

Absceso hepático piógeno: a propósito de un caso.

Dras. María Isabel Palmero, Ada Matute, Susana León, Keyra León.

Departamento de Pediatría, Maternidad "Concepción Palacios"

RESUMEN

El absceso hepático piógeno en el período neonatal es una entidad poco habitual y con desenlace fatal en la mayoría de los casos. Se presenta la evolución clínica, radiológica, ecosonográfica y tomográfica de un recién nacido portador de un absceso hepático, el primero diagnosticado en la Maternidad "Concepción Palacios", localizado en lóbulo derecho, único secundario a cateterismo venoso. Se describe el manejo con antibióticoterapia de amplio espectro, sin necesidad de hepatocentesis (drenaje percutáneo), ni abordaje quirúrgico. Con evolución clínica satisfactoria.

Palabras claves: Absceso hepático. Cateterismo umbilical venoso. Hepatocentesis.

SUMMARY

Hepatic pyogen abscess in the neonatal period is very rare and in most cases fatal. We hereby present the clinical, radiological, ultrasound and tomographical studies of the first case diagnosed in the "Concepción Palacios" Maternity. A newborn with hepatic abscess, localized in the right lobe, unique, as a consequence of venous catheterism. We describe management with wide spectrum antibiotic therapy, without surgical treatment. Clinical evolution was satisfactory.

Keywords: Hepatic abscess. Umbilical vein catheterization. Hepatocentesis.

INTRODUCCIÓN

La formación de un absceso hepático en el período neonatal es una condición infrecuente y su pronóstico en la mayoría de los casos es letal (1) Fue descrito por primera vez como complicación excepcional del cateterismo venoso umbilical en 1973, con un desenlace fatal, para el RN (2). Es el primero diagnosticado en nuestra institución. En los grupos de edad diferentes al recién nacido, hay mayor frecuencia en preescolares y escolares, con otros agentes etiológicos y la transmisión tiene lugar por contacto fecal-oral, por alimentos y/o aguas contaminadas (3, 4). El diagnóstico de absceso hepático en el RN, basado en los hallazgos clínicos es difícil. Anatómicamente puede dividirse en único o múltiple, este último es más común, pero de evolución fulminante. El absceso único tiene una evolución subaguda y es más favorable dependiendo del tamaño y su localización. Las bacterias pueden alcanzar el hígado, por cuatro rutas: arteria hepática, vena umbilical, invasión directa y por los ductos biliares (5). En la radio-

grafía, suele presentarse con elevación del hemidiafragma derecho o imagen de neumonitis y/o pleuritis basal derecha, derrame pleural en seno costo-frénico derecho, aire en la cavidad del absceso y, a veces, imágenes de neumatosis portal (6).

La presente comunicación se basa en lo excepcional de esta patología en el período neonatal.

CASO CLÍNICO

Se trata de un recién nacido pretérmino, adecuado para la edad de gestación. Madre de 24 años, con embarazo no controlado; de 27 semanas por fecha de la última menstruación (FUM) y 30 semanas + 3 días por Ballard, IV gesta, II para, ARh +, VDRL y HIV no reactivos, examen de orina dudoso, sin tratamiento. Ruptura de membranas de 64 horas de evolución, nace por cesárea, bajo anestesia peridural, por desproporción feto pélvica (DFP); lloró y respiró al nacer, Apgar de 8 y 9 puntos. Peso 1 170 g, talla 41 cm, circunferencia cefálica 27 cm. Ingresa al Servicio al 4to día de vida. Durante su hospitalización presentó: síndrome de dificultad respiratoria: enfermedad de membrana hialina +

Recibido: 31-08-04 • Aceptado para publicación: 31-01-05
Premio al mejor trabajo científico, presentado en el
III Congreso Venezolano de Neonatología, Noviembre de 2004

neumonía derecha, que mejoró con oxígeno, presión continua de vía aérea (CPAP, siglas en inglés) por 10 días y, 21 días con manguera con FiO₂ de 0,4% y nebulizaciones con budesomida. Sepsis a *Cándida albicans* sin meningitis. Por sus antecedentes, se instala tratamiento con penicilina cristalina a 100000 U x Kg x día + gentamicina a 5 mg x Kg x día, al 5to día presenta deterioro clínico y paraclínico, se rota a cefotaxime a 100 mg x Kg x día + amikacina a 10 mg x Kg x día, por 11 días; al 9o día lesiones blanquecinas en mucosa yugal y cultivo positivo a *Cándida albicans*, se asocia anfotericina B a 0,5 mg x Kg x día por 21 días. Al 11o día nuevo deterioro clínico y paraclínico, cursando con leucopenia, trombocitopenia e íleo séptico, neutrofilia, (abdomen distendido, se retiran catéteres: arterial y venoso), se plantea, enterocolitis necrosante IIIb, se rota nuevamente antibióticos a vancomicina a 20 mg x Kg x día durante 14 días, meropenem a 30 mg x Kg x día, por 21 días, clindamicina a 30 mg x Kg x día, por 21 días, con evolución satisfactoria; sin embargo por su bajo peso, (1 050 g) no egresa. A los 28 días de vida, en vista de persistir hepato y esplenomegalia, con borde hepático doloroso a la palpación y masa palpable de 2 x 2 cm. (*Figura 1*), se plantea la posibilidad de: absceso hepático vs. hepatoblastoma (se toman nuevos cultivos).

Se practica ecosonografía, estableciendo que se trata de una masa de bordes netos de 1,8 x 2 cm., localizada en lóbulo derecho del hígado con la presencia de septos en su interior. Se practica tomografía axial computarizada (TAC) a los 32 días, concluyendo que se trata de una masa, única de 2 x 2 cm., localizada en el segmento VIII lóbulo derecho del hígado, no se descarta lesión extrahepática, con posible fístula a cavidad abdominal (*Figura 2*).

Se instala tratamiento a base de: vancomicina que recibe por 14 días, clindamicina por 21 días, fluconazol a 9 mg x Kg x día por 28 días, amikacina por 10 días y 5-fluocitocina por 28 días. En vista que las enzimas hepáticas se encontraban elevadas, se instala tratamiento con vitaminas liposolubles y ácido urso-desoxicólico a 30 mg x Kg x día por 30 días. Fue evaluado por el Servicio de Gastroenterología, del Hospital "San Juan de Dios" (SJD) semanalmente durante su hospitalización, al igual que control ecosonográfico. Egresa a los 73 días de vida en buenas condiciones físicas generales, con peso de 1 720g. Ecosonograma de control: masa de 0,8 x 0,4 sin líquido en su interior. Continúa en control por los Servicios de Gastroenterología (SJD) Neonatología y Neurología de nuestra institución.

DISCUSIÓN

Estos abscesos son más frecuentes en grupos de preescolares y escolares, producidos por gérmenes como:



Figura 1: Fotografía del paciente en el momento de practicar diagnóstico.

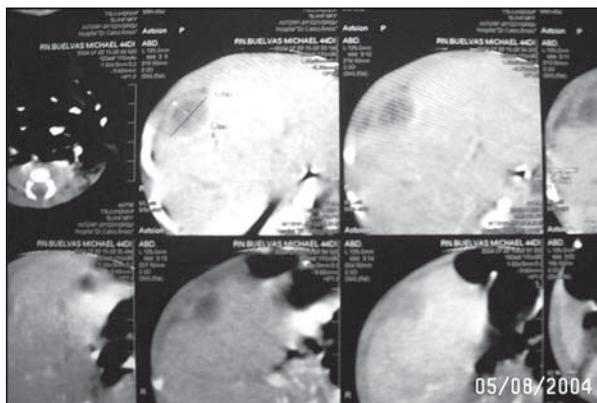


Figura 2: Tomografía axial computarizada (TAC); con imagen única de bordes netos.

E. histolítica, *Ascaris lumbricoides*, *Entamoeba coli*, *Staphylococcus aureus*, y gérmenes Gram negativos entéricos, Anaerobios, *Pseudomonas*, *Cándida albicans* (2,3).

Los métodos diagnósticos que con mayor frecuencia se utilizan son el ecosonograma hepático y/o (TAC), ya que permiten ver su localización, las dimensiones, su característica (única o múltiple), presencia de elementos dentro del absceso, y fístulas a otras cavidades. En nuestro caso, la ecosonografía abdominal constituyó el examen de elección, ya que además de realizar el diagnóstico conjuntamente con la TAC, permitió documentar la evolución clínica del paciente (4, 5,7). La complicación más frecuente es la ruptura a peritoneo, pericardio y cavidad pleural. La duración del tratamiento sigue siendo controversial, sin embargo, dos a tres semanas con antibióticos sistémicos es lo más adecuado. Para practicar la hepato-centesis (drenaje percutáneo) (4,7), debe tomarse en cuenta las condiciones del paciente, el tamaño del absceso (mayor

de 5 cm), localizado en el lóbulo izquierdo y/o la inminente ruptura a cavidades vecinas. En nuestro paciente, debido a su peso, y sus condiciones estables, se decidió conducta expectante, con tres antibióticos y un antimicótico, y su evolución fue satisfactoria.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con: hepatoblastoma, que es el tumor hepático maligno, más frecuente en niños, 90% en menores de 5 años, 68% en menores de 2 años y 4% en el momento del nacimiento. No así, hemangioendotelioma infantil, que es el tumor benigno más frecuente, y se diagnostica en el 86% en menores de 6 meses. El hamartoma mesenquimal hepático, que es una lesión benigna que se observa en el 85% de niños menores de 2 años y se caracteriza por aumento de la circunferencia abdominal y ascitis. Los tumores metastásicos y los tumores primarios, suelen ser, tumor de Wilms o neuroblastomas (8).

En nuestro paciente la ubicación anómala del catéter venoso y su permanencia por un período prolongado, contribuyeron a la formación del absceso; sin embargo, ésta complicación excepcional confirma la restricción del uso de catéteres umbilicales (sólo en situaciones de emergencia) y su uso debe ser por el menor tiempo posible

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Oscar Agüero, por su valiosa colaboración en la revisión del manuscrito. A la Dra. Katuska Sánchez, en la realización del ultrasonido y diagnóstico de imágenes. A la Licenciada Susanne Saulny, por su ayuda en la redacción.

REFERENCIAS

1. Murphy FM, Baker JC. Solitary hepatic abscess: A delayed complication of neonatal bacteremia. *Pediatr Infect Dis J* 1998; 7: 414-416.
2. Williams JW, Rittenberry A, Killard R, Allen Rg. Liver abscess in newborn: complication of umbilical vein catheterization. *Am J Dis Child* 1973; 125: 111-113.
3. Hughess Molly A, Petri William A. Amebic liver abscess 2000; 14 (3):1-5. Disponible en <http://www.monografías.com/trabajos12/absceso/absceso.shtm> 1
4. Kumate J, Muñoz O. Manual de infectología clínica. Decimosexta edición, México, DF: Mendez Editores; 2001.
5. Brans Y W, Ceballos R, Cassady G. Umbilical catheters and hepatic abscesses. *Pediatr* 1974; 53: 264-266.
6. Kanner R, Weinfeld A, Tedesco FJ. Hepatic abscess plain film findings as an early aid to diagnosis. *Am J Gastroenterology* 1979;71:432-437.
7. Doerr C, Demmier G, García Prats J, Brandt M. Solitary pyogenic liver abscess in neonates: report of three cases and review of the literature. *Pediatr Infect Dis* 1994; 13: 64-69.
8. Luque Luz, Pinzón Walter, Sarmiento A. Diagnóstico prenatal de Hepatoblastoma congénito: reporte de un caso. *Rev Col Obstet Ginecol* 2002; 54 (1): 1-11.

El negocio de las fotos de bebés. La controversia se cierne sobre los “recuerdos” de ultrasonidos fetales.

“Las imágenes fetales creadas con el ultrasonido tridimensional (3D) como “recuerdos” para las parejas expectantes ha originado un nuevo debate acerca de la provisión de servicios no médicos en los consultorios médicos.

La controversia parte de la aparición de oficinas en centros comerciales y otros ambientes no médicos en las que se ofrecen ultrasonidos fetales para los fines de producir recuerdos, no diagnósticos. Estos procedimientos pueden ser hechos por personal no certificado con poco más que un entrenamiento de un fin de semana. Es difícil estimar cuantos negocios de ultrasonido de recuerdos hay en Estados Unidos, pero algunos dicen que tienen ramificaciones en más de 20 Estados y otros reportan que hacen más de 100 exámenes por mes.

Al comienzo de este año, como la popularidad de la industria de recuerdos parece elevarse, el Instituto Americano de Ultrasonido en Medicina (AIUM) reafirma su posición contra el ultrasonido usado para propósitos no médicos. Su opinión de “uso prudente”, dice que el AIUM “fuertemente desapruueba el uso no médico del ultrasonido para fines psicosociales o de entretenimiento”. Califica el uso del ultrasonido bidimensional (2D) o 3D solamente para ver el feto, fotografiarlo o determinar su sexo sin una indicación médica, “inapropiado y contrario a una práctica médica responsable”. La opinión establece que aun cuando al ultrasonido hasta ahora no se le han encontrado “efectos biológicos” sobre los pacientes, tales efectos pueden ser identificados en el futuro”. (Voelker R. The business of baby pictures. Controversy brews over “keepsake” fetal ultrasounds. *JAMA* 2005;293:25-27).

II SIMPOSIO LATINOAMERICANO INTERACCIÓN MATERNO-FETAL & PLACENTA:

DESDE LA INVESTIGACIÓN BÁSICA A LA CLÍNICA

Santiago - Chile • 6 - 9 de Noviembre, 2005 • Hotel Crowne Plaza

En conjunto con:

XVIII REUNION ANUAL DE LA SOCIEDAD CHILENA DE CIENCIAS FISIOLÓGICAS

Con participación en mesas redondas o reuniones satélites de:

SOCIEDAD CHILENA DE REPRODUCCIÓN Y DESARROLLO SOCIEDAD CHILENA DE FERTILIDAD SOCIEDAD CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

El Comité Ejecutivo se ha propuesto que el II SLIM-P Chile 2005 convoque a todos los investigadores y profesionales en el tema, tanto básicos como clínicos. Se pretende crear un espacio de oportunidad de intercambio de experiencias y conocimientos, facilitando la interacción directa entre los participantes, así como también de los investigadores y especialistas en el área con los estudiantes y profesionales jóvenes latinoamericanos.

AUSPICIO Y PATROCINIO

- International Federation of Placenta Associations (IFPA)
- Placenta Association of the Americas (PAA)
- Universidad de Chile, Facultad de Medicina
- Pontificia Universidad Católica de Chile. Facultad de Medicina
- Universidad del Bio-Bio
- Universidad de Concepción

PRESENTACIÓN

La Interacción Materno-Fetal y el estudio de la Placenta son temas que abarcan todos los ámbitos del quehacer científico y profesional en el área de la salud, con todas las implicancias para la vida de la madre y el feto durante la gestación. Desde la molécula responsable del transporte transplacentario durante el embarazo, hasta los aspectos clínicos ligados al proceso de fertilidad y nacimiento de un niño sano. Así como también, todas las patologías asociadas se incluyen en el ámbito de este encuentro multidisciplinario en torno a la problemática común.

HACIENDO UN POCO DE HISTORIA

El grupo convocante nace de un conjunto de investigadores latinoamericanos básicos y clínicos que se encontraban recurrentemente, en congresos relacionados, en USA y Europa. En el 6th Meeting of the International Federation of Placenta Associations (IFPA) y el 14th Trophoblast Conference (Rochester, USA, 2000), se acordó organizar reuniones científicas sobre el tema en Latinoamérica. El I Simposio Latinoamericano sobre Interacción Materno-Fetal y Placenta (I SLIM-P 2003), se llevó a efecto en la localidad de Embu das Artes, Sao Paulo, Brasil (diciembre 2003). El Programa científico incluyó un conjunto de actividades, abarcando desde la biología del trofoblasto hasta sus patologías y diagnósticos clínicos. Se contó con la asistencia de alrededor de 200 participantes provenientes de Latinoamérica y de USA, de los cuales, aproximadamente un 50% de ellos fueron estudiantes.

El segundo encuentro es en Chile. El Comité Ejecutivo del II SLIM-P 2005 ha evaluado su realización y proyección, en Santiago de Chile, con la participación de Sociedades Científicas y Universidades nacionales. El análisis pronostica que la convocatoria local aportará un número importante de participantes que incluyen investigadores, médicos y profesionales clínicos, tanto chilenos como extranjeros.

INVITACIÓN

A Ud., que trabaja o está interesado en el área, el Comité Ejecutivo chileno y latinoamericano le invita a participar en este evento el año 2005, que se realizará en el Hotel Crowne Plaza en Santiago de Chile.