

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 confirmatoria<sup>1</sup>. Se han documentado, a su vez, tanto complicaciones locales<sup>2</sup> por la capacidad de invasión como sistémicas<sup>3</sup> (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 duración<sup>4</sup>.

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 certeza<sup>5</sup>. 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<sup>a</sup>, Vicenç Artigas<sup>a</sup>, Pier-Paolo Grandinetti<sup>b</sup>, Manuel Rodríguez<sup>a</sup> y Gabriel Urdaneta<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Sección 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.

<sup>b</sup>Unità 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

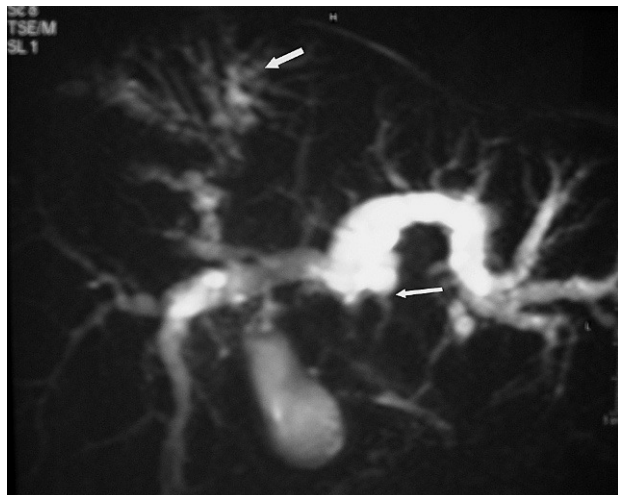


Fig. 1. Colangiografía magnética que muestra una imagen compatible con colangiocarcinoma hiliar (flecha delgada) y focos de colangitis (flecha gruesa).

confluente y lesión hipercaptante en el segmento VIII compatible con colangitis.

La colangiografía magnética muestra colangiocarcinoma hiliar con extensión intrahepática tipo IIIa según la clasificación de Bismuth (fig. 1), con masa que ocupa los segmentos VII y VIII en contacto con la vena cava.

Se decide laparotomía exploradora para confirmación diagnóstica y toma de biopsias.

En la exploración quirúrgica se encuentra una vía biliar extrahepática dilatada. La colangiografía peroperatoria identifica obstrucción de la vía biliar principal por contenido radioopaco (fig. 2).

Se obtienen abundantes coágulos y se consigue la repleción del árbol biliar hepático y extrahepático. Se coloca tubo de Kehr y se practica una ecografía, que identifica una masa en el segmento VIII, compatible tanto con tumor como con absceso crónico, que se biopsia.

La anatomía patológica informa de colangiocarcinoma indiferenciado e infiltración de coágulos por colangiocarcinoma.

La hemobilia es una causa infrecuente de obstrucción del árbol biliar. Su origen más habitual son lesiones traumáticas o procedimientos invasivos diagnóstico-tera-

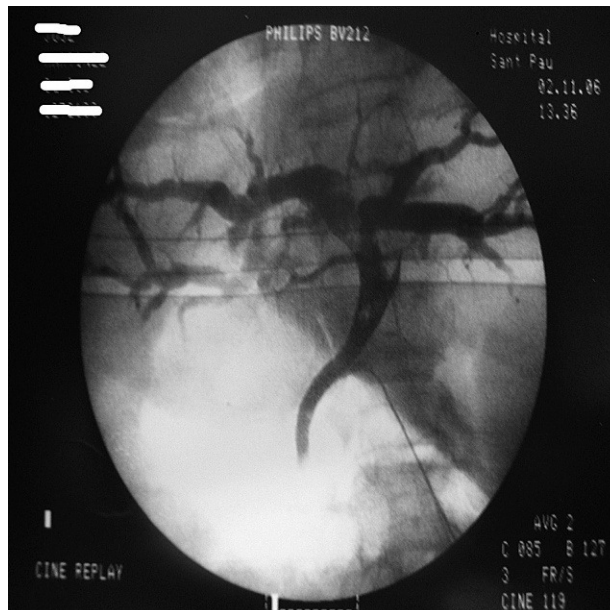


Fig. 2. Colangiografía intraoperatoria que muestra la ocupación de la vía biliar por material radioopaco.

peútics<sup>1,2</sup>. Se ha descrito asociada a algunos tipos de tumores y como complicación postoperatoria tras hepatectomía<sup>3</sup>.

La imagen de la colangiografía magnética es característica de colangiocarcinoma hiliar (tumor de Klatskin tipo IIIa) con foco de colangitis y no de colangiocarcinoma intrahepático, lo que cambia la estrategia quirúrgica y el pronóstico.

### Bibliografía

1. Nauta RJ. Cholangitis, hemobilia, and cholangiocarcinoma. Management of a fistula between an obstructed right hepatic duct and the portal vein. *Cancer*. 1989;64:542-6.
2. Sciume C, Geraci G, Pisello F, Facella T, Licata A, Modica G. [An uncommon complication of liver biopsy: obstructive jaundice from blood clots]. *Ann Ital Chir*. 2005;76:579-81.
3. Hamy A, Paineau J, Savigny B, Kahn X, Benamar S, Mirallie E, Visset J. [Tumoral rupture in the intrahepatic biliary tracts: a rare manifestation of hepatocellular carcinoma]. *J Chir (Paris)*. 1997;134:128-32.