

Figura 1 – Tomografía computarizada abdominal.

reanimación: sepsis de origen abdominal, síndrome de distress respiratorio del adulto, por lo que precisó soporte ventilatorio de manera prolongada, e infección de la herida quirúrgica. Al alta completó 3 ciclos de tratamiento con albendazol. En las técnicas de imagen practicadas de control a los 3 meses se observó la persistencia de las lesiones quísticas.

La hidatidosis es una enfermedad endémica de zonas del Mediterráneo, América del Sur y Cercano Oriente. La clínica más frecuente es de dolor abdominal crónico, náuseas, vómitos e ictericia. Una de las mayores complicaciones es la perforación quística, con una incidencia, según las series, del 15-40% de los casos; es mucho más infrecuente (2-7%) su rotura hacia la cavidad peritoneal². La rotura generalmente se origina tras un traumatismo, aunque la perforación espontánea es posible y no siempre en relación con un factor precipitante, como en nuestro caso. La clínica de la perforación suele ser abdominal, con reacciones anafilácticas en menos del 1% de los casos³. Aunque la presentación como

abdomen agudo es rara, debe formar parte del diagnóstico diferencial de dolor abdominal en zonas endémicas como nuestro país. El tratamiento de la perforación quística debe ser siempre quirúrgico. Los fármacos antihelmínticos, como el albendazol a dosis de 10 mg/kg, administrados durante al menos 2 o 3 meses, suelen combinarse con el tratamiento quirúrgico para evitar recidivas⁴. La mortalidad que conlleva la perforación quística es mayor que en los casos sin perforación. Los abscesos intraabdominales, la infección piogénica de la cavidad quística, la fístula biliar y la infección de la herida quirúrgica son las complicaciones más frecuentes⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Karakaya K. Spontaneous rupture of a hepatic hydatid cyst into the peritoneum causing only mild abdominal pain: A case report. *World J Gastroenterol.* 2007;13:806-8.
2. El Malki HO, El Mejdoubi Y, Mohsine R, Ifrine L, Belkouchi A. Intraoperative perforation of hepatic hydatid cyst. *Gastroenterol Clin Biol.* 2006;30:1214-6.
3. Sozuer EM, Ok E, Arslan M. The perforation problem in hydatid disease. *Am J Trop Med Hyg.* 2002;66:575-7.
4. Agaoglu N, Turkyilmaz S, Arslan MK. Surgical treatment of hydatid cysts of the liver. *Br J Surg.* 2003;90:1536-41.
5. Mansari O, Zentar A, Sair K, Sakit F, Bounaim A, Janati IM. Peritoneal hydatid cysts. Apropos of 12 cases. *Ann Chir.* 2000;125:353-7.

Arancha Rodríguez Conesa* y Eva Cambler Suárez

Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Xeral Calde, Lugo, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aranchaconesa@yahoo.es (A. Rodríguez Conesa).

doi:10.1016/j.ciresp.2008.12.020

Absceso hepático amebiano autóctono

Indigenous amoebic hepatic abscess

Nos parece interesante incluir un caso nuevo de absceso hepático amebiano «autóctono», tanto por lo inusual en nuestro medio como por los pocos casos de tratamiento quirúrgico comunicados^{1,2}, que sin ser el tratamiento de elección³ nos ha llevado por las características específicas del caso a la necesidad de intervención quirúrgica⁴.

La amebiasis es una parasitosis intestinal producida por el protozoo *Entamoeba histolytica*, endémica en gran parte de Asia, Centro y Sudamérica, y África. En nuestro medio, la mayor parte de los casos se dan en la población inmigrante, axial y en

ciudadanos nativos que viajan a zonas endémicas, y afecta principalmente a varones y a adultos jóvenes. El hombre es el principal reservorio y el mecanismo de transmisión más frecuente es el fecooral. Puede estar presente en el intestino y permanecer asintomático (90% de los casos), o ser altamente virulento e invasivo según el grado de inmunocompetencia del paciente, con afectación local (colitis amebiana) o afectación extraintestinal; la más frecuente es la afectación hepática (lóbulo hepático derecho)⁵ por vía portal, y produce trombosis venosa con necrosis que constituirán la cavidad del absceso.

Nuestro caso se trata de un varón de 32 años residente en la provincia de Orense que no refiere viajes al extranjero ni contactos con personas de áreas endémicas.

No presenta antecedentes de interés ni enfermedades concomitantes.

Acude al Servicio de Urgencias con cuadro de malestar general, fiebre elevada, molestias abdominales, vómitos y deterioro del estado general de 4 días de evolución. No refiere ictericia ni alteraciones del hábito intestinal. En el ingreso presenta una temperatura de 38,8 °C, presión arterial de 110/60 de mmHg y auscultación cardiopulmonar normal; destacan en la exploración abdominal distensión, dolor difuso con exacerbación a la palpación en el hipocondrio derecho, signo de Murphy positivo y efecto masa en esa zona sin signos de peritonitis generalizada.

Como pruebas complementarias, en el ingreso se realiza una analítica en la que destaca recuento de leucocitos de $22,8 \times 10^9/l$, con un 84,8% de neutrófilos, sin eosinofilia ni anemia. La bioquímica sanguínea es normal, salvo por una leve elevación de la aminotransferasa glutamicoxalacética, la aminotransferasa glutámico pirúvica y la gammaglutamil transpeptidasa.

En ecografía abdominal se encuentra una masa hepática en el segmento medial de lóbulo hepático izquierdo (LHI), en contacto con la parte medial de la vesícula biliar, de 100 mm de diámetro mayor, bien delimitado, homogéneo e hipoecóico. Como posibilidades diagnósticas se ofrecen absceso, tumor primario o tumor metastásico.

Ingresa en Servicio de Digestivo y se le administra tratamiento con imipenem.

A las pocas horas del ingreso se realiza una tomografía computarizada (TC) abdominal con contraste intravenoso (i.v.) y se evidencia una colección abscesificada en el LHI de 110 x 90 mm con un ribete que no realza con contraste y con impronta en el hilio hepático, lo que ocasiona una moderada dilatación de la vía biliar intrahepática. Se coloca un drenaje percutáneo y se remiten muestras para microbiología y citología (fig. 1).

Asimismo, se solicitan hemocultivos, coprocultivos y pruebas serológicas protocolizadas, incluido *E. histolytica*.

Tras 24 h el paciente continúa con fiebre, leucocitosis y tendencia a la hipotensión; el drenaje por catéter percutáneo es poco productivo y viscoso. Se consulta al Servicio de Cirugía y, dado el estado séptico del paciente, se decide realizar una intervención quirúrgica urgente. Mediante el abordaje subcostal derecho se evidencia una protrusión del absceso a tensión en el LHI. Se toman muestras para cultivo del líquido libre intraabdominal (aspecto seroso) y del contenido del absceso; se procede a su drenaje tras un aislamiento meticuloso de éste, de donde se extraen unos 400 cm³ de material purulento oscuro. Asimismo, se envía una muestra de la cápsula del absceso a Anatomía Patológica. Finalmente se colocan 2 drenajes, uno en la cavidad de absceso y otro subhepático.

En el postoperatorio inmediato el enfermo mejora en su estado general, está afebril, con buenas constantes y drenajes productivos.

Los resultados serológicos dan positivo para *E. histolytica* con técnicas de inmunofluorescencia indirecta: inmunoglobulina IgG de 1/5.120, IgM de 1/160; el resto de las determi-

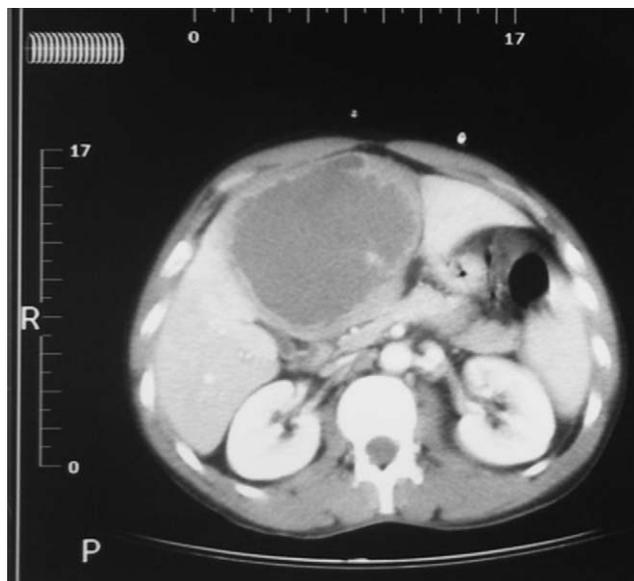


Figura 1 – Absceso en el lóbulo hepático izquierdo, en donde se pueden apreciar las dimensiones del absceso y la radiopacidad del drenaje percutáneo.

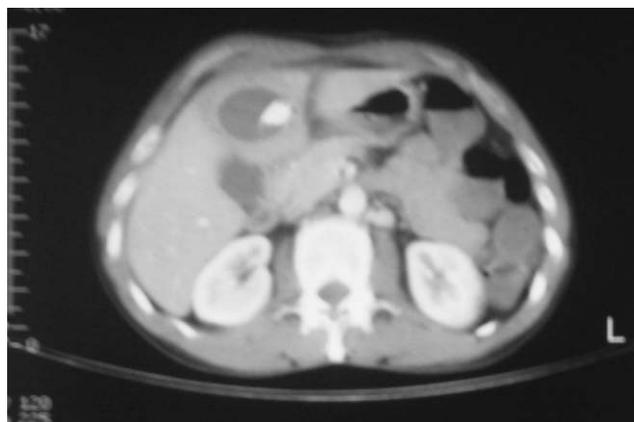


Figura 2 – Disminución importante del absceso tras cirugía con drenaje en la cavidad.

naciones serológicas para hidatidosis, *Brucella*, *Rickettsia*, *Coxiella* y *Salmonella* son negativas, así como los hemocultivos y coprocultivos. El cultivo del contenido quístico es estéril y el estudio anatomopatológico de la pared del quiste muestra muestra fibrina con abundantes polimorfonucleares, sin granulomas ni parásitos.

Una vez diagnosticado el enfermo de absceso hepático amebiano, se le administra tratamiento antibiótico con metronidazol (750 mg) i.v. cada 8 h (tratamiento primario de elección) y paranimicina (500 mg) por vía oral cada 12 h. La duración del tratamiento es de un total de 3 semanas.

La evolución del enfermo es favorable; se realiza en el postoperatorio una colangiografía magnética para valoración de la vía biliar sin detectarse alteraciones

En sucesivas TC de control se aprecia la disminución progresiva del absceso (fig. 2). Los drenajes se retiran sucesivamente a los 7 y 14 días.

Cuando se da el alta hospitalaria al paciente, está asintomático.

Tras un año de seguimiento por parte de Medicina Interna y Cirugía en consultas externas, al paciente se le da el alta.

Ante un absceso hepático en un paciente autóctono debemos tener en cuenta la amebiasis, todavía infrecuente en nuestro medio, pero con número de casos en aumento. En España, el número de casos notificados según fuentes del Boletín Epidemiológico del Centro Nacional de Epidemiología entre los años 1999 y 2007 fue de 165, número menor al real si consideramos que la amebiasis no se encuentra dentro de las enfermedades de declaración obligatoria. Aunque la intervención quirúrgica no es el tratamiento de elección, en nuestro caso, dado el estado séptico del paciente tras el tratamiento antibiótico de amplio espectro y el drenaje percutáneo⁶ junto con el gran tamaño del absceso y su localización en el LHI con el consiguiente riesgo de rotura a pericardio^{7,8}, consideramos indicado el tratamiento quirúrgico y el establecimiento posterior, una vez identificado el agente, del tratamiento específico⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz de Gopegui E, Serra T, Leyes M, Delibes C, Salvá F, Pérez JL. Absceso hepático amebiano: observaciones sobre siete pacientes. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2004;22:526-8.
2. Díaz-González E, Manzanedo-Terán B, López-Vélez R, Drona F. Absceso hepático amebiano autóctono: caso clínico y

revisión de la literatura médica. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2005;23:179-82.

3. Khanna S, Chaudhary D, Kumar A, Vij J. Experience with aspiration in cases of amebic liver abscess in an endemic area. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2005;24:428-30.
4. Randall Radin D, Ralls PW, Colletti PM, Halls JM. CT of amebic liver abscess. *AJR.* 1988;150:1297-301.
5. Mortelé KJ, Segatto E, Ros PR. The infected liver. Radiologic-pathologic correlation. *Radio Graphics.* 2004;24:937-55.
6. Ortiz Sanjuán MO, Devesa Jordá F, Ferranco Ginestar J, Ferrando I, Borghol A, Gutiérrez J. Absceso hepático amebiano: ¿tratamiento farmacológico o punción-aspiración? *Gastroenterol Hepatol.* 2007;30:399-401.
7. Severi C, Zippi M, Baccini F, Gentile G, Bezzi M, Fiocca F, et al. Amebic liver abscess, Mirizzi syndrome, and acute hepatic failure. *Digestive Disease and sciences.* 2004;49.
8. Nushijima Y, Ishida H, Watanabe Y, Nakaguchi K, Nakanishi K, Hoshida Y, et al. Amebic liver abscess rupturing into the lesser omentum space. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2006;13:252-5.
9. Akgun Y, Tacyildiz I, Celik Y. Amebic liver abscess: Changing trends over 20 years. *World J Surg.* 1999;23:102-6.

Isabel Martínez Lema*, Alejo Fernández Muinelo, José María Couce Santiago, David Iglesias Diz y Francisco José Gómez Lorenzo

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: iml66@hotmail.com (I. Martínez Lema).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.04.013

Linfangioma quístico cervical en el adulto

Cervical cystic lymphangioma in adults

El estudio diagnóstico de una masa cervical varía en los pacientes pediátricos respecto a los adultos, sobre todo por las diferencias en la etiología. En el caso de los niños, generalmente corresponden a procesos inflamatorios (infección vírica de vías respiratorias altas, adenitis bacteriana, escrófula o tuberculosis, enfermedad de arañazo de gato) o a anomalías congénitas (linfangiomas, quistes dermoides, etc.). Menos del 10% de las masas cervicales pediátricas persistentes que se extirpan son malignas, sin embargo, pueden llegar al 80% en los adultos. La localización exacta orienta en el diagnóstico: las masas de línea media son quistes de conducto tirogloso, nódulos tiroideos, lipomas, tumores dermoides, etc., mientras que las masas laterales son ganglios benignos o malignos aumentados de tamaño, glomus carotídeo, linfangiomas, quistes branquiales o sebáceos, etc.

El linfangioma es una enfermedad rara, benigna, que comprende afectaciones congénitas y adquiridas de los vasos linfáticos. Se piensa que representan segmentos aislados y

secuestrados del sistema linfático que mantienen la capacidad de producir linfa; a medida que aumenta el volumen de ésta, se produce el crecimiento del tumor. Una gran parte de los linfangiomas está presente en el momento del nacimiento y se llega a identificar hasta un 95% dentro de los 2 primeros años de vida.

Presentamos el caso de una mujer de 77 años, sin alergias medicamentosas y con antecedentes de hipertensión arterial e intervención de prolapsos uterino. Acude a nuestras consultas porque nota desde hace 6 meses un bulto indoloro en el cuello, de crecimiento lento pero constante. No cuenta disfonía, disnea ni disfagia. En la exploración se aprecia una tumoración en la región posterolateral del cuello, de unos 12 cm de diámetro, blanda, de compresión fácil, indolora y no pulsátil. La piel que lo recubre no muestra alteraciones y las cifras analíticas son normales, con marcadores negativos. Se realiza tomografía computarizada (TC) que informa de «tumor cervical multiloculado con contenido líquido, homogéneo, sin infiltrar estructuras vasculares ni musculares». El