

CASO 17

Abscesos hepáticos secundarios a diverticulitis residual

RAYSI HIDALGO ABREU, MIRIAM MARTÍNEZ FERNÁNDEZ,
M^a NURIA ÁLVAREZ DÍEZ, JOSÉ M^a CANGA PRESA,
DAYNA PUCHETTA GALEAN,
M^a DEL CARMEN RODRÍGUEZ GARCÍA
Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE)

HISTORIA CLÍNICA-ANTECEDENTES PERSONALES

Varón de 50 años sin alergias medicamentosas conocidas que acude a urgencias por dolor abdominal de predominio epigástrico de 5 días de evolución, acompañado de fiebre de 39°C, tiritona y sangre en las dos últimas deposiciones. No siente náuseas ni ha tenido vómitos. Esto ocurre dos semanas después de haber cursado ingreso en el Servicio de Digestivo con tercer episodio de diverticulitis no complicada. El primer episodio fue 5 años antes, con realización de enema opaco donde se confirmó diverticulosis a nivel de colon sigmoideas. El segundo ingreso fue hace 2 meses, desde Urgencias, en el Servicio de Digestivo, con el diagnóstico de diverticulitis aguda no complicada. Se realizó ecografía abdominal y se descartaron colecciones intraabdominales. Durante dicho ingreso se trató con sueroterapia, analgesia y antibióticos parenterales (metronidazol y ceftriaxona). Permaneció ingresado 2 semanas y tras el alta reingresó a los 10 días, por tercera vez y por el mismo motivo, con cuadro de diverticulitis aguda sin signos de complicación local, y de nuevo tratado de forma conservadora con antibioticoterapia (metronidazol y quinolona) intravenosa primero y oral posteriormente. No presenta otros antecedentes reseñables.

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA 120/70. Temperatura 39°C. Pulso 90 latidos por minuto. SatO₂ 99%. Sudoroso. Auscultación cardíaca rítmica a 90 latidos por minuto. No roces ni soplos. Auscultación pulmonar con ruidos ventilatorios normales. Abdomen doloroso selectivamente a la palpación de epigastrio, sin dolor a la palpación de fosa iliaca izquierda ni signos de irritación

peritoneal. Tacto rectal: Hematoquecia. No se visualizan hemorroides, prolapso ni fisuras y el tono del esfínter es adecuado. Resto de exploración sin hallazgos patológicos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

EKG: Ritmo sinusal a 90 por minuto. Sin bloqueos ni alteraciones de la repolarización.

Analítica: Hb 14,7 g/dl, leucocitos 28.200/mm³ (82% N, 5% cayados), plaquetas 274.000/mm³. TP 88%, cefalina 32". Bioquímica: GOT 41 UI/L, GPT 36 UI/L, Bilirrubina total 2,7 mg/dl (directa 0,6 mg/dl, indirecta 2,1 mg/dl). Glucosa 130 mg/dl, amilasa e iones en rango de normalidad.

Rx Tórax y Rx de Abdomen: Sin hallazgos significativos.

Ecografía abdominal: En lóbulo hepático izquierdo se observa imagen hiperecoica de contornos redondeados de 6,6 cm de diámetro (Imagen 1) y en fosa iliaca izquierda trayecto de sigma con paredes engrosadas y alteración de la grasa sugestivo de plastrón secundario de diverticulitis.

TC abdominal: Hígado con múltiples lesiones ocupantes de espacio (LOES), destacando gran lesión hipodensa de densidad heterogénea y con múltiples tabiques que mide 10 cm y se localizan en lóbulo hepático izquierdo. Existen otras tres lesiones de características similares siendo compatibles con abscesos hepáticos múltiples como primera posibilidad (Imagen 2). Importante engrosamiento de las paredes del sigma con áreas hipodensas mal definidas y divertículos múltiples, compatible con diverticulitis aguda versus neoplasia de sigma abscesificada (Imagen 3).



Imagen 1: Lesión definida en lóbulo hepático izquierdo



Imagen 2: LOES hepáticas en la TC Urgente al ingreso

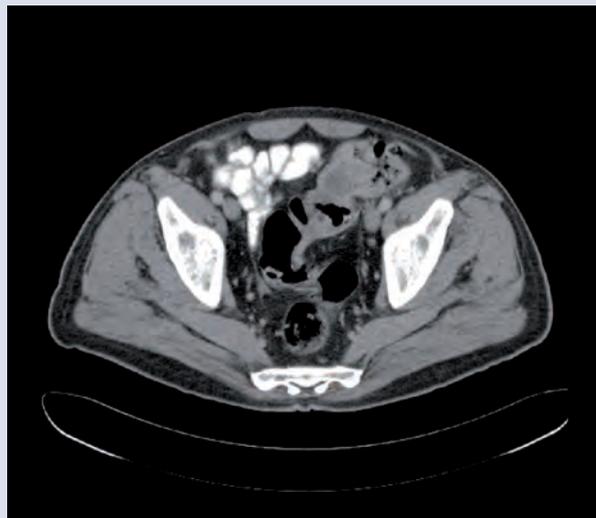


Imagen 3: Engrosamiento del sigma y divertículos múltiples

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS

1. Diverticulitis de repetición con abscesos hepáticos.
2. Neoplasia digestiva complicada con metástasis hepáticas.
3. Diverticulitis aguda con quistes hidatídicos.

EVOLUCIÓN

El paciente ingresa en el Servicio de Cirugía General, donde se pauta tratamiento con antibioticoterapia intravenosa (piperazilina-tazobactam 4,5 g/8 horas) y, previa realización de serología de hidatidosis que resulta negativa, se realiza punción percutánea de lesión hepática, guiada por ecografía, por el Servicio de Radiología, con salida de material purulento que se cultiva. Se realiza gastroscopia para descartar neoplasia digestiva alta, en la que se aprecia hernia de hiato axial y duodenitis moderada con pólipo diminuto en bulbo duodenal. Los marcadores tumorales solicitados (CEA, Ca 19,9, Ca 72,4 y alfa-fetoproteína) fueron negativos. Ante los hallazgos de la TC al ingreso, y con los antecedentes personales, se plantea la realización de nuevo enema opaco a baja presión observándose, por encima de la ampolla rectal y en unión recto-sigma, una zona de estenosis con características de benignidad. Se insinúan divertículos en sigma, proximales a dicha estenosis (Imagen 4). El paciente reinicia tolerancia oral, sin obstrucción clínica, y completado el tratamiento antibiótico es dado de alta hospitalaria.

A las 4 semanas, y de forma ambulatoria, se realiza colonoscopia, en la que sólo se observan divertículos en colon izquierdo y sigma, con estenosis mínima y franqueable en unión recto-sigma. Se descarta neoplasia de colon. Tres meses más tarde se programa intervención quirúrgica. A través de laparotomía media se realiza sigmoidectomía con anastomosis término-terminal mecánica, y se explora el hígado que es rigurosamente normal al tacto. El postoperatorio evoluciona de manera satisfactoria sin complicaciones. En el seguimiento postoperatorio se realizó TC abdominal al sexto mes del alta hospitalaria (Imagen 5) y ecografía al año de la intervención (Imagen 6), en las que se confirma la cu-



Imagen 4: Enema opaco que muestra estenosis en recto-sigma



Imagen 5: TC de revisión al sexto mes



Imagen 6: Ecografía hepática de revisión al año

ración hepática con ausencia de LOES, observándose sólo pequeños quistes simples subcentimétricos.

DIAGNÓSTICO FINAL

Diverticulitis de repetición con abscesos hepáticos.

DISCUSIÓN

La enfermedad diverticular del colon es una patología de muy alta prevalencia en los países desarrollados. Aproximadamente un tercio de la población desarrolla divertículos a los 50 años y 2/3 a los 80 años¹. Se considera relacionada con la disminución de ingesta de fibra y el estreñimiento². Se origina por dos factores principales que son el aumento en la presión intraluminal y la debilidad en la pared intestinal³. Se considera que el término "diverticulitis complicada" se debe reservar para los pacientes que presentan lo siguiente: absceso peridiverticular o a distancia (Estadio I y II de Hinchey); peritonitis purulenta difusa (Estadio III de Hinchey) o fecaloidea (Estadio IV de Hinchey); fístula colo-vesical o colo-entérica u obstrucción intestinal relacionada con la estenosis⁴. Para estos pacientes, el tratamiento conservador es muy probable que fracase y algún tipo de intervención quirúrgica puede estar indicada de forma urgente. Por el contrario, en una diverticulitis no complicada se recomienda el tratamiento conservador inicial con reposo intestinal y antibióticos de amplio espectro que cubran gram negativos y anaerobios (grado de recomendación 2B). Este enfoque tiene éxito en aproximadamente un 70 a 100% de los pacientes. Sin embargo cuando ya se ha producido un segundo episodio de diverticulitis aguda no complicada

debe indicarse la cirugía electiva mediante sigmoidectomía, una vez superado el cuadro agudo, dado que las posibilidades de recurrencia son muy altas y existe alta probabilidad de presentarse de nuevo otro episodio en forma de diverticulitis complicada que obligue a intervención quirúrgica urgente y en ocasiones a realizar una colostomía temporal de descarga que posteriormente necesitará de otra cirugía para reconstrucción del tránsito intestinal. En sí mismo, el término "diverticulitis recurrente" implica que el paciente se ha recuperado completamente desde el primer episodio. Por lo tanto, debe haber un intervalo libre de enfermedad entre los 2 episodios de al menos 3 meses, ya que si no estaríamos hablando de una "diverticulitis residual"⁵. La prueba ideal para confirmar el diagnóstico de diverticulitis, y excluir una neoplasia de colon, es la realización de una colonoscopia. Sin embargo en la fase aguda la realización de dicha prueba, al introducir presión intraluminal en el colon, puede agravar la situación y producirse una perforación, de ahí que la colonoscopia deba posponerse al menos 4 a 6 semanas después de la mejoría del cuadro agudo.

Las causas más comunes de abscesos hepáticos son amebianas, piógenas o de origen mixto. El absceso hepático piógeno es una enfermedad rara, y más rara aún es que presente un origen secundario a diverticulitis aguda. La frecuencia de presentación del absceso hepático piógeno en las Urgencias hospitalarias varía de 0,007% a 0,016%. La relación hombre:mujer es 2,5:1⁶. Actualmente, la frecuencia de abscesos piógenos hepáticos se ha incrementado debido a procedimientos que manipulan la vía biliar (endoprótesis, esfinterotomías,

quimio-embolizaciones, inyección hepática de alcohol y trombosis de arteria hepática secundarias a trasplante)⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Frascarelli G. Enfermedad diverticular del colon. Rev Asoc Coloproct del Sur 2007.
2. Gear Jss, Ware A, Fursdon P, Mann JI, Nolan DJ, et al. Symptomless diverticular disease and intake of dietary fiber. Lancet 1979;511-4.
3. Rafael García Duperly, MD. Diverticulitis aguda. Sección de Cirugía de Colon y Recto, Clínica Reina Sofía, Bogotá. Guías para manejo de urgencias:824-8.
4. Rafferty J, Shellito P, Hyman NH, et al. Standards Committee of American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for sigmoid diverticulitis. Dis Colon Rectum 2006;49:939-44.
5. Gervaz P, Ambrosetti P. Time for a (Re) Definition of (Recurrent) Sigmoid Diverticulitis? Ann Surg 2011;254(6):1076-7.
6. Olivera MA, Kershenobich D. Pyogenic hepatic abscess. Curr Treatm Options Gastroenterol 1999;3:86-90.
7. Torre Delgadillo A. Actualización en enfermedades hepáticas. Abscesos hepáticos. GH continuada 2006;5(5):201-7.

COMENTARIO EDITORIAL

En resumen, se trata de un paciente de 50 años, que consulta por tercera vez en 2 meses por episodio clínico compatible con diverticulitis, cursando los 2 episodios previos sin complicaciones (ecografía abdominal normal 2 meses antes) y con respuesta favorable al tratamiento médico conservador (metronidazol y ceftriaxona en la primera ocasión, y metronidazol y quinolona en la segunda).

En el episodio actual debemos tener en consideración los antecedentes de diverticulitis, que junto al cuadro clínico de dolor abdominal, el pico febril de 39°C y la cifra elevada de leucocitos (28.200/mm³), nos conduce a la solicitud de una exploración de imagen (ecografía y TAC abdominal) que objetiva abscesos hepáticos múltiples y engrosamiento de las paredes del sigma con divertículos múltiples compatible con diverticulitis aguda versus neoplasia de sigma abscesificada.

El proceso terapéutico posterior, excelentemente desarrollado e ilustrado, acaece en la planta de hospitalización, pero básicamente desde el punto de vista del médico urgenciólogo recordar lo siguiente: la necesidad de instauración precoz de tratamiento antibiótico de amplio espectro con cobertura para aerobios y anaerobios; disponer de una serología de hidatidosis negativa previa a la punción diagnóstica +/- drenaje para evitar una posible diseminación a la cavidad abdominal; y diferir la realización de la colonoscopia (prueba diagnóstica del proceso diverticular, a la vez que descarta neoplasia de colon) hasta las 4-6 semanas de la mejoría del cuadro agudo por el riesgo de perforación al introducir presión intraluminal en el colon o por el propio instrumento.

La cirugía electiva se suele indicar cuando existen recurrencias, después de analizar con detenimiento el riesgo-beneficio, ya que las posibilidades de respuesta al tratamiento conservador después de cada episodio recurrente son menores. Las recurrencias, tal y como nos recuerdan los autores del caso, vienen definidas por un intervalo libre de enfermedad entre 2 episodios de al menos 3 meses, ya que si no estaríamos hablando de una diverticulitis residual, que es lo que realmente presenta nuestro paciente. No obstante, en aquellos casos que la presentación sea en forma de diverticulitis complicada (absceso a distancia, peritonitis purulenta o fecal), con obstrucción intestinal, sepsis no controlada o hemorragia digestiva baja, deberemos practicar una intervención quirúrgica más o menos urgente, dependiendo de la complicación y del grado de gravedad.

Los abscesos de origen diverticular representan un 25% de los abscesos abdominales, y la localización puede ser pericolónica o a distancia, como el hígado en el caso presentado. Clínicamente cursan con fiebre y leucocitosis persistentes a pesar de tratamiento médico adecuado. Los abscesos pequeños pericolónicos pueden tratarse exclusivamente con antibiótico parenteral, mientras que los mayores, como el caso que se presenta, está indicado el drenaje percutáneo guiado por TAC (nos facilita un rápido control de la sepsis). Tal y como nos recuerdan los autores, a pesar que el absceso hepático piógeno es una enfermedad rara, actualmente su incidencia está en aumento debido a los procedimientos que manipulan la vía biliar.

Dr. Ferran Llopis.
H G U Vall d'Hebrón. Barcelona