descenso progresivo de los reactantes de fase aguda. Posteriormente se cambia a antibioterapia oral según antibiograma (ciprofloxacino y metronidazol) y se retira catéter de drenaje tras comprobar resolución del absceso en ecografía de control resultando alta hospitalaria. Tras la resolución del cuadro se acuerda la colecistectomía programada.

**Juicio clínico:** Sepsis grave secundaria a voluminoso absceso hepático de LHI. Bacteriemia por Klebsiella Pneumoniae. Probable colecistitis aguda.

**Diagnóstico diferencial:** Colangitis aguda. Neoplasias primarias o metastásicas hepáticas (con o sin formación de absceso). Quistes hidatídicos. Quistes hepáticos complicados.

**Comentario final:** Un absceso hepático es aquella colección de material purulento como resultado de una infección bacteriana, por protozoos u otros microorganismos. El tratamiento suele ser combinado, es decir la

antibioterapia y el drenaje del absceso. Las complicaciones consisten en shock séptico, infección secundaria a otros órganos, perforación con peritonitis y formación de fistulas. Es una enfermedad con riesgo elevado de morbilidad por lo que su diagnóstico precoz puede variar en gran medida el pronóstico de la enfermedad.

## Bibliografía

- Khan R, Hamid S, Abid S et al. Predictive factors for early aspiration in liver abscess. World J Gastroenterol 2008;14(13):2089-93.
- Feldman M, Lawrence S, Lawrence J. En: Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease. 9<sup>a</sup> ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2010.
- Ramachandran S, Goonatillake H, Induruwa A. Syndromes in amoebic liver abscess. Br J Surg 1976;63(3):220-5.