

Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Lesiones ocupantes de espacio hepáticas en paciente diabético

Hepatic space occupying lesions in a diabetic patient

Elisabet Delgado-Sánchez^{a,*}, Pablo Roig-Rico^a, Pedro Antequera-Rodríguez^b y Pedro Jesús Esteve-Atiénzar^a

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España

^b Servicio de Microbiología, Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España

Caso clínico

Varón de 73 años con antecedentes de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y diabetes tipo 2 insulino dependiente. Ingresó por presentar cuadro constitucional de varias semanas de evolución, sin fiebre ni clínica infecciosa y mal control de su diabetes desde el inicio de los síntomas. No refería clínica gastrointestinal previa.

A la exploración solo destacaba una hepatomegalia de 2 cm. La analítica de sangre mostró leucocitosis (12.400/ μ l) con desviación izquierda (81,2% de neutrófilos), Hb 12,3 g/dl, índice de Quick 49%, glucosa 439 mg/dl, Cr 1,5 mg/dl, PCR 15,43 mg/dl, AST 44 U/l, ALT 26 U/l, GGT 536 U/l, FA 261 U/l, LDH 126 U/l, ferritina > 2.000 mg/dl, IST 101,84%. La ecografía abdominal informó de múltiples lesiones ocupantes de espacio hepáticas de pequeño tamaño y distribución uniforme, vesícula distendida con microlitiasis (fig. 1). Se practicó tomografía computarizada abdominopélvica que mostró múltiples lesiones hipodensas en hígado, vesícula hídrica de paredes edematosas, hallazgos en probable relación con proceso infeccioso vesicular y abscesos hepáticos sin poder descartar metástasis (fig. 2).

Evolución

Se realizó PAAF bajo control ecográfico, obteniendo material de aspecto purulento que se remitió a microbiología y anatomía patológica. La tinción de Gram del material aspirado mostraba la presencia de abundantes leucocitos y ausencia de microorganismos. Tras 24 h de incubación no se detectó crecimiento bacteriano en agar sangre, agar chocolate, agar MacConkey ni agar CNA incubados en una atmósfera de CO₂ al 5%. Tampoco hubo crecimiento a las 48 h. Se realizó pase del medio líquido de enriquecimiento (tioglicolato) a los medios habituales. En agar sangre y agar chocolate crecieron colonias planas y pequeñas no hemolíticas tras 48 h de incubación. El microorganismo se identificó



Figura 1. Ecografía hepática.

como *Yersinia enterocolitica* mediante el sistema semiautomatizado MicroScan walkAway (Siemens Healthcare Diagnostics). El microorganismo resultó sensible a amoxicilina/ácido clavulánico (CMI \leq 8/4), cefuroxima (CMI \leq 4), cefotaxima (CMI \leq 1), imipenem (CMI \leq 1), gentamicina (CMI \leq 2), tobramicina (CMI \leq 2), ciprofloxacino (CMI \leq 0,5) y cotrimoxazol (CMI \leq 2/38), y mostró resistencia a ampicilina (CMI > 16) y cefazolina (CMI > 16). No se identificó el serogrupo. Se inició tratamiento empírico con ertapenem 1 g i.v. diario durante 7 días, con mejoría clínica y analítica. Posteriormente se cambió por ciprofloxacino 750 mg cada 12 h por vía oral, 4 semanas más, con desaparición de las lesiones. Se solicitó estudio genético de la hemocromatosis, resultando homocigoto para la mutación C282Y del gen HFE, cromosoma 6.

Comentario

Y. enterocolitica es un cocobacilo gramnegativo no esporulado perteneciente a la familia *Enterobacteriaceae* y con vía de transmisión fecal-oral; se aísla a nivel gastrointestinal produciendo ileítis terminal, adenitis mesentérica y rara vez causa trastornos extraintestinales como abscesos hepáticos o esplénicos¹. Con frecuencia las bacteriemias por *Y. enterocolitica* se producen en personas con depósitos de hierro aumentados (hemocromatosis, anemia drepa-

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elis.ds@hotmail.com (E. Delgado-Sánchez).

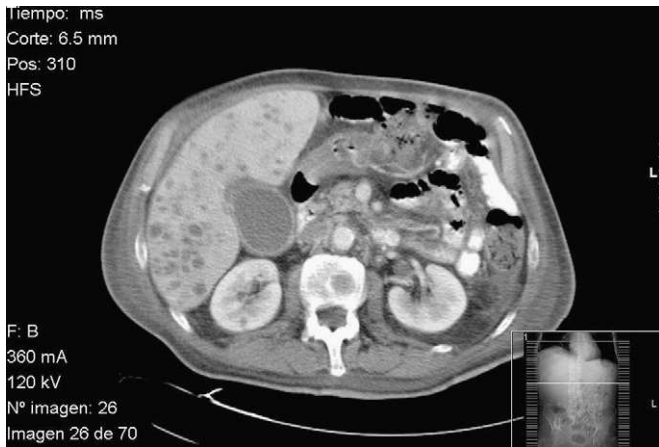


Figura 2. Tomografía computarizada abdominal.

nocítica, hemosiderosis) y asociadas a diferentes enfermedades de base, como diabetes mellitus, alcoholismo, malnutrición, tumores, terapia inmunosupresora y cirrosis¹. Debido a esto, muchos autores consideran que el aislamiento extraintestinal de *Y. enterocolitica* debe conllevar un estudio minucioso del metabolismo del hierro¹⁻³.

La presentación en forma de múltiples abscesos hepáticos o esplénicos es poco frecuente y conlleva un peor pronóstico, aunque la mortalidad ha disminuido en los últimos años, con el desarrollo de nuevos antibióticos⁴. Realizando una búsqueda bibliográfica tan solo nos encontramos con unos 50 casos descritos sobre abscesos hepáticos por *Y. enterocolitica*, que pueden ser únicos o múltiples, con una frecuencia elevada de hemocromatosis y diabetes

subyacente¹⁻¹⁰. En la literatura en español hay 8 casos publicados con presentación clínica similar a la nuestra, de los cuales uno era único¹ y los restantes eran abscesos hepáticos múltiples^{2,3,5,7}. Todos presentaron buena evolución tras tratamiento antibiótico, como ocurrió en nuestro caso. Finalmente, y basándonos en todos estos datos, concluimos la importancia de pensar en la posibilidad de *Y. enterocolitica* como agente etiológico, ante el diagnóstico de abscesos hepáticos en pacientes diabéticos o con hemocromatosis.

Bibliografía

1. Navascúes A, Gastesi C, Salicio Y, García-Irure JJ. Bacteriemia y absceso hepático causado por *Yersinia enterocolitica*. *An Sist Sanit Navar.* 2004;27:249-51.
2. Vadillo M, Corbella X, Pac V, Fernández-Viladrich P, Pujol R. Multiple liver abscesses due *Yersinia enterocolitica* disclose primary haemochromatosis: three case reports and review. *Clin Infect Dis.* 1994;18:938-41.
3. Zapata R, García P. Multiple hepatosplenic abscesses caused by *Yersinia enterocolitica* in a patient with hemochromatosis. *Rev Med Chil.* 1997;125:917-21.
4. Bergmann TK, Vinding K, Hey H. Multiple hepatic abscesses due to *Yersinia enterocolitica* infection secondary to primary hemochromatosis. *Scand J Gastroenterol.* 2001;36:891-5.
5. Sanjuan Portugal F, Naya Manchado J, Figueras Villalba P, Sardaña Ferrer J. Hepatic microabscess caused by *Yersinia enterocolitica*. *An Med Interna.* 1994;11:564.
6. Díez LF, Alonso P, del Hoyo M, Sanchez-Yebra W. Sepsis y abscesos hepáticos múltiples por *Yersinia enterocolitica*. *Rev Clin Esp.* 1989;184:267.
7. Collazos J, Guerra E, Fernández A, Mayo J, Martínez E. Miliary liver abscesses and skin infection due to *Yersinia enterocolitica* in a patient with unsuspected hemochromatosis. *Clin Infect Dis.* 1995;21:223-4.
8. Höpfner M, Nitsche R, Rohr A, Harms D, Schubert S, Fölsch UR. *Yersinia enterocolitica* infection with multiple abscesses uncovering a primary hemochromatosis. *Scand J Gastroenterol.* 2001;36:220-4.
9. Pulvirenty D, Aikaterini T, Neri S. Septicemia, hepatic abscess and encephalitis due to *Yersinia enterocolitica*. *J Clin Gastroenterol.* 2007;41:333-4.
10. Mert M, Kocabay G, Ozülker T, Temizel M, Yanar H, Uygun O, et al. Liver abscess due to *Yersinia* bacteriemia in a well-controlled type I diabetic patient. *Endokrynol Pol.* 2011;62:357-60.