

La ecografía clínica en urgencias ante un paciente séptico



Clinical ultrasound in the emergency room on a septic patient

Sr. Director:

El absceso hepático se define como una colección de pus en el hígado, resultante de cualquier proceso infeccioso, con destrucción del estroma y del parénquima hepático. Es una enfermedad infrecuente, pero con alta mortalidad (8-31%), aunque está disminuyendo gracias a la introducción del drenaje percutáneo, procedimiento de bajo riesgo para pacientes críticos, y que constituye actualmente la técnica de confirmación diagnóstica y terapéutica de elección¹. En las últimas décadas ha existido un cambio en los patógenos involucrados en el absceso hepático. *E. coli* ha disminuido su incidencia, y se ha observado un aumento de *K. pneumoniae*, *Pseudomonas*, *Streptococcus* y *Staphylococcus*. Además, en los últimos años se han descrito la existencia de cepas resistentes a múltiples antibióticos, abscesos polimicrobianos y de etiología fúngica².

Las vías básicas por las que se genera el absceso hepático son: afectación de la vía biliar por colangitis ascendente, bacteriemia con llegada de microorganismos a través de la arteria hepática, criptogénica en la que el foco primario no es identificable y que supone un 20-25% de los casos, pyleflebitis portal o extensión directa por contigüidad de infecciones de órganos adyacentes³.

El uso de la ecografía clínica por parte del médico de familia en urgencias se sigue incrementando en España, siguiendo las tendencias internacionales⁴, aunque aún estamos lejos de que todos los servicios de urgencias dispongan de un ecógrafo propio, y que todos sus profesionales se encuentren formados y capacitados para la realización de una ecografía fiable.

Presentamos el caso de un varón de 71 años, diabético, que acude por dolor abdominal y fiebre de varios días de evolución. A su llegada se mostraba en situación clínica de sepsis, con dolor a la exploración en hipocondrio derecho, pero sin datos de irritación peritoneal. Su médico le realizó una ecografía clínica, en el mismo box de críticos, apreciando una imagen compleja, heterogénea de 5,61 x 4,13 cm en lóbulo hepático derecho, compatible con un absceso hepático (fig. 1), junto con derrame pleural derecho. Iniciamos antibioterapia empírica precoz junto con reanimación hemodinámica intensiva, solicitando un TAC de abdomen que confirma el diagnóstico y en el mismo acto se le implanta un drenaje guiado por TAC, extrayendo un líquido achocolatado y maloliente, que se envía a microbiología, los cuales nos informan a las 24 h del crecimiento de un *S. intermedius* y un bacilo gramnegativo anaerobio, ambos multisensibles. El paciente presentó una buena evolución, siendo dado de alta a las 3 semanas de su ingreso.

La ecografía fue la herramienta fundamental del caso, permitiendo una orientación precoz y una antibioterapia dirigida temprana. Por tanto, es vital establecer programas de formación^{5,6} con distintos niveles de capacitación, que siguiendo criterios de calidad, garanticen la seguridad y



Figura 1 imagen ecográfica en la que observamos el hígado, concretamente el lóbulo hepático derecho (LHD), y en su espesor podemos apreciar una lesión heterogénea de unos 5,61 x 4,13 cm, compatible con el absceso hepático. Por otro lado, también resulta evidente el derrame pleural derecho (DP) que presenta el paciente.

eficacia de la ecografía realizada por los médicos de familia, tanto en atención primaria como en urgencias, ya que se ha demostrado que disminuye los errores diagnósticos⁷ y los tiempos globales de atención⁸, puesto que el médico es más efectivo⁹, eficiente y dinámico facilitando el diagnóstico precoz de enfermedades graves⁶, mejorando la seguridad clínica del paciente, como en el caso que presentamos.

Conflicto de intereses

Los autores declaramos que no existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Rahimian J, Wilson T, Oram V, Holzman RS. Pyogenic liver abscess: Recent trends in etiology and mortality. *Clin Infect Dis*. 2004;39:1654-9.
2. Chemaly RF, Hall GS, Keys TF, Procop GW. Microbiology of liver abscesses and the predictive value of abscess gram stain and associated blood cultures. *Diagn Microbiol Infect Dis*. 2003;46:254-8.
3. Chan KS, Chen CM, Cheng KC, Hou CC, Lin HJ, Yu WL. Pyogenic liver abscess: A retrospective analysis of 107 patients during a 3-year period. *Jpn J Infect Dis*. 2005;58:366-8.
4. Noble VE, Brown DF. Renal ultrasound. *Emerg Med Clin North Am*. 2004;22:641-59.
5. Nogué Bou R. La ecografía en medicina de urgencias: una herramienta al alcance de los urgenciólogos. *Emergencias*. 2008;20:75-7.
6. Oviedo-García A, Algaba-Montes M, Jaloud-Saavedra E, Fernández-Valverde G. Pericarditis lúpica: a propósito de un caso. *Semergen*. 2009;35:341-4.
7. Uché Blackstock MD, Michael B, Stone MD. Emergency ultrasound and error reduction. *Ann Emerg Med*. 2009;54:53-5.
8. Durham B. Emergency medicine physicians saving time with ultrasound. *Am J Emerg Med*. 1996;14:309-13.
9. Durston W, Carl ML, Guerra W. Patient satisfaction and diagnostic accuracy with ultrasound by emergency physicians. *Am J Emerg Med*. 1999;17:642-6.

A.A. Oviedo-García*, M. Algaba-Montes
y M. Patricio-Bordomás

Unidad de Gestión Clínica de Urgencias, Hospital
Universitario de Valme, Sevilla, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: albertoao1972@hotmail.com
(A.A. Oviedo-García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.07.011>

Absceso prostático: caso clínico y revisión de la literatura



Prostatic abscess: Clinical case and a literature review

Sr. Director:

En este trabajo se presenta el caso de un paciente de avanzada edad con una importante comorbilidad, con un absceso prostático de mala evolución clínica. En un principio se realiza tratamiento conservador con fármacos, concluyendo con resección transuretral dado el tamaño de los abscesos. Se revisa la literatura con respecto a etiología, clínica, diagnóstico y tratamiento, poniendo especial énfasis en el tratamiento conservador y en las ocasionales indicaciones de tratamiento quirúrgico.

El absceso prostático es una entidad poco frecuente hoy en día debido a la aparición de antibióticos de amplio espectro y con buena penetrancia prostática. Suele ser una enfermedad de difícil diagnóstico dada la similitud de síntomas con otras entidades del tracto urinario bajo. Si no se trata de forma temprana reviste una importante gravedad. Diversos trabajos han abordado el estudio de esta entidad. Entre ellos cabe destacar el trabajo de Bosquet Sanz et al.¹, donde se presenta el caso de un varón añoso con mala evolución clínica de su proceso. Otros investigadores –Barozzi et al.²– aportan un estudio desde un punto de vista más enfocado a diagnóstico y tratamiento, mostrando los resultados obtenidos en 8 pacientes con abscesos prostáticos.

Presentamos el caso de un varón de 87 años de edad, gran dependiente, que habitaba en ambiente rural, hipertenso y diabético tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales, con historia de ictus de repetición, coleditis no intervenida y deterioro cognitivo, que acude a Urgencias por dolor abdominal hipogástrico, síndrome miccional con nicturia, polaquiuria y tenesmo, junto con fiebre de 38°C. Un día antes acudió a Urgencias de atención primaria donde fue diagnosticado de infección del tracto urinario y retención aguda de orina, por lo que se le realizó sondaje vesical y se instauró tratamiento con amoxicilina-clavulánico; ante la persistencia de los síntomas 24 h después ingresa en nuestro servicio. En la exploración física presentaba tensión arterial de 95/65 mmHg, frecuencia cardíaca de 96 lpm y saturación de oxígeno respirando aire ambiente del 96%. Se encontraba afebril y desorientado, presentaba un regular estado general, con tendencia al sueño y signos claros de deshidratación. El abdomen era doloroso a la palpación en hipogastrio y fosa ilíaca derecha, con Blumberg dudosamente positivo, sin masas, siendo el resto de la exploración física anodina, excepto el tacto rectal, en el que se palpaba una próstata aumentada de tamaño, fluctuante.

En la analítica destacaba una leucocitosis de 26.500 con 86% de neutrófilos, datos de insuficiencia renal prerrenal, con un filtrado glomerular del 24% y una creatinina de 2,72 mg/dl, y en el sistemático de orina destacaba la presencia de leucocituria, hematuria e intensa bacteriuria.

En las pruebas de imagen realizadas en Urgencias, la radiografía de tórax no presentaba patrón patológico, y en la radiología de abdomen se observaba calcificación de las arterias ilíacas y aorta abdominal como dato más reseñable.

Con el diagnóstico de infección del tracto urinario complicada ingresa en Medicina Interna, donde se inicia sueroterapia para mejorar la función renal, y se continúa la pauta de amoxicilina-clavulánico, virando a piperacilina-tazobactam 24 h después ante la tórpida evolución. Se extrae urinocultivo, que resultó ser positivo a *E. coli* sensible a cefazolina, norfloxacin, trimetoprima-sulfametoxazol y fosfomicina, resistente a ampicilina e intermedio a amoxicilina-clavulánico.

El paciente presentó una respuesta favorable al tratamiento, mejorando ligeramente el estado de hipotensión y la función renal.

La ecografía abdominal realizada pone de manifiesto un hipogastrio indurado y doloroso, con imágenes compatibles con ecos en vejiga urinaria, no siendo del todo concluyente, por lo que se amplía el estudio a TAC (fig. 1), en la que se observa, como dato más relevante, una próstata aumentada de tamaño con extensas colecciones en ambos lóbulos prostáticos, además de algún foco cálcico que, junto con la clínica y los antecedentes de nuestro paciente, nos confirmaron el diagnóstico de abscesos prostáticos.



Figura 1 Imagen de TAC pélvica donde se observa una próstata aumentada de tamaño, con extensas colecciones líquidas en ambos lóbulos y algún foco cálcico.