



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 482/1362 - ¿SERÁ UNA INFECCIÓN DE ORINA?

M. de Miguel Enrique<sup>1</sup>, R. Méndez Barrantes<sup>2</sup> y R. Martín Jiménez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Valdesalor. Cáceres. <sup>2</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sur-San Jorge. Cáceres. <sup>3</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Norte-Manuel Encinas. Cáceres.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 80 años con antecedentes de dislipemia y deterioro cognitivo, que consultaba por disuria y síndrome miccional, asociado a dolor lumbar derecho de 24 horas de evolución junto con fiebre de 39 °C.

**Exploración y pruebas complementarias:** Hemodinámicamente estable, afebril, con buen estado general. La auscultación cardiopulmonar no mostraba hallazgos de interés. A la palpación del abdomen se quejaba de dolor generalizado, de predominio en hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal ni defensa, puñopercusión renal negativa y pulsos femorales presentes y simétricos. Se realizó Combur test en consulta, siendo positivo para leucocitos y proteínas. También se realizó ecografía *in situ*, que mostraba una masa heterogénea hepática sin evidenciar hidronefrosis. Por ello, se solicitó ecografía preferente y analítica con perfil abdominal, además se inició antibioterapia oral dada la clínica. En la analítica destacaba leucocitosis (18,9 mil/mm<sup>3</sup>) con neutrofilia de 15,6 mil/mm<sup>3</sup>, LDH 284 UI/L, GOT 72 UI/L, GPT 97 UI/L, procalcitonina 0,86 ng/mL, PCR 304 mg/L, leucocituria de 100 y proteinuria de 75. A la semana refería persistencia de la fiebre y dolor en flanco derecho. Fue citada para realización de ecografía y se decidió ampliar estudio con TC abdominal, que mostraba una imagen compatible con absceso en el segmento 6 hepático. Con estos hallazgos se contactó con Medicina Interna y fue ingresada para antibioterapia intravenosa y drenaje de la lesión, evolucionando favorablemente.

**Orientación diagnóstica:** Absceso hepático.

**Diagnóstico diferencial:** Pielonefritis. Colecistitis. Absceso hepático.

**Comentario final:** El absceso hepático actualmente es una patología con poca prevalencia a nivel mundial pero con una elevada mortalidad. Se debe sospechar ante una clínica de dolor en hipocondrio derecho, fiebre e ictericia, además de la presencia de factores de riesgo (patología biliar, inmunosupresión...). En el estudio se deben incluir pruebas de imagen y cultivos. El tratamiento se basa en antibioterapia durante varias semanas acompañada de drenaje percutáneo. Igualmente importante es el seguimiento para conseguir y objetivar la buena evolución.

### Bibliografía

1. Carolina Pizarro J. Estudio y tratamiento de los abscesos hepáticos. Gastroenterol. Latinoam. 2013;24(Supl 1):81-4.

2. Torre Delgadillo A. Enfermedades hepáticas infecciosas: abscesos hepáticos. GH continuada. 2006;5:201-7.

**Palabras clave:** Absceso hepático. Fiebre.