

Hepatectomía derecha por actinomicosis hepática

Rubén Ciria-Bru, Álvaro Naranjo-Torres, Juan Manuel Sánchez-Hidalgo, Javier Briceño-Delgado y Pedro López-Cillero
 Departamento de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Paciente de 26 años de edad, testigo de Jehová, que acude por cuadro febril de 12 días de evolución acompañado de tos productiva, expectoración blanquecina, sensación disneica, distensión abdominal y edema de miembros inferiores. Su analítica al ingreso presentó: fosfatasa alcalina, 243 U/l; gamma glutamiltransferasa, 173 U/l; AST, 67 U/l; ALT, 110 U/l; bilirrubina total, 2 mg/dl con fracción directa de 1,3 mg/dl; leucocitos, 19.400 (el 85,6% neutrófilos). En la radiografía simple, se detecta elevación de hemidiafragma derecho; se realiza tomografía computarizada (TC) toracoabdominal, y se observa un pequeño derrame pleural derecho y condensación en el segmento basal posterior del lóbulo inferior derecho, así como dos masas de aspecto poliquístico con captación de contraste tanto de la pared externa como de los septos internos, de 13 y 7,7 cm, que ocupan la práctica totalidad de los segmentos superiores del lóbulo derecho (VII y VIII) y parte de V y VI y un par de adenopatías significativas en hilio hepático. La imagen es altamente compatible con proceso neoplásico, si bien no se puede descartar otras enfermedades, como quiste hidatídico o absceso (fig. 1).

Se pauta antibioterapia con imipenem y metronidazol, que no consigue revertir el mal estado general del enfermo y la persistencia de leucocitosis.

Se decide practicar otra TC toracoabdominal, que aporta un derrame pleural derecho importante que produce desplazamiento mediastínico contralateral, con encapsulamiento paramediastínico anterior y paracardiaco, y se colecciona en receso pleural posterior derecho, desplazando al esófago contralateralmente, con condensación secundaria a atelectasia por compresión del lóbulo superior derecho. Se mantienen las tumoraciones hepáticas observadas previamente.

Dada la disnea sintomática del enfermo, se procede a toracocentesis diagnóstica de 1.200 ml de líquido turbio amarillento, cuyo análisis final demostró un trasudado gramnegativo.

Se decide intervención quirúrgica, dado que el cuadro no se ha resuelto y que son múltiples los diagnósticos diferenciales, con consulta previa al servicio de hematolo-



Fig. 1. Tomografía computarizada que muestra dos masas gigantes poliquísticas de 13 y 8 cm que ocupan por completo el lóbulo hepático derecho.



Fig. 2. Pieza de hepatectomía derecha en la que se puede observar múltiples cavidades purulentas intrahepáticas.

Correspondencia: Dr. R. Ciria Bru.
 Departamento de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
 Hospital Universitario Reina Sofía.
 Avda. Menéndez Pidal, s/n. 14004 Córdoba. España.
 Correo electrónico: rubenciria@hotmail.com

Manuscrito recibido el 26-6-2007 y aceptado el 27-11-2007.

gía, que instaura tratamiento preoperatorio con epoetina alfa, hierro parenteral y vitamina K.

La intervención quirúrgica transcurre sin complicaciones intraoperatorias de interés. Se observa la gran masa objetivada en las pruebas de imagen y se procede a la hepatectomía derecha con control del pedículo hepático y toma de muestras (fig. 2).

Los cultivos de las muestras intraoperatorias siguieron manteniéndose negativos, mientras que el análisis de la pieza reveló áreas abscesificadas irregulares y ocupadas por abundante material purulento; al microscopio se visualizan úlceras hepáticas con colonias bacterianas de márgenes filamentosos positivos a PAS, metenamina plata y Gram, rodeadas de polinucleares e histiocitos claros, compatibles con abscesos hepáticos de probable etiología por *Actinomyces*.

El postoperatorio inmediato transcurrió de forma adecuada, y se dio el alta al enfermo el noveno día postoperatorio, con resolución de los procesos abdominal y respiratorio. En el momento actual, el enfermo mantiene revisiones periódicas, en las que no se han evidenciado signos de recidiva o sintomatología anómala.

Un cuadro constitucional junto con gran masa hepática en un enfermo joven debe hacernos sospechar múltiples diagnósticos, entre ellos la posibilidad de absceso hepático. Existen artículos de revisión de actinomicosis hepática que coinciden en señalar la respuesta clínica que tienen al uso de penicilinas durante largos períodos tras citología confirmatoria¹. Se han documentado, a su vez, tanto complicaciones locales² por la capacidad de invasión como sistémicas³ (púrpura trombótica trombocitopénica). Asimismo, también hay casos documentados de recidiva tardía (hasta 7 años) de la actinomicosis pese a tratamiento antibiótico adecuado y de larga duración⁴.

Se ha visto que un 33% de los casos presentan cultivos negativos, dificultad esta que, sumada a la dificultad de establecer diagnósticos diferenciales sin la luz de una biopsia percutánea (que podría tener efectos negativos de siembra tumoral-infecciosa) que nos discrimine entre

absceso, quiste hidatídico, cistadenoma o cistadenocarcinoma, podrían no aportarnos un diagnóstico de certeza⁵. Esto ha hecho que, en determinados casos, la cirugía se haya aceptado como otra opción, con mortalidad similar que con la actitud farmacológica.

Dada la escasa bibliografía existente respecto a la actinomicosis hepática, no hay documentado ningún caso de abscesos gigantes poliquisticos múltiples que ocupen la totalidad del lóbulo hepático derecho, con presencia concomitante de derrame pleural masivo, que no respondan de forma adecuada a manejo conservador.

Pese a la efectividad del tratamiento antibiótico, ante la persistencia de sintomatología, la negatividad de cultivos, la multiplicidad de diagnósticos diferenciales y la similitud del cuadro clínico de la actinomicosis hepática con síndrome constitucional de evolución subaguda de posible origen oncológico, se debe tener en cuenta la resección hepática como opción segura y como posible tratamiento en centros especializados en cirugía hepatobiliar.

Bibliografía

1. Weese WC, Smith IM. A study of 57 cases of actinomyces over a 36 year-period. Arch Intern Med. 1975;135:1562-8.
2. Saad M, Moorman J. Actinomyces hepatic abscess with cutaneous fistula. N Engl J Med. 2005;353:e16.
3. Riegert-Johnson DL, Sandhu N, Rajkumar SV, Patel R. Thrombotic thrombocytopenic purpura associated with a hepatic abscess due to Actinomyces turicensis. Clin Infect Dis. 2002;35:636-7.
4. Tambay R, Côté J, Bourgault AM, Villeneuve JP. An unusual case of hepatic abscess. Can J Gastroenterol. 2001;15:615-7.
5. Sharma M, Briski LE, Khatib R. Hepatic actinomyces: an overview of salient features and outcome of therapy. Scand J Infect Dis. 2002; 34:386-91.



Ictericia obstructiva secundaria a coágulo en vía biliar originado en colangiocarcinoma intrahepático

José Antonio González^a, Vicenç Artigas^a, Pier-Paolo Grandinetti^b, Manuel Rodríguez^a y Gabriel Urdaneta^a

^aSección de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática y Oncológica. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.

^bUnità Operativa di Chirurgia. Presidio Ospedaliero N. Giannettasio. Rossano. Cosenza. Italia.

La hemobilia es una causa infrecuente de ictericia obstructiva, especialmente la de origen tumoral.

Correspondencia: Dr. J.A. González López.
Servicio de Cirugía General y Digestiva.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
Sant Antoni Maria Claret, 167. 08025 Barcelona. España.
Correo electrónico: jgonzalezl@santpau.es

Manuscrito recibido el 26-6-2007 y aceptado el 15-11-2007.

Presentamos un caso de colangiocarcinoma intrahepático en segmento VIII iniciado como ictericia obstructiva de aparición brusca, secundaria a hemobilia tumoral y con pruebas diagnósticas compatibles con un colangiocarcinoma hiliar (tumor de Klatskin).

Varón de 70 años con antecedentes de neoplasia de recto en remisión completa. Aparece ictericia de piel y mucosas en los últimos 4 días con coluria y acolia. CA 19.9 elevado.

En la tomografía computarizada abdominal, hay lesión en hilio hepático compatible con colangiocarcinoma del