

Abscesos hepáticos múltiples en pediatría: presentación de un caso clínico

DRES. SERGIO SAUTO ¹, IVONNE FERRARI ², RUVER BERAZATEGUI ³

1 Asistente Clínica Quirúrgica Pediátrica.

2. Profesora Agregada interina de Clínica Quirúrgica Pediátrica.

3. Profesor Director de Clínica Quirúrgica Pediátrica.

Clínica Quirúrgica Pediátrica, Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). Montevideo, Uruguay.

Recibido 21/ 05/ 02

Aprobado: 03/ 09/ 02

Resumen

Se presenta un niño de 15 meses, con fiebre de hasta 40°C, decaimiento y dolor en hemiabdomen derecho. Se plantean varias hipótesis diagnósticas antes de establecer el diagnóstico de abscesos hepáticos. Se trata de una enfermedad rara en la infancia, cuyo tratamiento actual ha mejorado en forma sustancial la sobrevida.

Palabras clave: ABSCESO HEPÁTICO
ABDOMEN AGUDO

Resumo

Se presenta un niño de 15 meses, con fiebre de hasta 40°C, decaimiento y dolor en hemiabdomen derecho. Se plantean varias hipótesis diagnósticas antes de establecer el diagnóstico de abscesos hepáticos. Se trata de una enfermedad rara en la infancia, cuyo tratamiento actual ha mejorado en forma sustancial la sobrevida.

Palavras-chave: ABSCESSO HEPÁTICO
ABDOME AGUDO

Introducción

Los abscesos hepáticos son raros en los niños. Pueden ser piógenos (mas frecuentes), o parasitarios (*Entamoeba histolítica*, *ascaris* ^(2,4) y *amebianos* muy raros en niños ⁽²⁾).

De los piógenos, 40% son primarios (sin foco) y 60% secundarios; infección intra-abdominal (sitio más frecuente), hematomas traumáticos, por extensión directa, de piel, etcétera ^(1-3,14).

Habitualmente son abscesos únicos y se tipografián en el lóbulo derecho del hígado. Los múltiples suelen verse asociados a sepsis severas.

Los gérmenes encontrados son 80-85% aerobios y 15-20% anaerobios.

La presentación clínica es variada y los síntomas inespecíficos, incluyen fiebre, chuchos de frío y dolor abdominal como los más frecuentes; raramente se observa ictericia ^(1,14,15). Al examen suele palparse un reborde hepático descendido e hipersensible.

La paraclínica humoral es inespecífica y los hemocultivos positivos en 30-60% de los casos ⁽²⁾.

La radiología puede ser de ayuda, mostrando elevación del hemidiafragma. La ecografía es diagnóstica, pero no diferencia abscesos piógenos de amebianos. La tomografía axial computada (TAC) es ideal, permite topografiar más exactamente el o los

abscesos y su tamaño. Además evalúa el resto del abdomen.

El tratamiento actual de los abscesos primarios es mediante la punción evacuación guiada por ecografía o TAC y la antibiótico-terapia apropiada al germen ^(1-3,9,16).

Observación clínica

Niño de 15 meses SM, procedente de Dolores.

Enviado al Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) por fiebre y dolor abdominal.

La sintomatología comienza 15 días antes con fiebre de 40°C y decaimiento. Se realiza diagnóstico clínico de neumopatía aguda (NA) y se indican antibióticos (ATB). Persiste febril y agrega dolor en flanco derecho, distensión abdominal y detención del tránsito para materias en los últimos cinco días.

Es estudiado con ecografía abdominal, radiografía de tórax y radiografía abdominal, informadas normales, y hemograma que mostró una leucocitosis de 20.000 elementos/mm³. Recibe ATB intravenosos, sin mejoría, por lo cual es trasladado al CHPR.

Antecedentes: medio socioeconómico deficitario, sin antecedentes familiares ni ambientales a destacar; producto de cuarta gestación, embarazo controlado, mal tolerado, cesárea a las 36 semanas por pre-eclampsia, peso al nacer 2.660 g sin patología perinatal. Bien inmunizado. Buen crecimiento y desarrollo.

Examen físico: paciente vigil, irritable, sin síndrome funcional respiratorio. Fiebre de 39°C. Mucosas secas. Abdomen distendido con dolor en flanco e hipocondrio derecho. Se palpa una hepatomegalia regular. Resto del examen físico normal.

Se pensó en un cuadro abdominal quirúrgico, sin clara etiología, por lo cual se solicitaron exámenes.

Hemograma: leucocitos 20.800 elementos/mm³, HB 9,0 g/dl, Hto 29,3, plaquetas 345.000 elementos/mm³. Ionograma y función renal normales.

Ecografía abdominal: hepatomegalia regular, con cuatro imágenes heterogéneas a expensas de zonas hipoeocoicas en su interior, que despiertan dolor durante la exploración. Miden 27 mm, 17 mm, 20 mm, encontrándose en los segmentos VII, VIII y II, y una menor en el segmento VI. Dichas imágenes podrían corresponder a abscesos hepáticos. Bazo sin particularidades. En hemiabdomen inferior se observan asas intestinales distendidas con líquido en su interior. Douglas libre.

Se explora quirúrgicamente pensando en una apendicitis evolucionada con abscesos hepáticos (hígado apendicular de Dieulafoy).

Se descarta la participación apendicular en el proceso y se comprueban los abscesos hepáticos emergentes, uno de los cuales se hallaba abierto pero bloqueado por epíplón en el hipocondrio derecho. Se realiza apertura de los restantes saliendo material purulento. Lavado de las cavidades y puesta a plano.

Posoperatorio con buena evolución, sin complicaciones. Tolera vía oral a las 48 horas.

Cultivo del material purulento extraído de los abscesos: *estafilococcus aureus*.

Alta hospitalaria 1/4/02.

Discusión

Este caso clínico presenta interés porque se trata de una enfermedad rara en la edad pediátrica, en la cual se tardaron varios días en establecer el diagnóstico. No hemos encontrado publicaciones nacionales de esta enfermedad en niños.

La presentación clínica fue inespecífica como ocurre habitualmente, con fiebre alta, decaimiento y dolor abdominal. Muchos autores coinciden en que el dolor en el hipocondrio derecho, la hepatomegalia y la fiebre son los síntomas más constantes ^(1,12).

Fue fundamental la realización de la ecografía abdominal para establecer el diagnóstico.

Muchos autores coinciden en completar la evaluación imagenológica hepática mediante la realización de una tomografía axial computarizada, que además nos permite evaluar como está el resto del abdomen en busca de signos que nos pongan en sospecha de la etiología^(11,13). No fue realizada en nuestro caso dado que se pensó en que la causa de los abscesos era secundaria a un cuadro apendicular.

La solicitud de estudios humorales incluye el hemograma, que en nuestro paciente mostró desde el inicio una leucocitosis aumentada y una anemia, el funcional y enzimograma hepático que generalmente muestra solo escaso aumento de las transaminasas y rara vez bilirrubinas aumentadas; y los hemocultivos que son fundamentales en la búsqueda etiológica; con un porcentaje de positividad alto en esta enfermedad^(1,2).

El tratamiento de los abscesos primarios hepáticos se realiza mediante la punción guiada por ecografía o tomografía independientemente de que se trate de abscesos únicos o múltiples. Si son abscesos grandes se recomienda la colocación de drenaje. Siempre debe asociarse a tratamiento ATB apropiado durante 15 días.

La cirugía queda reservada, según la mayoría de los autores, para abscesos secundarios a una enfermedad quirúrgica, o para los primarios con complicaciones como la ruptura espontánea^(1,2,6,9,11,16).

El absceso amebiano se diagnostica mediante test de hemaglutinación indirecta en 95% de los casos; se tratan médicaamente con metronidazol 35-50 mg/kg/día intravenoso durante 10 días y no se realiza drenaje. Mortalidad 3%^(2,4).

Nuestro paciente fue sometido a laparotomía ante la sospecha de que se trataba de un hígado apendicular de Dieulafoy, hecho que no fue confirmado durante el procedimiento. Todos los autores están de acuerdo en operar aquellos niños con sospecha de abscesos secundarios, rotura espontánea, o falla en los procedimientos de drenaje^(3,9,11,16).

El germe más frecuentemente encontrado es *E. coli*, seguido de *Streptococcus*, *Pseudomonas* y *Klebsiella*. El cultivo del material obtenido de los abscesos mostró en nuestro caso la presencia de *Staphylococcus aureus* como germe único. Esto se ha relacionado a niños con alteraciones inmunitarias de variada causa o que ingieren agentes inmunosupresores, hecho que no pudo confirmarse en este caso.

En cuanto al pronóstico, hay autores que mencionan una serie de elementos que se asocian a una evolución menos favorable con franco aumento de la morbilidad y mortalidad; se destacan la anemia, edad menor de dos años, enfermedad tumoral asociada, medio socioeconómico deficitario, shock séptico, origen biliar, abscesos múltiples, hemocultivos positivos e infección polimicrobiana^(1,3,6-8,10).

Afortunadamente, a pesar de que este niño tenía varios factores de riesgo (edad, mal medio socioeconómico, anemia, abscesos múltiples) presentó una buena evolución posoperatoria con una pronta recuperación y alta a los 13 días de su ingreso a nuestro centro.

El pronóstico antes de la era antibiótica era 77% de mortalidad⁽³⁾. Con drenaje y ATB la curación oscila entre 90-95%^(2,3,6,10).

Hemos realizado un control ecográfico a los 15 días del alta que no mostró alteraciones a nivel hepático.

Summary

The authors presents a case of an infant of 15 months with fever of 40°C, impaired, abdominal pain localized in right hemi abdomen.

There are few diagnostic hypotheses before the diagnostic hepatic abscess.

It is an odder disease in childhood but the actual treatment has improve the outcome and survival in children.

Key words: LIVER ABSCESS
ABDOMEN, ACUTE

Bibliografía

1. Seeto R, Rockey D. Pyogenic liver abscess: changes in etiology, management, and outcome. Medicine 1996; 75: 99-113.

2. **Sokol RJ, Narkewicz MR.** Liver and Pancreas. In: Hay W, Hayword AR, Levin MJ et al. Current Pediatric Diagnosis & Treatment. 15th ed. New York: Mc Graw Hill; 2001: 569-608.
3. **Pérez J, González J, Baldonado, et al.** Clinical course, treatment and multivariate analysis of risk factors for pyogenic liver abscess. Am J Surg 2001; 181: 177-86.
4. **Kumar A, Srinivasan S, Sharma AK.** Pyogenic liver abscess in children. South Indian experiences. J Pediatr Surg 1998, 33: 417-21.
5. **Moazam F, Nazir Z.** Amebic liver abscess spare the knife but save the child. J Pediatr Surg 1998; 33: 119.
6. **Gerzof S, Johnson W, Robbins A, et al.** Intrahepatic pyogenic abscesses: treatment by percutaneous drainage. Am J Surg 1985; 149: 487-94.
7. **Farges O, Leese T, Bismuth H.** Pyogenic liver abscess: an improvement in prognosis. Br J Surg 1988; 75: 862-5.
8. **Guthrie C, Banting S, Garden O, et al.** Segment IIIcholangiojejunostomy for palliation of malignant hilar obstruction. Br J Surg 1994; 81: 1639-41.
9. **Bertel C, Van Heerden J, Sheedy P.** Treatment of pyogenic hepatic abscesses: surgical vs percutaneous drainage. Arch Surg 1986; 121: 554-58.
10. **Pitt H, Zuidema G.** Factors influencing mortality in the treatment of pyogenic hepatic abscess. Surg Gynecol Obstet 1975; 140: 228-34.
11. **Miedema BW, Dineen P.** The diagnosis and treatment of pyogenic liver abscesses. Ann Surg 1984; 200: 328-35.
12. **Kandel G, Marcon NE.** Pyogenic liver abscess: New concepts of an old disease. Am J Gastroenterol 1984; 79: 65-71.
13. **Halvorsen R Jr, Foster W Jr, Wilkinson R Jr, et al.** Hepatic abscess: sensitivity of imaging tests and clinical findings. Gastrointest Radiol 1988; 13: 135-41.
14. **Branum G, Tyson G, Branum M, et al.** Hepatic abscess: changes in etiology, diagnosis and management. Ann Surg 1990; 212: 655-62.
15. **Frey CF, Zhu Y, Suzuki M , et al.** Liver abscesses. Surg Clin North Am 1989; 69: 259-71.
16. **Giorgio A, Tarantino L, Mariniello N, et al.** Pyogenic liver abscesses: 13 years of experience in percutaneous needle aspiration with US guidance. Radiology 1995; 195: 122-24.

Correspondencia: Dr Sergio Sauto. Av. Ricaldoni 2529/201. E mail Sauto@montevideo.com.uy