Semergen. 2016;42(Espec Congr 3):116

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

P-121 - Dolor abdominal, no es tan sencillo

C. Cobos Bosquet[a], M.M. Díaz Sánchez[a], M.M. Carricondo Avivar[b], G. Luque Pérez[a] y J.M. Ibancos Arnaldo[a]

[a]CS Nuestra Señora de la Oliva. [b]CS Príncipe de Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 45 años sin antecedentes de interés y sin tratamiento crónico, que consulta por dolor abdominal y astenia de 1 mes de evolución, asociando fiebre en los últimos 3 días de hasta 38 ºC, sin predominio horario. Refiere dolor abdominal de localización epigástrica con irradiación hacia hipocondrio derecho acompañado de nauseas sin vómitos No refiere clínica miccional, pérdida de peso, alteración del tránsito ni episodios de ictericia. Dada la evolución del cuadro, y tras explorar al paciente solicitamos analítica sanguínea completa, sedimento urinario y radiología básica de abdomen. En una segunda visita, objetivamos empeoramiento del paciente, El dolor era más intenso, la fiebre persistía y solo cedía parcialmente a analgesia. Analíticamente destacaba una marcada leucocitosis con neutrofilia, elevación importante de reactantes de fase aguda, fosfatasa alcalina e hipertransaminemia moderada. Se deriva al paciente a urgencias hospitalarias para realización de prueba de imagen de urgencia. El TC abdominal realizado confirma el diagnostico de absceso hepático único. Se procedió a drenaje de absceso ecoguiado, tratamiento antibiótico intravenoso dirigido y estudio de la etiología del cuadro. El paciente tuvo una evolución favorable, estando asintomático en este momento.

Exploración y pruebas complementarias: En la primera exploración el paciente presentaba un aceptable estado general, eupenico, estable hemodinámicamente y orientado en las 3 esferas. Auscultación cardiaca normal. Abdomen: blando, depresible pero muy doloroso en hipocondrio derecho y epigastrio. Ruidos hidroaéreos presentes y sin signos de irritación peritoneal. Discreta hepatomegalia. Analítica solicitada en consulta: leucocitos 16.270 k/uL (neutrófilos 77%). Hemoglobina 13,6 bg/dl plaquetas 466 k/uL. AST 26. GGT 112. ALT 63. BT 0,5. PCR 430. Fosfatasa alcalina 206. Orina: 10 leucocitos/campo. Radiología básica de abdomen: anodina. TC abdominal: lesión compatible con absceso hepático en segmento IVb. Vesícula contraída, vía biliar intrahepática discretamente ectasia, vía biliar extrahepática normal. Imagen de diverticulosis de sigma sin datos de diverticulitis. Páncreas, bazo, glándulas suprarrenales, riñones normales. Cultivo aspirado del absceso: Micromonas Micos. Hemocultivos: negativos. Colonoscopia: normal.

Juicio clínico: Absceso hepático piógeno único en probable relación con enfermedad diverticular de colon.

Diagnóstico diferencial: Fue necesario descartar patología de vía biliar: colecistitis aguda y colangitis, patología hepática: neoplasias primarias o metastásicas, absceso hepático amebiano, quistes hidatídicos y enfermedad congestiva del hígado, patología digestiva como pancreatitis, hepatitis o perforación de úlcera gástrica o duodenal y otras patologías agudas, como neumonías con

afectación pleural, pielonefritis o infarto agudo d miocardio.

Comentario final: Los abscesos hepáticos deben de sospecharse en pacientes con fiebre, dolor en hipocondrio derecho y hepatomegalia. Analíticamente se acompañan de aumento de los rectantes de fase aguda, de la fosfatasa alcalina e hipertransaminemia junto con marcada neutrofilia. Son lesiones relativamente raras a pesar de la incidencia de colecistitis y colangitis, etiologías más prevalentes junto a la criptogenética. Otras etiologías incluyen apendicitis, diverticulitis, peritonitis, estenosis de la vía biliar (neoplásicas o por cálculos), bacteriemias de otro foco, traumatismos hepáticos y enfermedad inflamatoria intestinal. La baja incidencia de esta patología junto con la gran variabilidad en la presentación clínica y las alteraciones analíticas inespecíficas acompañantes complican su diagnóstico de confirmación, pero no debemos de olvidar incluirlos en el diagnóstico diferencial realizado desde atención primaria.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.