

**Caso 88**

## Absceso hepático fistulizado a pericardio. Un caso de fiebre de origen desconocido en urgencias

M<sup>a</sup> LLANOS VAYÁ MIRA, M<sup>a</sup> AMPARO LECHÓN CASTILLEJO, EMILIO ÁVILA MÁRQUEZ

Áreas de Urgencias e Infecciosas. Hospital Clínico Médico Adjuvto Urgencias. Servicio de Urgencias. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

### HISTORIA CLÍNICA

Varón de 35 años de edad que acude, 4 veces en 10 días a Urgencias, por un cuadro que comenzó con: cervico-dorsalgia de perfil musculoesquelético. 2 días después vuelve por fiebre de 39° que no se objetiva en la consulta. 3 días después vuelve por seguir con fiebre vespertina de 39° (5 días) y polimialgias sin otros síntomas y se remite a la Unidad de infecciosos para estudio. La cuarta consulta se produce a los 4 días (9 días de evolución del proceso), con nuevos síntomas: dolor precordial punzante que empeora con la respiración profunda con buen estado general.

Se remite de nuevo a CE de Infecciosos, donde acude a los 2 días, presentando ya deterioro de su estado general, con palidez mucocutánea y sudoración por lo que se ingresa. A las pocas horas del ingreso empeora súbitamente con hipotensión severa y dorsalgia intensa, se practica un TAC toracoabdominal urgente que da el diagnóstico final.

### Antecedentes personales

No reacciones alérgicas medicamentosas. Esta haciendo la dieta Dukan.

Quirúrgicas: Gastrectomía parcial-reducción de estómago 2002. Dermolipectomía fusiforme en cara interna de ambos muslos. Lipodistrofia cara interna de muslos.

Resto de antecedentes patológicos sin interés. Tratamiento habitual: hierro y ácido fólico.

### EXPLORACIÓN FÍSICA

**Día 1:** Paciente con buen estado general, normohidratado, normocoloreado, afebril, Fc 70 lpm y Fr 20 rpm. Con exploración de aparatos dentro de la normalidad.

**Día 3,6 y 9:** El paciente consultó por fiebre sin cambios significativos y con BEG.

**Día 11:** TA 137/81, FC 98, T<sup>a</sup> 36,5. Mal aspecto general, palidez cutánea, sudoroso, eupneico. AC rítmico, no soplos ni roces. AR: mvc, no ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible, no masas ni megalias, no doloroso a la palpación.



Figura 3



Figura 3

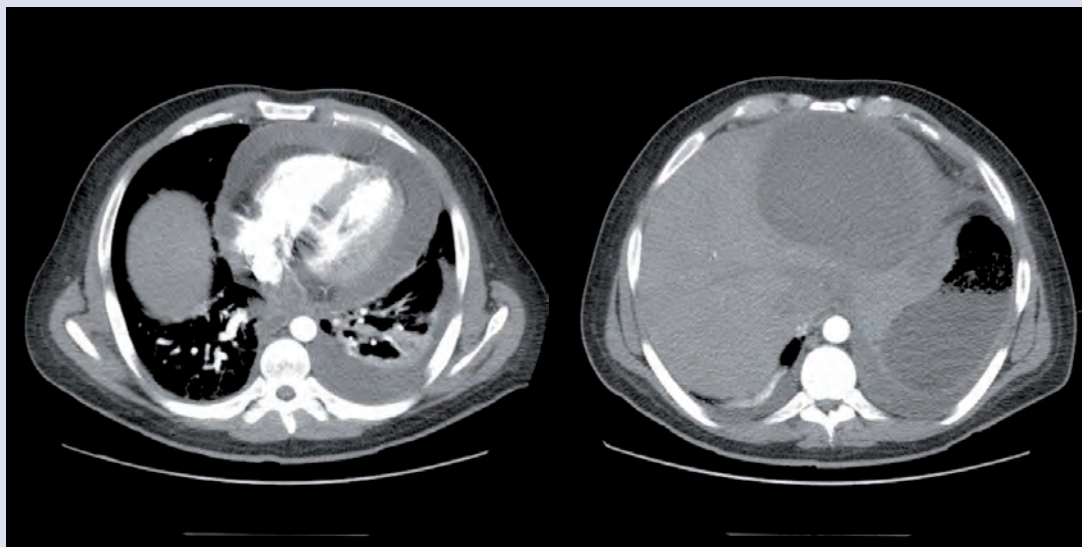


Figura 3

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

**Día 1 y 3:** No se realizan

**Día 6:** Rx Tórax: SHP (Imagen 1) Leucos 12.4 (80%N), GPT 65, PCR 34.9. I. Quik 631%. **Día 9:** Rx Tórax: SHP, Leucos: 22.400 (N 87.8%, L 4.3%), PLT 583.000, GPT 102, PCR 31.5. ECG: ritmo sinusal a 100 lpm, eje 60°, discreta elevación punto J, T negativa aislada en V1, buena progresión QRS en precordiales.

**Día 11:** Rx Tórax: cardiomegalia, borramiento del seno costofrénico izquierdo (Imagen 2). Leucocitos 51.700 (93.8 % N, 2.8 %L, 3 %Mo,). Hb 11.6 g/dl, Hcto 35.6%, PLT 1.058.000. TP19.2" I, Quick 46 %, Urea 59.5 mg/dL, Creatinina 1.49 mg/dL, PT 5.3g/dL, CK 157 U/L, Troponina I 0.19 ng/mL, PC R 27.6 mg/dL.

TAC tóraco-abdominal: (Imagen 3) Severo derrame pericárdico (con un grosor máximo de 3 cm). Derrame pleural izquierdo. En lóbulo hepático izquierdo se identifica una lesión hipodensa de 14 x 9 cm de diámetro, que es compatible con posible absceso hepático.

Cultivo del contenido del absceso: *Streptococcus intermedius*. Líquido pleural, líquido pericárdico, urinocultivo, hemocultivo, cultivo del esputo, cultivo de punta de catéter central, exudado faríngeo: Negativos. Líquido pericárdico y pleural: exudados.

A.P pericardio: pericarditis fibrinopurulenta con hiperplasia mesotelial reactiva.

**Día 17:** TAC tóraco-abdominal de control: importante disminución del derrame pericárdico, pleural y del absceso intrahepático.

**Día 35:** Ecografía abdominal, gastroscopia y colonoscopia sin hallazgos patológicos, normalización de los parámetros biológicos excepto PLT 529.000, FA 146 u/l.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS

FIEBRE SIN FOCO CON MÚLTIPLES CONSULTAS A URGENCIAS

## EVOLUCIÓN

El deterioro hemodinámico súbito con signos de taponamiento cardíaco requirió el ingreso en UCI e intervención urgente por cirugía cardíaca y general para drenaje de colección hepática y pericárdica. Se inició tratamiento con antibiótico (levofloxacino, meropenem y amikacina) que mantuvo durante el ingreso. A su salida de la UCI se retiró

drenaje pericárdico. En la sala el paciente permaneció hemodinámica y clínicamente estable, manteniendo el drenaje del absceso hepático hasta su resolución. Dado su buen estado general, se le dio el alta hospitalaria a los 30 días del ingreso, con tratamiento médico: levofloxacino 500 mg cada 12 horas y metronidazol 500 mg cada 8 horas y seguimiento en CE sin complicaciones hasta la fecha.

## DIAGNÓSTICO FINAL

ABSCESO HEPÁTICO FISTULIZADO A PERICARDIO. TAPONAMIENTO CARDIACO SECUNDARIO

## DISCUSIÓN

El absceso hepático piógeno (AHP) es infrecuente, su incidencia es 0,088%-0,022%. Su curso es inicialmente subclínico e inexpressivo, el diagnóstico es tardío y la mortalidad elevada (10-30%). La fiebre de origen desconocido puede ser la única manifestación inicial. El AHP genera graves complicaciones (30-60%): bacteriemia, shock séptico, rotura del absceso a peritoneo, perforación en cavidad pleural o en el pericardio. Los aerobios gram-negativos son los más comunes. *E. coli*, aunque cada vez es más frecuente los grampositivos como *Streptococcus milleri* también llamado *S. intermedius*. La identificación del germen es posible en 48-84%. Los datos de laboratorio suelen ser inespecíficos, lo relevante es: leucocitosis, anemia, alargamiento del TP, elevación transaminasas, FA, PCR e hipoalbuminemia. Los métodos de diagnóstico de elección son la ecografía y el TAC abdominal. El tratamiento de elección es el drenaje percutáneo, a menos que exista una lesión abdominal coexistente que requiera cirugía, combinado con antibióticos de cobertura para cocos gram positivos, enterobacteriaceas y anaerobios.

En el caso descrito la fiebre sin foco con clínica inicial anodina no planteó estudios por la imagen a nivel abdominal en urgencias, posiblemente el diagnóstico podría haber sido más precoz.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarez Perez J.A. Gonzalez Gonzalez J.J. Abscesos hepáticos piógenos. rev. Cirugía española vol 70 Sept 2001 nº 3
2. Harrison. Principios de Medicina Interna 16ª ed. 2006. Abscesos intraperitoneales
3. Brunicaudi, F. Capítulo 30 .El hígado. Scharzt: Principios de cirugía (8ª ed)
4. Cho MC. Kim DW and cols. Pericardial absceso due to transdiaphragmatic perforation of the pyogenic liver abscess. Eur. Heart J 1996;17:1602-3.
5. Linarez-Ochoa NE, Absceso Hepático presentación de 1 caso y revisión. Revista médica Hondureña vol 65 nº 3 1997.
6. Fantuzzi A, and cols. Absceso hepático: serie de 107 casos y revisión. Rev Chil Infec 2009;26(1):49-53.
7. Patiño Restrepo JF. Manejo del absceso hepático. Centro medico de los Andes 1989;251:143 actualizado en 2007. [www.airbarra.org/guias/5-9.htm](http://www.airbarra.org/guias/5-9.htm)
8. Absceso Hepático- Wikipedia, la enciclopedia libre. [es.wikipedia.org/wiki/Absceso\\_hepatico](http://es.wikipedia.org/wiki/Absceso_hepatico).

## COMENTARIO EDITORIAL

Se trata de un caso muy excepcional, por su escasa frecuencia y su potencial capacidad para ser letal. Pueden hacerse dos enfoques a este caso.

Empezando por el final: el paciente es diagnosticado por TAC, que se realiza tras 11 días de haber iniciado la sintomatología. Las imágenes del TAC son muy elocuentes: no dan paso a una falsa interpretación. El resultado del TAC activa todas las alarmas. Se realiza una intervención quirúrgica y se traslada al paciente a la UCI. Se inicia tratamiento con tres antibióticos, y el paciente evoluciona favorablemente. En este sentido podemos afirmar que se trata de un “éxito de la medicina”.

Quizás valdría la pena comentar la idoneidad de esta pauta antibiótica: probablemente con meropenem más amikacina la cobertura ya es excelente.

Las lecciones más importantes de este caso provienen del manejo del mismo, en su fase inicial.

Se trata de un paciente varón joven, 35 años, sin antecedentes destacables. Acude inicialmente a un servicio de urgencias por un cuadro de cervicalgia. Es valorado y dado de alta sin realizar EC. No queda claro si se administra algún fármaco.

A las 48-72 h el individuo vuelve por fiebre de hasta 39. Es difícil valorar la actuación en ese momento: no se realizan EC, y se da de alta al paciente. Probablemente este paciente hubiera requerido mayor atención: es la segunda vez que vuelve a urgencias. No sale en los libros de medicina, pero todos aquellos que pasamos muchas horas en urgencias, tenemos muy claro las características del enfermo “repetidor”.

En muchos casos los “repetidores” son viejos conocidos del servicio. Pero en muchos otros casos, el volver a urgencias es un síntoma de mal pronóstico.

Personalmente, no me cabe duda que el tercer día de volver a urgencias, el paciente no debía ser dado de alta. Nos encontramos ante un paciente con fiebre de varios días de evolución, que ha acudido tres veces a urgencias. Se realiza una placa que muestra una cardomegalia, un corazón “en bota”, con 12000 L. Creo que el paciente debía ingresar para un estudio más cercano y completo. El paciente es dado de alta, y se remite a la unidad de enfermedades infecciosas.

En la cuarta visita, los autores exponen que el paciente presenta “nuevos síntomas: dolor precordial punzante que empeora con la respiración profunda con buen estado general”.

Se realiza una placa de tórax (SHP?), una analítica 22.000 leucocitos (¿existe una cifra de leucocitos que obliga a ingresar?).

El paciente se vuelve a dar de alta...incomprensible.

Al final el paciente reingresa, se realiza el diagnóstico y todo acaba bien.

Los autores en la discusión analizan el absceso hepático con fistulización pericárdica.

Creo que la autentica discusión es la autocrítica: este paciente tuvo un manejo claramente mejorable.

**JM Guardiola.**  
**Hospital de Sant Pau. Barcelona**