

# Síndrome febril tras traumatismo abdominal cerrado

Arturo Artero, Juan José Camarena<sup>a</sup>, Marta Jordán, M<sup>a</sup>José Ruiz<sup>a</sup>, Rogelio Vicente y José Miguel Nogueira<sup>a</sup>

Servicios de Medicina Interna y <sup>a</sup>Microbiología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

## Caso clínico

Paciente varón de 40 años de edad, profesor de artes marciales, que ingresó en nuestro hospital por presentar cuadro de febrícula y anorexia seguido de picos febriles de 40°C con escalofríos y pérdida de 5 kg de peso de 2 semanas de evolución. Una semana antes de iniciarse los síntomas había recibido un fuerte traumatismo abdominal en hemiabdomen derecho en un combate. El paciente no tenía enfermedades de base, no había viajado recientemente al extranjero, ni refería contacto con animales.

En la exploración física se objetivó fiebre de 40°C y hepatomegalia no dolorosa a 3 cm del reborde costal. No se palpaban adenopatías periféricas ni esplenomegalia, y tanto la auscultación cardiopulmonar como el resto de las exploraciones fueron completamente normales.

Los estudios de laboratorio mostraron: leucocitosis con neutrofilia (leucocitos  $14,9 \times 10^9$  neutrófilos 93%), anemia normocítica normocrómica (hemoglobina [Hb] 11 g/dl), trombocitopenia moderada (plaquetas  $83 \times 10^9/l$ ) hipertransaminasemia con patrón de colestasis (GOT 40 UI/l, GPT, 66 UI/l, GGT 186 UI/l, fosfatasas alcalinas 525UI/l, bilirrubina total 2,69 mg/dl y bilirrubina directa 1,99 mg/dl), hipoalbuminemia (albúmina 2,43 mg/dl) y elevación de los reactantes de fase aguda (fibrinógeno de 905 mg/dl, velocidad de sedimentación globular [VSG] 83 mm). También presentaba moderada alteración de la función renal (urea 120 mg/dl, creatinina 2,5 mg/dl). En la tomografía axial computarizada (TAC) abdominal se objetivó hepatomegalia con múltiples lesiones hipodensas, diseminadas en ambos lóbulos hepáticos de hasta 2 cm de diámetro con discreta captación de contraste en la periferia (fig. 1).

## Evolución

En la punción aspiración con aguja fina (PAAF) de una de las lesiones se obtuvo un material purulento en el que se observaron abundantes leucocitos polimorfonucleares y bacilos gramnegativos, con crecimiento, en medios incu-

bados en anaerobiosis, de *Bacteroides* spp. En una serie de tres hemocultivos tomados en el momento del ingreso se aislaron dos tipos de bacilos gramnegativos anaerobios estrictos, que se identificaron como *Bacteroides* grupo no *fragilis* y *Fusobacterium necrophorum*, ambos resistentes a penicilina.

El paciente fue tratado con metronidazol, gentamicina y cefotaxima por vía endovenosa durante 5 semanas y posteriormente con metronidazol y ciprofloxacino hasta completar 3 meses de tratamiento, quedando asintomático y obteniéndose la normalización de las pruebas hepáticas y de la función renal, así como la resolución de las imágenes de la TAC al cabo de un año. Se realizó estudio baritado de intestino delgado y enema opaco, no encontrándose el origen del foco séptico.

## Diagnóstico

Abscesos hepáticos múltiples por anaerobios secundarios a traumatismo abdominal cerrado.

## Comentario

El absceso hepático piógeno es una entidad de baja incidencia con tasas inferiores al 0,02% de los ingresos hospitalarios. Suele constituirse por extensión bacteriana local a partir de un foco séptico en la cavidad abdominal y con menor frecuencia por diseminación hematogénea. Los microorganismos identificados con mayor frecuencia son las enterobacterias (*Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*), los microorganismos anaerobios (*Peptostreptococcus* spp., *Bacteroides* spp., *Fusobacterium* spp. y *Clostridium* spp.) y estreptococos del grupo D y alfa-hemolíticos<sup>1-3</sup>.



Figura 1.

Correspondencia: Dr. A. Artero Mora.  
Servicio de Medicina Interna.  
Hospital Universitario Dr. Peset.  
Av. Gaspar Aguilar nº 90.  
46017 Valencia.

Manuscrito recibido el 23-5-2000; aceptado el 26-7-2000.

*Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001; 19: 343-344

Entre los procesos que más frecuentemente preceden a su formación se incluyen en primer lugar la patología del árbol biliar<sup>1</sup>, seguido de la patología duodeno-pancreática y apendicular. Además hay que tener en cuenta un número significativo de pacientes sin factores predisponentes que han sido diagnosticados de absceso hepático criptogénico<sup>2-5</sup>. El traumatismo abdominal cerrado se ha considerado como un posible factor predisponente menos frecuente<sup>4,5</sup>. La razón por la que no se haya establecido como causa importante de absceso piogénico es el escaso número de casos recogidos<sup>2</sup>. En lo que respecta a su patogenia se ha especulado que tras un trauma cerrado en hemiabdomen derecho es habitual la formación de un hematoma o área de contusión hepática. Simultáneamente se produciría una bacteriemia de origen intestinal que vía portal o a través de la arteria hepática colonizaría el área de la lesión, desarrollándose en ella<sup>3</sup>. El hematoma constituiría un medio de cultivo óptimo para el desarrollo de anaerobios o de una flora mixta<sup>4</sup>.

Las bacterias responsables de los abscesos hepáticos piógenos se han recuperado en su mayor parte en cultivo de pus de los abscesos y en menor medida a partir de los hemocultivos<sup>1</sup>. Predominan las infecciones polimicrobianas, con un número medio de microorganismos de 2,4 por caso<sup>2</sup>. El desarrollo de las técnicas de imagen ha mejorado el pronóstico de esta enfermedad ya que permiten un diagnóstico precoz y son de gran ayuda en el tratamiento. En cuanto a éste, el drenaje percutáneo bajo control ecográfico asociado a antibioticoterapia empírica precoz se considera el tratamiento de elección por algunos autores<sup>7</sup>, mientras que otros propugnan el uso exclusivo de antibióticos según diferentes pautas<sup>6</sup>.

Es verosímil que parte de los abscesos hepáticos criptogénicos tengan un origen en un traumatismo abdominal cerrado que no se ha tenido en cuenta. Esto podría deber-

se a que este tipo de paciente, tras ser examinado inicialmente, suele ser dado de alta una vez descartada lesión en la cavidad abdominal. En los días siguientes el dolor mejora con el tratamiento analgésico, pero al mismo tiempo, sobre el área hepática contusa se desarrolla el absceso. Semanas más tarde se inicia el síndrome febril asociado a otros síntomas, por lo que el paciente vuelve a ser estudiado, y al diagnosticarse el absceso se cataloga de criptogénico<sup>4</sup>. Por otra parte el antecedente del traumatismo puede ser obviado por el propio paciente en la anamnesis, debido al lapso de tiempo transcurrido hasta el inicio de los síntomas, así como por la inespecificidad de éstos.

Queremos recalcar la importancia de hacer hincapié en este antecedente ante todo paciente con sospecha de absceso hepático, o diagnosticado de absceso hepático criptogénico. Además, en los pacientes que hayan sufrido un traumatismo abdominal y que posteriormente presenten un cuadro febril debe considerarse la posibilidad de absceso hepático.

#### Bibliografía

1. Jiménez E, Tiberio G, Sánchez J, Jiménez FJ, Jiménez G. Abscesos hepáticos piógenos: experiencia de 16 años en su diagnóstico y tratamiento. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1998; 16: 307-311.
2. Brook I, Frazier EH. Microbiology of liver and spleen abscesses. *J Med Microbiol* 1998; 47: 1.075-1.080.
3. Corbella X, Vadillo M, Torras J, Pujol M, Rafecas A, Gudiol F. Presentación, diagnóstico y tratamiento del absceso hepático piógeno: análisis de una serie de 63 casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1995; 13: 80-84.
4. Eng RH, Tecson-Tumang F, Corrado ML. Blunt trauma and liver abscess. *Am J Gastroenterol* 1981; 76: 252-255.
5. Nachman S, Kaul A, Li KL, Silim MS, San Filippo JA, Van Horn K. Liver abscess caused by *Clostridium bifermentans* following blunt abdominal trauma. *J Clin Microbiol* 1989; 27: 1.137-1.138.
6. Segura F, Cervantes M, Ormaza J, Noguera A. Abscesos hepáticos. Tratamiento médico. *Med Clin (Barc)* 1989; 92: 597-598.