



Hepatectomía derecha y hemicolectomía derecha por necrosis hepática y perforación cólica causadas por *Entamoeba histolytica*

Right hepatectomy and right hemicolectomy for liver necrosis and colonic perforation caused by *Entamoeba histolytica*

Entamoeba histolytica es un protozoo que se transmite por vía fecal-oral en zonas de elevada incidencia como Asia, Sudáfrica, Sudamérica o Centroamérica. Las amebas invaden la pared cólica y puede dar desde casos asintomáticos pasando por colitis invasiva e incluso afectación pleural, cardíaca, cerebral o hepática¹, siendo la afectación hepática la manifestación extracólica más frecuente. No obstante, menos de un tercio de los pacientes con amebiasis invasiva presentan concomitantemente colitis y absceso hepático². Cuando afecta al hígado suele presentarse como absceso único, frecuentemente en el lóbulo hepático derecho. Los abscesos amebianos se caracterizan por tener un importante poder necrosante, existiendo el riesgo de rotura a cavidad abdominal, pleura o pericardio. El diagnóstico de confirmación se realiza con pruebas serológicas como ELISA y PCR (positivas en más del 90% de los casos), la detección de antígenos en heces o el análisis microbiológico del tejido afecto, este último de baja sensibilidad³. La ecografía y la tomografía computarizada (TC) pueden apoyar la sospecha diagnóstica y aportar información en caso de complicaciones.

Presentamos el caso de un varón de 39 años sin antecedentes de interés (sin hepatopatía y con serologías de hepatitis negativa), y sin viajes recientes al extranjero, que acudió a Urgencias de otro centro por dolor en hipocondrio derecho de una semana de evolución y fiebre de hasta 39 °C, sin diarreas ni otra clínica acompañante. Se cursaron hemocultivos y se realizó una ecografía abdominal que mostró un absceso en el segmento VII hepático de 32 × 23 mm. Dado que el paciente carecía de antecedentes epidemiológicos se orientó inicialmente como absceso piógeno y se inició tratamiento antibiótico empírico con Piperacilina/Tazobactam.

A las 48 horas se realizó una TC abdominal que objetivó un aumento de tamaño del absceso (54 × 41 mm), por lo que se realizó drenaje percutáneo. Por cuadro de abdomen agudo se repitió la TC abdominal mostrando un crecimiento del absceso (130 × 95 mm) (fig. 1), así como distensión del colon ascendente y transverso, y líquido libre sin neumoperitoneo. Se decidió intervenir de urgencia hallándose una perforación en colon ascendente, por lo cual se realizó una hemicolectomía derecha con ileostomía terminal y fístula mucosa, así como drenaje quirúrgico del absceso hepático. Durante el postoperatorio presentó fallo multiorgánico e insuficiencia hepática, por lo que se decidió realizar una nueva cirugía en la que se evidenció necrosis en los segmentos hepáticos V, VI y VII, realizándose necrosectomía y colocación de drenajes en el lecho del absceso hepático. Aunque los hemocultivos iniciales fueron negativos, durante el ingreso se cursaron nuevos hemocultivos y cultivos de muestras intraoperatorias donde crecieron *E. faecium* y *Candida* spp. La serología

para *E. histolytica* además resultó positiva. Con todo ello se modificó el tratamiento a Meropenem y se añadió Metronidazol, Fluconazol y Vancomicina. Dado que persistía la situación de fallo multiorgánico se decidió trasladar al paciente a nuestro centro para valoración por el equipo de Cirugía Hepatobiliopancreática. Se indicó una nueva cirugía urgente en la que se realizó de nuevo necrosectomía hepática derecha y cierre temporal de la pared abdominal. Posteriormente el paciente presentó tendencia a la estabilización, lo cual permitió intervenir de nuevo al paciente completándose la hepatectomía derecha extendida al segmento IVb por necrosis hepática extensa (fig. 2), así como proceder al cierre de pared. Se descartó la reconstrucción del tránsito en ese momento dada la situación de sepsis. Durante el postoperatorio presentó mejoría del cuadro séptico con lenta recuperación de la función hepática, y se administró Paromomicina como tratamiento erradicador. El análisis microbiológico de la pieza quirúrgica de colon y del absceso hepático fue positivo para *E. histolytica*. El paciente continúa vivo, asintomático y con correcta función hepática un año después.

A pesar de que el 90% de los abscesos hepáticos son de origen piógeno, no hay que olvidar que el 10% restante son de origen amebiano y que a pesar de que los casos de amebiasis presentan baja incidencia en nuestro país, cada vez son más frecuentes los casos autóctonos. Por ello, ha de tenerse en cuenta en el estudio inicial de todo absceso hepático, especialmente si se trata de un absceso único en lóbulo hepático derecho, presenta cultivos negativos y no mejora con antibioterapia empírica⁴.



Figura 1 – TC abdominal que muestra el tamaño del absceso hepático (130 × 95 mm) ocupando casi la totalidad del hígado derecho antes de la primera intervención quirúrgica realizada.

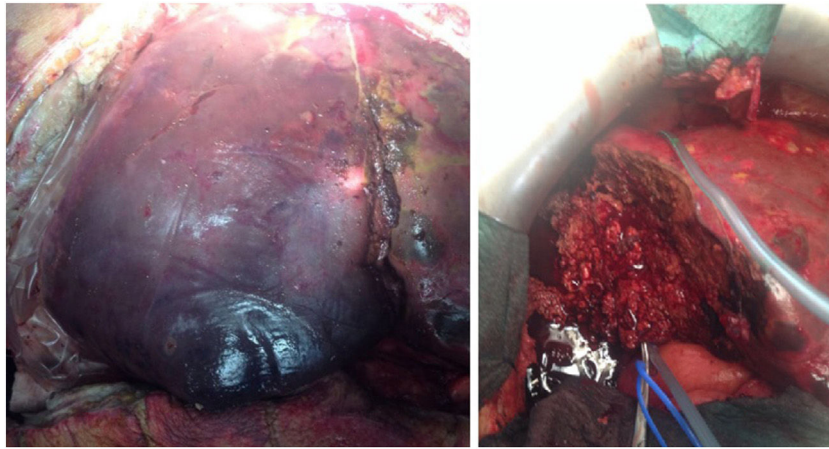


Figura 2 – Imagen intraoperatoria de la última intervención quirúrgica donde se realizó necrosectomía hepática extensa completando la hepatectomía derecha.

Sin tratamiento, la mortalidad es muy elevada, pero con un adecuado tratamiento la tasa de curación supera el 90%². El manejo del absceso amebiano se basa fundamentalmente en el tratamiento antibiótico con Metronidazol, seguido de un amebicida luminal; no obstante, la evolución hacia una sepsis grave intraabdominal, que frecuentemente asocia sobreinfección bacteriana como en este caso, puede requerir una cirugía urgente para controlar el foco séptico^{5,6}. El drenaje percutáneo o quirúrgico está indicado solo si el absceso es refractario a tratamiento médico, es mayor de 5 cm, se localiza en lóbulo hepático izquierdo, presenta rotura con extensión a cavidad peritoneal, pericárdica o pleural o hay dudas de su etiología⁷⁻⁹. Se consideran factores de mal pronóstico la presencia de hiperbilirrubinemia, desnutrición, abscesos de gran tamaño o múltiples o la presencia de afectación del sistema nervioso central^{3,10}.

Es importante que el cirujano conozca los marcadores biológicos de sepsis grave para elegir el momento y el tipo de intervención más adecuado. Estos casos a su vez requieren de un manejo multidisciplinar que frecuentemente motiva derivar estos pacientes a centros de tercer nivel para un óptimo manejo y control evolutivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mortimer L, Chadee K. The immunopathogenesis of *Entamoeba histolytica*. *Exp Parasitol*. 2010;126:366–80. <https://doi.org/10.1016/j.exppara.2010.03.005>.
2. Ralston KS, Petri WA Jr. Tissue destruction and invasion by *Entamoeba histolytica*. *Trends Parasitol*. 2011;27:254–63. <https://doi.org/10.1016/j.pt.2011.02.006>.
3. Salles JM, Salles MJ, Moraes LA, Silva MC. Invasive amebiasis: An update on diagnosis and management. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2007;5:893–901.
4. Sánchez-Pobre P, Salto E, Sanjuán R, Ibero C, Masedo A, Solís Herruzo JA. Absceso hepático amebiano sobreinfectado sin

antecedentes epidemiológicos. *Rev Esp Enferm Dig*. 2004;96:796–800.

5. Pritt BS, Clark CG. Amebiasis. *Mayo Clin Proc*. 2008;83:1154–9. <https://doi.org/10.4065/83.10.1154>.
6. Gonzales ML, Dans LF, Martinez EG. Antiamoebic drugs for treating amoebic colitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;15:CD006085. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006085.pub2>.
7. Archampong EQ, Clark CG. Surgical problems in amoebiasis. *Ann R Coll Surg Engl*. 1973;52:36–48.
8. Nisheena R, Ananthamurthy A, Inchara YK. Fulminant amoebic colitis: A study of six cases. *Indian J Pathol Microbiol*. 2009;52:370–3. <https://doi.org/10.4103/0377-4929.54997>.
9. Cai YL, Xiong XZ, Lu J, Cheng Y, Yang C, Lin YX, et al. Percutaneous needle aspiration versus catheter drainage in the management of liver abscess: A systematic review and meta-analysis. *HPB (Oxford)*. 2015;17:195–201. <https://doi.org/10.1111/hpb.12332>.
10. Haque R, Huston CD, Hughes M, Houpt E, Petri WA Jr. Amebiasis. *N Engl J Med*. 2003;348:1565–73. <https://doi.org/10.1056/NEJMra022710>.

Mónica Serrano*, Laura Lladó, Emilio Ramos, Sandra Lopez-Gordo y Alejandro Bravo

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante, Servicio de Cirugía, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: m.serrano.navidad@gmail.com (M. Serrano).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2018.10.012>
0009-739X/

© 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.