



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-169 - INFECCIÓN POR COVID 19 Y ABSCESO HEPÁTICO. ¿CASUALIDAD O RELACIÓN?

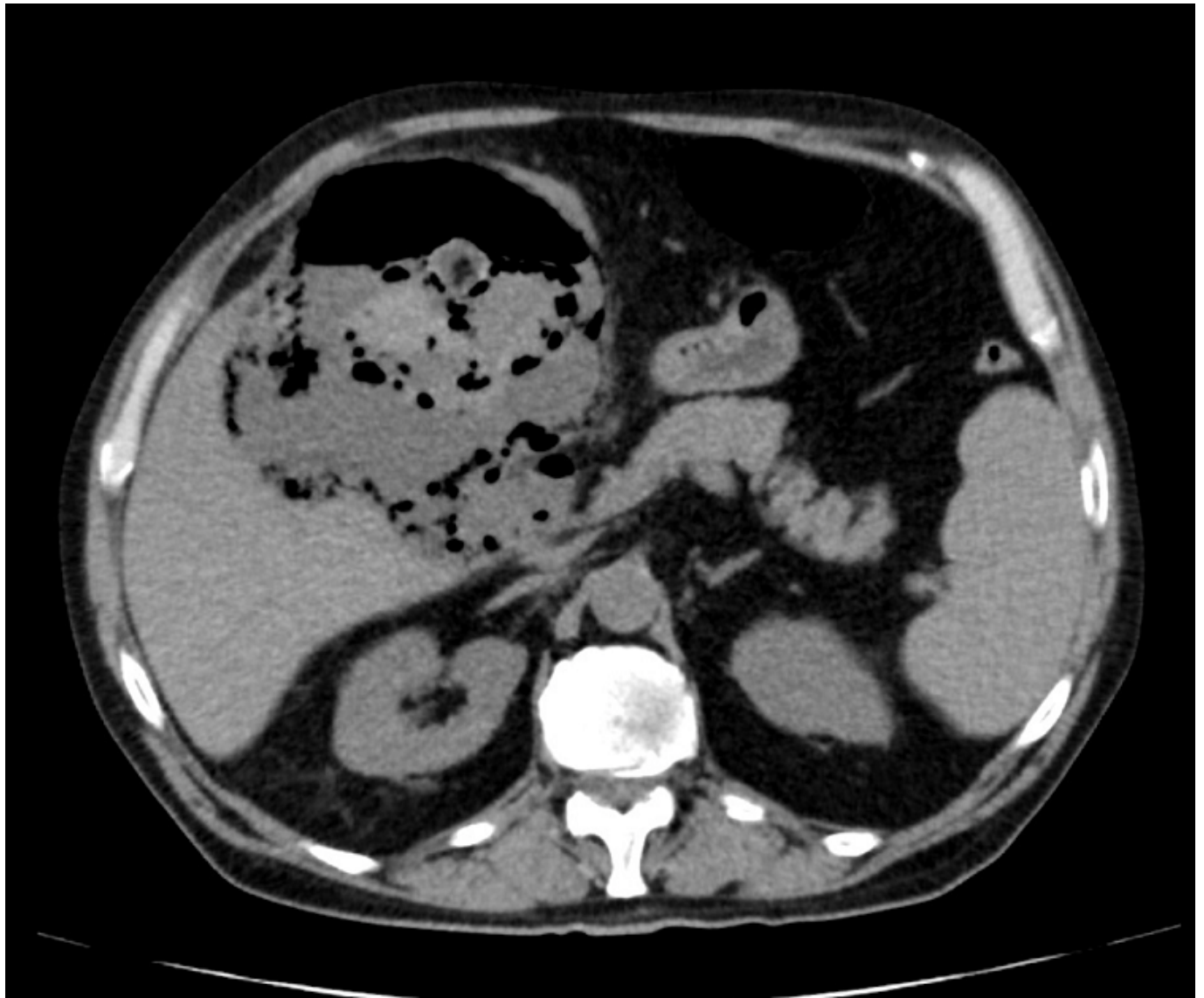
González Sierra, Begoña¹; Arteaga Peralta, Vladimir¹; de la Plaza Llamas, Roberto¹; Díaz Candelas, Daniel Alejandro¹; Picardo Gomendio, María Dolores¹; Medina Velasco, Aníbal Armando¹; Gemio del Rey, Ignacio Antonio¹; Ramia Ángel, José Manuel²

¹Hospital Universitario, Guadalajara; ²Hospital General Universitario, Alicante.

Resumen

Introducción: La enfermedad por coronavirus (COVID-19) es un reto al que nos enfrentamos por sus diversas implicaciones en la actividad quirúrgica. Presentamos el caso de un paciente con sepsis por absceso hepático, un germen de aparición infrecuente y COVID-19 positivo. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en PUBMED sin límites (FUSOBACTERIUM MORTIFERUM) AND ((SURGERY) OR (CHOLECYSTITIS) OR (LIVER) OR (COVID) OR (CORONAVIRUS)), obteniendo 8 artículos.

Caso clínico: Paciente de 67 años, con antecedentes de HTA, enolismo severo en abstinencia desde 2010, hipotiroidismo, miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica grave de ambos ventrículos. Arteria obtusa marginal revascularizada mediante *stent*, Cheyne-Stokes, desfibrilador automático por QRS estrecho e insuficiencia renal leve. Acude a urgencias por dolor en hipocondrio derecho (HCD), de 1 mes de evolución, intensificado en la última semana, asociado a vómitos, diarrea y anorexia. Niega fiebre. Refiere disnea con anosmia, de una semana de evolución. A la exploración física, disminución del nivel de consciencia, TA 90/60 mmHg, FC 102 lpm y abdomen doloroso a la palpación en HCD, con defensa. A la auscultación, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. En analítica, $19,90 \times 1.000/\mu\text{l}$ leucocitos, $17,80 \times 1.000/\mu\text{l}$ (89,5%) neutrófilos, PCR 158,3 mg/L y linfopenia $1,0 \times 1.000/\mu\text{l}$. Perfil hepático: ALT 349 U/L, AST 465 U/L, GGT 242 U/L, LDH-L 767 U/L fosfatasa alcalina 250 U/L, bilirrubina total 1,4 mg/dL (directa 0,9 mg/dL). PCR SARS Cov -2 positiva. En la radiografía de tórax, no se visualizan infiltrados. En TAC abdominopélvico, colección heterogénea de $118 \times 148 \times 134$ mm con gas en su interior que ocupa el hígado izquierdo, sin identificar la vesícula (fig.). No se evidencian alteraciones en parénquima pulmonar. Debido a las características del absceso, se realiza intervención quirúrgica urgente laparotómica, evidenciando absceso de $12 \times 13 \times 11$ cm (aprox. 60% del lóbulo hepático derecho con contenido hepatopurulento, litiasis, gas y vesícula biliar. Se realiza exéresis de vesícula, lavado y se deja drenaje tipo Blake. En cultivo crece un *Fusobacterium mortiferum* Es tratado con piperacilina-tazobactam, azitromicina e hidroxiclороquina. Alta el 9º día de ingreso hospitalario sin complicaciones (Clavien 0, CCI: 0).



Discusión: Las infecciones estrictamente anaerobias son infrecuentes, siendo características las infecciones mixtas. Las fusobacterias son bacilos anaerobios, que se encuentran en el tracto gastrointestinal, respiratorio y genital femenino, y son más virulentos que la mayoría de la flora anaeróbica. Pueden causar bacteriemia e infecciones rápidamente progresivas. El *F. mortiferum* es muy infrecuente y se asocia a casos de sepsis en pacientes inmunodeprimidos. No está descrito en la literatura mundial como causante de colecistitis aguda o absceso hepático. Es posible que el estado inmunológico del paciente se deteriorara al contraer la infección por coronavirus o, por el contrario, simplemente, se trata de dos sucesos concomitantes. No hemos encontrado en la literatura internacional correlación alguna. Podemos considerar la infección por fusobacterium como una colecistitis, en un paciente con infección por COVID-19, o pensar que la infección por COVID-19 tiene una implicación directa al provocar un estado de inmunosupresión. Futuros descubrimientos nos permitirán responder a estas cuestiones.