

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- ARCHER S y col.: Bile Duct Injury During Laparoscopic Cholecystectomy. Results of a National Survey. *Ann Surg* 2001; 234: 549-559.
- 2.- AZAGRA J y col.: Is There a Place for Laparoscopy in Management of Postcholecystectomy Biliary Injuries?. *World J Surg* 2001; 25: 1331-1334.
- 3.- BLASCO J y col.: Percutaneous Repair of an Iatrogenic Laceration of the Left Bile Duct With a Covered Stent. *J Vasc Interv Radiol* 2001; 12: 1112-1115.
- 4.- COZZI G y col.: Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage in the Management of Postsurgical Biliary Leaks in Patients with Nondilated Intrahepatic Bile Ducts. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2006; 29:380-388.
- 5.- CSENDES A y col.: Treatment of Common Bile Duct Injuries during Laparoscopic Cholecystectomy: Endoscopic and Surgical Management. *World J Surg* 2001;25: 1347-1351.
- 6.- CHAMBERLAIN R y col.: Essential Hepatic and Biliary Anatomy for the Surgeon. En Chamberlain R, Blumgart L.: *Hepatobiliary Surgery*. Landes Bioscience. Georgetown, Texas 2003. Pp 1-19.
- 7.- GIMENEZ M y col.: Estenosis de Hepaticoyeyunoanastomosis luego de Lesión Quirúrgica de la Vía Biliar. Tratamiento Percutáneo. *Rev Argent Cirug* 1998; 75: 111-120.
- 8.- GIMENEZ M col.: Lesión quirúrgica de la vía biliar. Sadd E, Perissat J, Suhl A, Giménez M: *Cirugía Videoasistida y Percutánea para Cirujanos Generales*. Primera Edición. La Prensa Argentina. Buenos Aires, 2004. Pp. 109-118.
- 9.- GIMENEZ M y col.:Patología Obstructiva de la vía biliar. Análisis Bacteriológico. *Rev Argent Cirug* 2007; 92(1-2): 75-81.
- 10.- GIMENEZ M y col.: Cirugía percutánea biliar. Sadd E, Perissat J, Suhl A, Giménez M: *Cirugía Videoasistida y Percutánea para Cirujanos Generales*. Primera Edición. La Prensa Argentina. Buenos Aires, 2004. Pp. 125-153.
- 11.- HATZIDAKIS A y col.: Percutaneous Cholangioscopy in the Management of Biliary Disease: Experience in 25 Patients. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2000; 29: 431-440.
- 12.- JARNAGIN W y col.: Operative Repair of Bile Duct Injuries Involving the Hepatic Duct Confluence. *Arch Surg* 1999; 134: 769-775.
- 13.- KUO-SHYANG J y col.: Percutaneous Transhepatic Cholangioscopy in the Treatment of Complicated Intrahepatic Biliary Strictures and Hepatolithiasis With Internal Metallic Stent. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2000; 10: 278-283.
- 14.- LILLEMÖE K y col.: Postoperative Bile Duct Strictures: Management and Outcome in the 1990. *Ann Surg* 2000; 232: 430-441.
- 15.- PEKOLJ y col.: Manejo de las complicaciones más frecuentes en la cirugía abdominal. *Rev Argent Cirug* 2003, Número Extraordinario.
- 16.- SARMIENTO J y col.: Quality-of-Life Assessment of Surgical Reconstruction After Laparoscopic Cholecystectomy-Induced Bile Duct Injuries. *Arch Surg* 2004; 139: 483-489.
- 17.- SAVADER S y col.: Laparoscopic Cholecystectomy-Related Bile Duct Injuries. A Health and Financial Disaster. *Ann Surg* 1997; 3: 268-273.
- 18.- SHEA J y col.: Indications for and Outcomes of Cholecystectomy. *Ann Surg* 1998; 227: 343-350.
- 19.- SICKLICK J y col.: Surgical Management of Bile Duct Injuries Sustained During Laparoscopic Cholecystectomy. Perioperative Results in 200 Patients. *Ann Surg*.2005; 241: 786-795.
- 20.- YEO CH y col.: Manejo quirúrgico de las estrecheces y los trastornos obstructivos benignos de la vía biliar. Zuidema, Yeo: *Cirugía del Aparato Digestivo*. 5o ed. Panamericana. Buenos Aires, 2005. Vol III. Pp. 301-318.

ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO COMO COMPLICACIÓN DE PILEFLEBITIS REPORTE DE UN CASO.

Freddy Betancourt^{1,a} Alberto Bohorquez^{1,b} Daniel Gonzalez^{1,b}
Recibido 26 de Noviembre del 2012 y aprobado 14 de Diciembre del 2012

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 77 años de edad, que acude por dolor abdominal tipo cólico en fosa iliaca derecha, de 4 días de evolución, más alza térmica.

Se procedió a realizar laparoscopia diagnóstica, hallando apéndice retrocecal perforada en su tercio medio, y pioperitoneo 100cc. Se realiza apendicectomía laparoscópica. Durante las siguientes 24 horas presenta leucocitosis.

Se realiza nuevo esquema diagnóstico por medio de tomografía de abdomen y pelvis, simple y contrastada, que permiten diagnosticar Absceso Hepático (AH). Realizamos drenaje percutáneo guiado por TAC 48 horas posteriores al hallazgo antes mencionado. Fue dado de alta 72 horas después del drenaje comprobando su remisión por ecografía de control.

PALABRAS CLAVE: Absceso hepático piógeno, Pileflebitis, Drenaje percutáneo, TAC.

SUMMARY

We report the case of a 77-year-old, attended by cramping abdominal pain in the right lower quadrant of 4 days duration, but thermal rise. The patient underwent diagnostic laparoscopy, finding retrocecal perforated appendix in the middle third, and pioperitoneo 100cc. Laparoscopic appendectomy is performed.

For the next 24 hours with leukocytosis. New diagnostic scheme is performed through tomography of abdomen and pelvis, simple and contrasted, that diagnose liver abscess.

We performed CT-guided percutaneous drainage 48 hours after finding above. He was discharged 72 hours after checking drainage referral ultrasound control

KEY WORDS: pyogenic liver abscess, Pylephlebitis, percutaneous drainage, CT.

1 Hospital Luis Vernaza
a Doctor(a)
b Médico General

INTRODUCCIÓN

Los abscesos de origen bacteriano continúan siendo una entidad poco frecuente, pero asociada a una elevada mortalidad, a pesar de un diagnóstico más precoz tras la introducción de los métodos de imagen para su diagnóstico y tratamiento^{1, 2}.

En los países occidentales los AH piógenos suponen más del 80-90% de los abscesos, siendo raros los de origen amebiano. El tratamiento, el diagnóstico y el pronóstico de los abscesos hepáticos han evolucionado notablemente durante las últimas seis décadas. La distribución en cuanto a la edad de presentación ha sufrido variación; en las series más actuales oscila entre la quinta y sexta década de la vida. El 75% de las ocasiones se localizan en el lóbulo hepático derecho, Los hombres y las mujeres son igualmente afectados^{2, 3}.

ETIOLOGÍA

La patogenia exacta del absceso hepático piógeno no está aclarada; sin embargo, se han discutido varios mecanismos de infección. Se han identificado cinco posibles mecanismos de infección.

1. Transporte de microorganismos virulentos a través del sistema porta, a partir del tracto gastrointestinal.
2. Traumatismos
3. Diseminación de una infección del tracto biliar, colecistitis, coledocolitiasis.
4. Infección hematógena vía arteria hepática.
5. Extensión de un proceso patológico contiguo^{3, 5}.

Los microorganismos más frecuentes cultivados a partir de los abscesos hepáticos piógenos son bacilos aerobios gramnegativos (con mayor frecuencia Klebsiella y E. Coli), anaerobios grampositivos (bacteroides fragilis); aerobios grampositivos, Enterococcus, Streptococcus microaerófilos). Casi todos los abscesos son polimicrobianos, contienen anaerobios y por ende requieren antibióticos de amplio espectro^{2, 3, 5}.

Aerobios Gramnegativos.

- Klebsiella.
- E. Coli.

Anaerobios Grampositivos.

- Bacteroides Fragilis.

Aerobios Grampositivos.

- Enterococcus
- Streptococcus
- Microaerófilos.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 77 años de edad, hipertenso, sin antecedentes quirúrgicos de importancia, no refiere alergias, fumador crónico, es evaluado por presentar dolor abdominal agudo.

Paciente manifiesta cuadro clínico de cuatro días de evolución, con dolor abdominal tipo cólico en fosa iliaca derecha de gran intensidad, que se irradiaba a miembro inferior del mismo lado, con alza térmica.

Al examen físico se presenta con presión arterial de 130/80, frecuencia cardiaca 120 por minuto. Consciente, orientado en tiempo y espacio. Corazón: taquicárdico, no soplos. Pulmones: ventilados normales. Abdomen doloroso a la palpación de la fosa iliaca derecha, signo de Mc Burney Positivo.

Los exámenes de laboratorio al ingreso revelaron una leucocitosis de 23.000, hematocrito 43, hemoglobina 14.6, Neutrófilos 80%, glicemia 102, urea 41, creatinina 0.9. Con el cuadro clínico y los hallazgos de laboratorio se llegó al diagnóstico de Apendicitis Aguda.

Se realizó Apendicetomía Laparoscópica, encontrando apéndice retrocecal perforada, con pioperitoneo de aproximadamente 100cc. Se deja dren de Blake y se manejó con antibioticoterapia combinada, cefalosporina de cuarta generación (Maxipime 2gr iv cada 12h) y un Nitroimidazol (Metronidazol 500mg IV cada 8h) mas terapia del dolor.

Paciente evoluciona favorablemente, no realiza alza térmica, dolor leve a la palpación abdominal en fosa iliaca derecha.

Se realiza controles diarios de exámenes de laboratorio, presentando al cuarto día posterior a la intervención quirúrgica, una elevación de leucocitos 14.500, hematocrito 42,5, hemoglobina 13.2, segmentados 71%, Glucosa 67.5, urea 41.4, creatinina 1.14, PCR 45.8. Se cambia esquema de antibiótico Fluoroquinolona (Avelox) una ampolla cada día, Tazocin 1 ampolla iv cada 8 horas.

Paciente presenta alza térmica durante las siguientes 72 horas (38º) por tal motivo se realizaron exámenes de laboratorio encontrando niveles de leucocitos mayor a 20.000mm³, por lo que se solicitó TAC de abdomen y pelvis, simple y contrastada.

En el cual se observa presencia de imagen de estructura mixta a nivel del lóbulo derecho del hígado de 45 x 36mm con 23UH, que estaría en relación a absceso y que a la introducción del medio de contraste lo capta moderadamente en la periferia. Se solicitó drenaje percutáneo guiado por TAC (figura 1 y 2).



Figura1. Tac que muestra absceso Hepático del Lóbulo Derecho



Figura2. Absceso Hepático Amebiano.

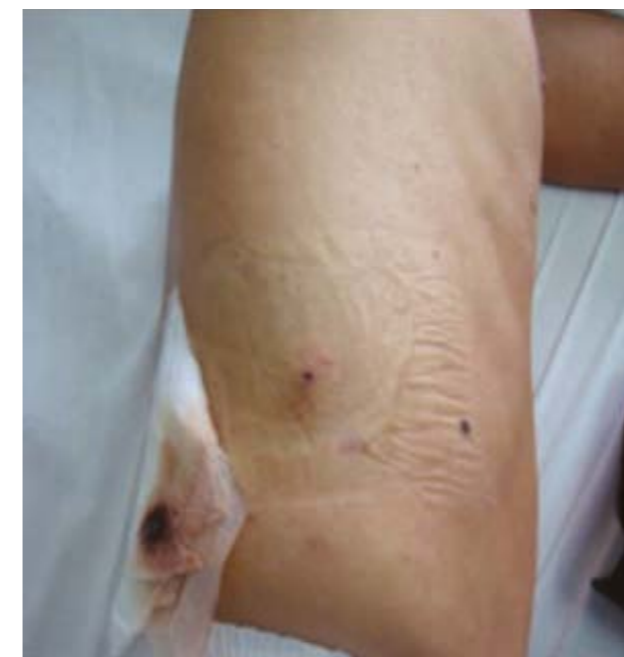


Figura 3. Sitio de Punción del Drenaje Percutáneo

Por medio de la cual se obtiene líquido purulento amarillento de aproximadamente 70cc la muestra se envía a cultivo y antibiograma (figura 4 y 5).



Figura 4. Tac, que muestra el drenaje percutáneo del Absceso Hepático.



Figura 5. Catéter de drenaje Percutáneo de absceso hepático.

Posterior al drenaje, el paciente presenta notable mejoría, afebril, y el dolor a nivel de hipocondrio derecho cede. Se realiza control de exámenes de laboratorio, Leucocitos 11.300, hematocrito 39.1, hemoglobina 12.4, segmentados 70%, PCR 17.6. Se Solicito Eco Abdominal Superior que revela días después una imagen redondeada, hipoecogénica, de bordes bien definidos, de 25x 18mm volumen 4cc, en relación a absceso en remisión (figura 6).



Figura 6. Eco Abdomen Superior donde se muestra absceso hepático en remisión.

BIBLIOGRAFÍA

1. P. Parrilla paricio, j.l. Landa garcia. Cirugía a.E.C. Manual de la asociación española de cirujanos. 2ª edición, editorial médica panamericana.
2. Robertj. Baker,md, josef e. Fischer, md, el dominio de la cirugía, 4ª edición volumen ii, buenos aires, médica panamericana 2004.
3. Daniel h. Cooper, andrew j. Krainik, samj. Lubner, hylary e. L.Reno, manual washington de terapéutica médica 32ª edición, wolters kluwer health españa.S.A 2007
4. Díaz-gonzález e, manzanedo-terán b, lópez-vélez r, dronda f. Absceso hepático amebiano autóctono: caso clínico y revisión de la literatura médica. Enferm infecc microbiol clin. 2005;23:179-81.
5. Giner galvañ v, fernández rodríguez c, esteban giner mj, ruano m. Campos amebiasis autóctona española. ¿Enfermedad emergente o endémica? Med clin (barc). 2004; 123:636-7
6. Stephen j.Mcphee, maxine a. Papadakis, lange, diagnóstico clínico y tratamiento, 46ª edición, editor mcgraw-hill interamericana mexico 2007.
7. Sandeep m, banait vaibhav s, thakur sanjeev k, bapat mukta r, rathi pravin m, abraham p. Drenaje biliar endoscópico en pacientes con absceso hepático amebiano y la comunicación biliar. Indian j gastroenterol 2006; 25: 125-7.
8. Gutiérrez, m., Lagunas, a., Serrablo, a. Absceso hepático de evolución tórpida por gemella morbillorum.Casos clínicos cirugía general 2010 mayo-agosto vol 2-número 2: 11-15
9. [Http://www.kffmed.com/publicacion/pdf/1309882269_esp.Pdf](http://www.kffmed.com/publicacion/pdf/1309882269_esp.Pdf)
10. Farthing mjg, cevallos am, kelly p. Intestinal protozoa. En: cook gc, zumla ai, editors. Manson's tropical diseases. 21st ed. Edinburgh: elsevier science, 2003; p. 1373-86.
11. Salles jm, moraes la, costa salles amebiasis hepática m.. Braz j infect dis 2003; 7: 96-110
12. Zuidema. Cirugía del aparato digestivo iii. 5Ta edición. Editorial panamericana. Capítulo 23. 2005; Páginas 334-352.
13. Castellanos fernández m, gonzález lópez m. Y col. Absceso hepático amebiano, a propósito de dos casos. Rev. Panam. Infectol; 7(2):39-42, abr.-Jun. 2005.
14. Blessmann j, duy binh h, manh hung d, e tannich, burchard e. Tratamiento del absceso hepático amebiano con metronidazol solo o en combinación con ultrasonido aspiración guiada leedle: una estudio comparativo, prospectivo y aleatorizado. Trop med int salud. 2003; 8:1030-4

CONCLUSIÓN

Los abscesos Hepáticos son una entidad clínica rara, pero potencialmente mortal; sin un diagnóstico y tratamiento rápido el cuadro es uniformemente mortal. Los abscesos Hepáticos piógenos constituyen más del 80% de los abscesos hepáticos, el resto son sobre todo amebianos¹⁰.

El diagnóstico precoz, mejora la estrategia terapéutica al posibilitar el drenaje percutáneo. El concepto de drenaje mínimamente invasivo ha sido y continúa siendo de importancia fundamental en el tratamiento de los abscesos hepáticos. El diagnóstico rápido, el tratamiento antimicrobiano eficaz, el tratamiento de la enfermedad subyacente y un enfoque adecuado de la intervención terapéutica, dirigida hacia el absceso siguen siendo los principales fundamentos de atención en el caso del paciente con un absceso hepático.

Correspondencia:

Dr. Alberto Bohoquez
Hospital Luis Vernaza
Email: Albertobohorquezcotto@hotmail.com
Celular: 0980934953
Guayaquil-Ecuador

FARMACOLOGÍA

