



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-434 - ABSCESOS MULTIORGÁNICOS POR... ¿DIVERTICULITIS?

Velasco López, Rosalía; Sarmentero Prieto, José Carlos; Rodríguez López, Mario; Mambrilla Herrero, Sara; Bailón Cuadrado, Martín; Plúa Muñiz, Katherine; Gonzalo Martín, Marta; Pérez Saborido, Baltasar

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Resumen

Objetivos: Los abscesos hepáticos frecuentemente son secundarios a infecciones intrabdominales que alcanzan el hígado por la circulación portal. En otras ocasiones son debidos a infecciones de la propia vía biliar o tras una diseminación hematógena. Es el lugar más habitual de asiento de los abscesos viscerales, ocurriendo en 48% de las ocasiones, y afectándose principalmente el lóbulo hepático derecho, debido a su mayor aporte sanguíneo. Factores de riesgo como la diabetes, enfermedades hepato-bilio-pancreáticas, o factores geográficos, como los producidos por *K. pneumoniae* en el este asiático, se han sido descritos en su aparición.

Caso clínico: Varón, 63 años, con antecedentes de diverticulitis aguda abscesificada, tratada mediante drenaje percutáneo dos años antes, ingresa por fiebre de hasta 38 °C asociado a dolor lumbar de una semana de evolución. En el TAC se objetiva una colección hepática de 4 × 3 cm, en segmento VI. Dado el buen estado general del paciente, se decide instaurar tratamiento antibiótico empírico y realizar drenaje percutáneo de la lesión. Tras el mismo, el paciente comienza con un cuadro de somnolencia, agitación y deterior del nivel de conciencia, por lo que se solicita nuevo TAC, donde se diagnostica de múltiples abscesos cerebrales, uno de ellos abierto al ventrículo, así como de abscesos pulmonares. Se realiza drenaje abierto de los abscesos cerebrales y se modifica el tratamiento antibiótico en función del antibiograma. Se realizaron estudios microbiológicos y serológicos, incluyendo VIH, *E. histolytica*, y *T. pallidum*, para tratar de identificar el foco séptico de origen, resultando todos ellos negativos. Se realizó además una colonoscopia, observándose diverticulosis colónica pero sin signos de diverticulitis, mientras que el TAC y el enema opaco fueron más proclives a ese mismo diagnóstico. El paciente evolucionó muy lenta pero favorablemente, con desarrollo de miopatía de enfermo crítico que se encontraba en rehabilitación en el momento del alta, con ataxia de tronco y polineuropatía sensitivo-motora en extremidades inferiores como secuela.

Discusión: La diseminación hematógena como causa de abscesos cerebrales y pulmonares aparece más frecuentemente en pacientes inmunodeprimidos, así como los causados por patógenos oportunistas. El TAC con contraste es la principal herramienta diagnóstica, ya que la punción lumbar está contraindicada por la posibilidad de producir herniación cerebral. En él, se pueden observar lesiones rodeadas de un anillo que captan contraste y edema circundante. El tratamiento de la mayoría de los abscesos consiste en el drenaje de su contenido, de forma percutánea o abierta, tras realizar una toma de muestra para cultivo que permita guiar el tratamiento antibiótico empírico. La

cirugía sería útil en aquellos de mayor tamaño (> 5 cm), loculados, múltiples, o cuando sean refractarios o recidivantes. En nuestro caso, la ausencia de cultivos positivos, así como las contradicciones de las pruebas de imagen, hacen imposible un diagnóstico de certeza, pero el conjunto de los datos apuntan a una diverticulitis complicada con absceso (grado III), como causante del cuadro.