



P-112 - ABSCESO HEPÁTICO SECUNDARIO A APENDICITIS AGUDA

M.E. Pertejo Muñoz, I.S. Corrales Castillo, R. Ríos Blanco, V. Herrera Cabrera, B. Suárez Aliaga e I. Rodríguez Prieto

Hospital Infanta Cristina, Parla.

Resumen

Objetivos: Presentar un caso de absceso hepático como complicación de una apendicitis aguda.

Caso clínico: Paciente de 57 años que acude a Urgencias por dolor abdominal de 48 hrs de evolución en hipocondrio derecho irradiado a región inguinal derecha. En la exploración física Murphy negativo y Blumberg positivo. Puñopercusión renal derecha dolorosa. Se realiza Rx abdomen, que objetiva imagen calcificada en hipocondrio derecho compatible con vesícula en porcelana. La analítica de sangre muestra leucocitosis con neutrofilia y proteína C reactiva aumentada. Se solicita ECO abdominal que confirma vesícula en porcelana. En FID imagen compatible con apendicitis aguda con apendicolito en posición retrocecal. En TAC se confirman hallazgos. Se realiza apendicectomía laparoscópica, objetivando perforación puntiforme durante maniobra de agarre, con vertido de escaso material purulento, que se lava. Se deja drenaje y se mantiene antibioterapia mediante amoxicilina/clavulánico iv. El postoperatorio inmediato transcurrió sin incidencias, siendo retirado el drenaje al 3º día. El 5º día postoperatorio presentó pico febril. En TAC se objetiva en segmento 6 hepático imagen hipodensa de 5 × 4 cm, sugestiva de absceso hepático. Se inicia tratamiento con piperacilina/tazobactam 4 g iv y enoxaparina a dosis profiláctica, y se desestima punción percutánea por tamaño de la colección. Tras siete días de antibioterapia se realiza TAC de control, que objetiva colección de 2 × 2 cm. Se decide completar antibioterapia iv hasta 14 días, y tras analítica previa normal, se decide alta y completar antibioterapia vo mediante ciprofloxacino/metronidazol hasta un mes de tratamiento. El absceso hepático tras apendicitis aguda se considera secundario a pyleflebitis o trombosis infecciosa supurativa de la vena porta, complicación con importante morbilidad y mortalidad tras un cuadro de sepsis intraabdominal de cualquier origen. Se asocia con mayor frecuencia a diverticulitis y a infecciones en zonas adyacentes. Su diagnóstico ha aumentado en los últimos 15 años, debido al uso de técnicas de imagen. Su asociación a apendicitis aguda es muy poco frecuente. La etiología generalmente es multimicrobiana, sobre todo por *Bacteroides fragilis* y *Escherichia coli*. Generalmente se manifiesta por dolor abdominal moderado y fiebre. El método diagnóstico de elección es el TAC. El tratamiento se realiza mediante antibioterapia de amplio espectro, que se debe mantener de cuatro a seis semanas. Se debe plantear la posibilidad de drenaje percutáneo. Rara vez es necesario el drenaje quirúrgico.

Discusión: Se debe tener en cuenta la posibilidad de pyleflebitis como complicación de apendicitis aguda a pesar del tratamiento quirúrgico precoz y de la antibioterapia adecuada, que puede

presentarse de forma única o con desarrollo de un absceso hepático, y que se manifiesta sobre todo por la persistencia de dolor o fiebre.