

PRESENTACIÓN DE CASO

ABSCESO HEPÁTICO EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Diego Velasco,* Adriana Balcázar, ** Jorge Rivas,
** Magda Rodríguez, ** Juan Carlos Tinnirello**

RESUMEN

Se entiende como absceso hepático la colección de pus en el hígado, puede ser clasificado como amebiano o piógeno según el germen causante o como único o múltiple desde el punto de vista anatómico. En países subdesarrollados como Colombia las condiciones socioeconómicas favorecen la mayor prevalencia de esta patología en edades cada vez más tempranas de la vida. En este artículo se presentan las características sociodemográficas y la evolución clínica de un niño en el que dados los hallazgos clínicos, paraclínicos, ecográficos y tomográficos se planteó el diagnóstico de absceso hepático múltiple, y que mostró una evolución clínica favorable luego de un manejo médico conservador.

Palabras clave: absceso hepático en la edad pediátrica, absceso hepático amebiano, absceso hepático piógeno.

ABSTRACT

Hepatic abscess is the collection of pus in the liver; it can be classified as amebic liver abscess or pyogenic liver abscess according to its etiology and from the anatomical point of view it can be categorized as multiple or unique. Colombia is an underdeveloped country and its socioeconomic conditions favor a high prevalence of this pathology in earlier ages of the life. In this article the socio demographic features and the clinical progression of a boy with multiple hepatic abscesses are presented based on the clinical, paraclinical, ultrasound and tomographic findings. The patient showed a favorable clinical evolution after conservative medical care.

Key words: Hepatic abscess in pediatric patients, amebic liver abscess, pyogenic hepatic abscess.

Recibido para evaluación: noviembre 15 de 2007. Aprobado para publicación: diciembre 2 de 2007.

* Especialista en Pediatría. Docente Departamento de Pediatría, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca.

** Estudiantes, Programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca

INTRODUCCIÓN

El absceso hepático (AH), es una patología que se presenta con mayor frecuencia en adultos jóvenes, sin embargo, en países subdesarrollados las condiciones socioeconómicas favorecen la mayor prevalencia de esta patología en edades más tempranas de la vida. Esta situación se debe a la infección por *Entamoeba histolytica*, que en áreas endémicas afecta aproximadamente el 2% de la población, con una mortalidad hasta del 20%.(1)

Desde el punto de vista etiológico el AH puede clasificarse en AH amebiano (AHA) que predomina en países en vías de desarrollo y el AH piógeno (AHP) más común en países desarrollados. Anatómicamente puede dividirse en único o múltiple, este último es más frecuente y de evolución fulminante. El AH único tiene una evolución subaguda y es más favorable dependiendo del tamaño y localización.(2)

El AHA es una de las manifestaciones más graves de la amebiasis tisular y es la forma invasora extraintestinal más frecuente, presentándose en menos del 1% de los pacientes con amebiasis intestinal; la incidencia varía según el área geográfica y condiciones culturales y económicas de la población.(1) Los pacientes con AHA, por lo general, son de sexo masculino, en relación 10:1 con el sexo femenino, menores de 50 años, habitan áreas endémicas o tienen el antecedente de ser inmigrantes o viajeros recientes a dichas zonas.(3)

En el AHP, las bacterias pueden alcanzar el hígado por cuatro rutas, la arteria hepática, la vena umbilical, invasión directa y por los ductos biliares. Los microorganismos gramnegativos han sido los principales agentes patógenos aislados en el absceso hepático piógeno en adultos, destacándose especialmente *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Aerobacter*, *Pseudomonas* y *Proteus sp.* En niños, Dehner y Kissane han reportado que hasta 33% de los abscesos piógenos son causados por *Staphylococcus aureus*.(1)

Las manifestaciones clínicas son inespecíficas tanto en el AHP como en AHA; típicamente los pacientes se presentan con un cuadro clínico crónico, con dolor en hipocondrio derecho, asociado a síntomas constitucionales (pérdida de peso, mialgias, malestar general), puede haber fiebre, hepatomegalia dolorosa, los síntomas gastrointestinales y la ictericia son raros. La complicación más común es su ruptura con extensión al peritoneo, la pleura o el pericardio.(4)

El diagnóstico diferencial debe hacerse con el hepatoblastoma, que es el tumor hepático maligno más frecuente en niños e incluye además la colecistitis aguda, colangitis, quistes hepáticos y en algunas regiones endémi-

cas, quistes hidatídicos. El tratamiento, evolución y pronóstico del AH dependen de la etiología y de las características particulares del paciente. Su manejo es conservador asociado al drenaje percutáneo, reservándose la cirugía para aquellos casos complicados o mala respuesta al tratamiento.(5) A continuación se presentan las características sociodemográficas así como la evolución clínica de un paciente pediátrico en el que dados los hallazgos clínicos, paraclínicos, ecográficos y tomográficos se planteó el diagnóstico de absceso hepático múltiple, y que mostró una evolución clínica favorable luego de un manejo médico conservador.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de un año de edad, de etnia negra, procedente del área rural del departamento del Cauca (Colombia). Producto de una madre de 30 años grávida 9, parida 8, abortos 1, producto del último embarazo, controles prenatales 8, parto domiciliario aparentemente sin complicaciones, desarrollo psicomotor y esquema de vacunación sin datos, dieta lactancia materna y alimentación complementaria, hospitalizaciones anteriores ninguna. Sin antecedentes familiares de importancia.

Ingresa al servicio de urgencias por presentar un cuadro clínico de quince días de evolución que inicia con fiebre alta no cuantificada y deposiciones diarreas fétidas por cinco días. Tres días antes de su ingreso presentó distensión abdominal asociado a astenia, adinamia e hiporexia marcadas, motivo por el cual consultan a una institución local de salud donde hacen impresión diagnóstica de hernia inguinal y remiten a una institución de tercer nivel para continuar manejo.

Al examen físico, paciente en regulares condiciones generales, álgido, irritable, alerta con dificultad respiratoria, en anasarca; con los siguientes signos vitales, presión arterial 99/59 (Presión Arterial Media: 72), pulso 147/min, frecuencia respiratoria 56/min, temperatura 36.2°C, saturación de oxígeno 96%, peso 8 Kg (percentil 10), talla 72 cm (percentil 10-25). Llamaba la atención al examen físico la palidez conjuntival y de la mucosa orofaríngea, aleteo nasal, quejido inspiratorio, abdomen distendido, tenso con onda ascítica positiva, peristaltismo disminuido, se palpa hepatomegalia dolorosa a 5 cm del reborde costal derecho, extremidades simétricas edema grado II, sistema nervioso central alerta, irritable, el resto del examen físico no muestra más hallazgos de importancia.

Se hospitaliza al paciente, se monitoriza en emergencia, se solicitan paraclínicos reportándose, hemograma con hemo-

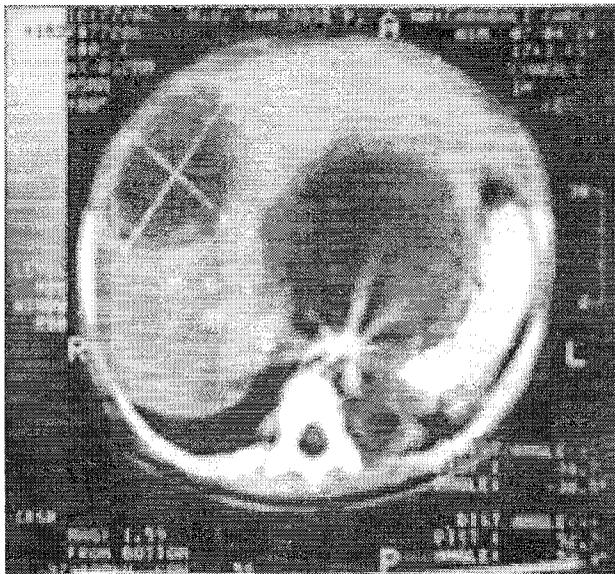
globina 6.1 gr/dl, hematocrito 21.1%, Volumen Corpuscular Medio: 74.8, Hemoglobina Media corpuscular: 23.9, Cantidad Media de Hemoglobina corpuscular: 31.9, Índice de anisocitosis: 18.1, leucocitos 16.400 con 69% de neutrófilos, plaquetas 80.000, Tiempo de Protrombina 18/14", Tiempo Parcial de Tromboplastina 54/33", bilirrubina total 1.61, bilirrubina directa 1.22, bilirrubina indirecta 0.39, proteína C reactiva 8.55 mg/dl, Lactato Deshidrogenasa 373 UI/L, fosfatasa alcalina 989, electrolitos con sodio de 139, potasio 4.42, cloro 100, magnesio 2.6, fósforo 3.7, calcio 7.3. Albúmina sérica 1.5gr/dl.

Se solicita valoración por pediatría y cirugía pediátrica. Se realiza una ecografía abdominal que muestra dos imágenes hipocóicas la primera de 61 x 64 x 66 mm, la segunda de 59 x 51 x 57 mm, además ascitis.

Se plantean como diagnósticos absceso hepático múltiple, enfermedad diarreica aguda, síndrome de dificultad respiratoria secundario a ascitis, desnutrición, síndrome anémico. Se inicia manejo con líquidos endovenosos de mantenimiento, metronidazol, clindamicina, amikacina.

Se realiza una tomografía axial computarizada abdominal contrastada que muestra el hígado aumentado de tamaño con 2 grandes cavidades de 7 y 4 cm de diámetro (figura 1). Colapso del lóbulo pulmonar izquierdo con una pequeña cantidad de líquido libre en la cavidad peritoneal. Una radiografía de tórax muestra un infiltrado neumónico en ter-

Figura 1. Tomografía axial computarizada abdominal contrastada que muestra el hígado aumentado de tamaño con 2 grandes cavidades de 7 y 4 cm de diámetro



cio inferior de campo pulmonar izquierdo. Es reportado un hemocultivo negativo a los 7 días. Se lleva a cabo una interconsulta con cirugía pediátrica quien recomienda tomar nueva ecografía para definir necesidad de punción.

Se realiza una ecografía abdominal de control en la que se aprecian 2 imágenes hipocóicas una en el lóbulo derecho de 38 x 43mm y otra en el lóbulo izquierdo de 55 x 65mm de diámetro.

Luego del manejo médico instaurado el paciente es dado de alta por evolución clínica, paraclínica e imagenológica satisfactoria.

DISCUSIÓN

El absceso hepático (AH), es una patología que se presenta con mayor frecuencia en pacientes adultos,(1) sin embargo, en los países en vías de desarrollo es importante tener en cuenta el absceso hepático dentro del diagnóstico diferencial del dolor abdominal en la edad pediátrica, más aún en países como Colombia, donde la amebiasis constituye un problema de salud pública, y la localización hepática es la complicación extraintestinal más frecuente.(6) Según las tasas de prevalencia de la encuesta nacional de morbilidad de 1980, se encontró que aproximadamente 3.025.000 colombianos son portadores asintomáticos de *Entamoeba histolytica* y 1.075.000 han sufrido algún tipo de enfermedad amibiana intestinal o extraintestinal.(7)

En el estudio realizado por Pinilla y cols, el 59% de los pacientes tenía AHA, el 33% tenía absceso hepático no amibiano (AHNA) y el 8% abscesos hepáticos múltiples, mientras en países no tropicales los reportes muestran una mayor incidencia de AHNA que AHA.(7) Dadas las características sociodemográficas del paciente, su procedencia, sus condiciones de higiene, es más probable pensar que la etiología del absceso en esta ocasión fue *Entamoeba histolytica*, sin embargo, en el manejo se decidió cubrir tanto los gérmenes causantes de AHA como AHP, pues no se realizó la punción, dada la morbimortalidad que puede asociarse a este procedimiento, por tanto, no se tiene la certeza del agente etiológico en este caso.

Es importante mencionar que el paciente presentó como síntomas y signos cardinales fiebre, dolor en el hipocondrio derecho y hepatomegalia dolorosa, como se ha establecido en múltiples series de casos.(4,6,8,10)

Aunque los hallazgos de laboratorio son inespecíficos, se encuentra con mayor frecuencia anemia, hipoalbuminemia, leucocitosis, alteración de las pruebas hepáticas,(6) como

se presentó en este caso. Es importante tener en cuenta, que la hipoalbuminemia <2gr/dl se asocia con un pronóstico desfavorable,(1,8) en este caso el paciente tuvo una albúmina de 1.5gr/dl, que fue corregida con Albúmina al 5%, mostrando una buena respuesta.

A pesar de que el estudio tomográfico es muy útil para el diagnóstico,(9) en esta ocasión la ecografía abdominal constituyó el examen imagenológico inicial, por ser no invasivo, de bajo costo, con sensibilidad comparable para el diagnóstico de AH. Además es de fácil disponibilidad y accesibilidad y permite hacer un seguimiento de la respuesta al tratamiento.

El tratamiento instaurado fue Metronidazol, Clindamicina y Amikacina, que se llevó a 21 días. La duración del tratamiento sigue siendo controversial, sin embargo, dos a tres semanas con antibióticos sistémicos es lo más adecuado. Ocasionalmente, se requiere la aspiración del absceso para descartar un absceso piógeno. Las amibas son visibles en el líquido del absceso en una minoría de pacientes con AHA.(3) La no realización de la hepatocentesis puede argumentarse con las diferentes experiencias mundiales, que muestran indicaciones precisas para llevar a cabo el drenaje percutáneo e incluyen las condiciones del paciente, tamaño del absceso (mayor de 5 cm), localización en el lóbulo izquierdo y/o la inminente ruptura a cavidades vecinas. En este paciente, aunque el tamaño de los abscesos determinados por ecografía hepática y tomografía axial computarizada abdominal, reportan un tamaño mayor de 5 cm, debido a sus condiciones estables y evolución clínica favorable con el manejo instaurado, se decidió conducta expectante, con tres antibióticos y su evolución fue satisfactoria. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la literatura reporta también que la punción evacuadora del absceso no tiene un beneficio significativo comparado con el tratamiento médico en casos no complicados por lo que no se recomienda en forma sistemática y se tiene que valorar su utilidad en un caso específico.(6)

Es de trascendencia fundamental realizar un diagnóstico precoz de esta entidad para lograr hacer un manejo preciso y oportuno que permita disminuir las complicaciones y la mortalidad que pueden presentarse cuando se permite que esta enfermedad siga libremente su curso natural; por otra parte, una intervención temprana con el manejo bien sea quirúrgico, médico o la combinación de ambos produce una evolución clínica con tendencia a la mejoría y se asocia a un pronóstico más favorable para el paciente, aunque a su vez este depende de las características particulares del paciente como el estado nutricional, la edad y del germen causante del absceso.

REFERENCIAS

1. Méndez A, Velasco CA. El Absceso Hepático en la Edad Pediátrica. Publicado en la *Rev Salud UIS* 1997; 25: 87-95. *Rev Gastrohnp* 2003; 5(1): 27-35.
2. Finol Pirela PL, Montero Tuero JR, Negrete Acosta JM, Montero Paz KL. Evaluación de las manifestaciones clínicas más frecuentes en pacientes con absceso hepático amibiano. 1994- 1998. *Acta científica estudiantil* 2003; 1(3): 75.
3. Rashidul Haque, M.B, Christopher D. Huston, Molly Hughes, Eric Houpt, and William A. Petri. Amebiasis. *NEJM*; 348:1565-1573.
4. Chávez A, Guadalupe Castillo E. Absceso hepático en pediatría: experiencia en un hospital de infectología. *Rev Mexicana de pediatría* 1997; 64(6): 240-242.
5. Donoso C, Celis S, Ortega M, Leiva M, Barraza P. Absceso Hepático Piógeno: Reporte de un caso. *Rev Ped Elec* [en línea] 2006;3(3). ISSN 0718-0918.
6. Cardoso G, Hernández M, Zapata G, González N. Presentación infrecuente de absceso hepático amebiano en Pediatría. *Rev de enfermedades infecciosas en pediatría* 2006; XX(77).
7. Pinilla A, López M, Viasus D. Inmunoglobulina G en paciente con absceso hepático amebiano. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb* 2006; 54(2).
8. Sullivan LM. Chapter 14. The liver, biliary system, and pancreas Department of Radiology, University of New Mexico Health Sciences Center, Albuquerque, New Mexico 87131
9. Ralls PW. Focal inflammatory disease of the liver. *Radiol Clin North Am* 1998; 36: 377-89
10. Álvarez J, Baldonado R, González J. Abscesos hepáticos piógenos de origen criptogénico. *Med Interna* (Madrid) 2001; 18(9).