



Caso clínico...

CASO DE ABSCESO HEPÁTICO BACTERIANO DRENADO A PLEURA Y CAVIDAD ABDOMINAL

Mario Villegas N.***

Motivo de consulta: "Me siento mal".

CONTEXTO



<https://www.minsalud.gov.co/imgNoticias/sanandres-hospital.gif>

Paciente de género femenino de 46 años de edad, nacionalidad colombiana, natural de San Andrés de Sotavento, sin acompañante en la consulta, en unión libre y madre de tres hijos producto de tres cesáreas; ligadura de trompas de Falopio, familia del tipo plataforma de lanzamiento, con su esposo y dos de sus hijos, funcionalmente independiente para todas las actividades, sin uso de apoyos de marcha, trabaja en la venta de paquetes turísticos en la isla que ahora reside.

En sus antecedentes patológicos reconoce la presencia de hipertensión arterial en manejo irregular con hidroclorotiazida, sin uso de IECA o ARA II ni otro medicamento hipotensor.

Enfermedad actual

Paciente reconsultante al servicio de urgencias. Tres días atrás, consultó al triage de urgencias, a las 19:35, cuando se le hizo un diagnóstico de gastroenteritis y se le dio el alta con medicación. Se anota a una paciente mal informante, con importante dificultad para la expresión de sus síntomas.

*** MD. Especialista Medicina Familiar Integral, Gerencia en Salud, Pedagogía, Educación Médica y Sistemas de Calidad - mario.villegas@juanncorpas.edu.co.





http://www.elpais.com.co/elpais/sites/default/files/2015/02/urgencias_calii.jpg

Describe al reingreso un cuadro de malestar general, asociado posiblemente a fiebre no cuantificada, a odinofagia y a diarrea acuosa en moderada frecuencia y cantidad, sin disentería, de inicio tres días atrás. Describe haber recibido cefalexina 500 mg x 4, diclofenaco 50 mg x 2 y loperamida oral para uso con cada deposición diarreaica.

A pesar de esta medicación, manifiesta haber continuado sintiéndose mal, con astenia marcada y haber mantenido un bajo gasto fecal, con deposiciones diarreaicas acuosas, sin moco o sangre a pesar de no haber continuado tomando la loperamida. Al momento de este examen manifiesta: "quiero sentirme más activa".

Antecedentes de importancia

Médicos: Inicialmente niega antecedentes médicos de importancia, niega uso regular de medicamentos, niega uso regular de sustancias de abuso, niega alergias medicamentosas, aunque refiere una "alergia a un antibiótico" que no recuerda. Posteriormente anota ser hipertensa en uso irregular de diurético, posiblemente furosemida. Niega ser diabética, Niega enfermedad cardiorrespiratoria asociada.

Ginecológicos: menarquia a los 13 años, G3C3V3, FUP 12 años, planificación familiar con ligadura de trompas. Fecha de última regla, "normal hace 15 días".

Familiares: Los desconoce, niega hipertensión o diabetes en sus familiares directos.

Quirúrgicos: Describe tres cesáreas, una ligadura de trompas y una colecistectomía abierta.

Describe hábitos urinario e intestinal normales.

Revisión por sistemas orgánicos: Niega otros síntomas.



Examen físico



<http://megamedico.com/wp-content/uploads/2016/01/absceso-hepatico-amebiano.jpg>

Al examen físico se la apreció en regular estado general, con ictericia en las conjuntivas.

Signos vitales: Presión arterial 130/80, frecuencia cardíaca y pulso 90', oximetría de pulso 97 % al aire ambiente, temperatura 37,4 °C, pupilas normales, orofaringe con placa amigdalina derecha, ligeramente congestiva, cuello sin masas o megalias, los ruidos respiratorios con murmullo vesicular normal bilateral, los ruidos cardiacos rítmicos y regulares, sin soplos o agregados anormales.

Un abdomen de gran panículo central, presencia de cicatriz media supraumbilical de colecistectomía, los ruidos intestinales normales, no se apreció hiperestesia cutánea, no se apreció dolor abdominal a la tos espontanea, no se apreció dolor abdominal a la percusión, se aprecia dolor ligero a la palpación profunda en el marco cólico sin defensa y sin irritación peritoneal. Los miembros superiores e inferiores con pulsos simétricos de amplitud adecuada, con una perfusión tisular normal.

Revisión de exámenes paraclínicos



<http://www.carrerasconfuturo.com/wp-content/uploads/examenes.jpg>

Desde la revisión médica posterior al triage, en esta oportunidad se solicitaron paraclínicos que mostraban:

1. Cuadro hemático: leucocitos 14,200/mm, neutrófilos 90 %, plaquetas 250.000/mm, hemoglobina 12,1 gr %.
2. Parcial de Orina sin signos de infección en el sedimento, urobilinógeno elevado, sin proteinuria, bacterias ++ y moco +.
3. Química: Creatinina elevada 1,37 mg%, PCR elevada 45 mg%. Glicemia 108 mg%



Impresión de diagnóstico y análisis

Mujer adulta, ciclo vital y condiciones descritas, en cuadro de síndrome de reacción inflamatoria sistémica asociado a ictericia de origen a determinar.

Plan de manejo. Se procedió como plan de manejo a:

- Se determinó retiro de la vía oral y administración de líquidos intravenosos en bolo inicial 500 cc y líquidos horarios al 120 % del basal para nefroprotección.
- Se solicitó perfil hepático, gases arteriales, glicemia, hemocultivos, Acs IgM antileptospira, coprocultivo, radiografía de tórax y ecografía abdominal total. Se solicita evaluación por Medicina Interna con resultados para el plan de seguimiento.

Evolución



<http://1.bp.blogspot.com/-NBUEkyYFCY/U3XgFLkE6aI/AAAAAAAAA1SDA-/wQjUOaY/s1600/21949.jpg>

Primera evolución

El primer día de admisión, 15 horas después del ingreso, la evolución describe:

Subjetivo: La paciente aún persiste con cuadro de dolor abdominal. Se sigue sintiendo mal.

Objetivo

Reporte de paraclínicos: gases arteriales Ph: 7,4, Pco2 32,3, HCO3Na 21,0 Meq/l, lactato 1,25 mmol/l, bilirrubina directa 2.5 mg% y total 2.9 mg%, ionograma cloro 110 Meq/l, fosfatasa alcalina: 242 U/L (elevada), glucosa 116 mg%, leptospira IGM negativo, transaminasa glutámica oxalacética 187 U/L (elevada x 6), transaminasa glutámico pirúvica 209 U/L (elevada x 7).

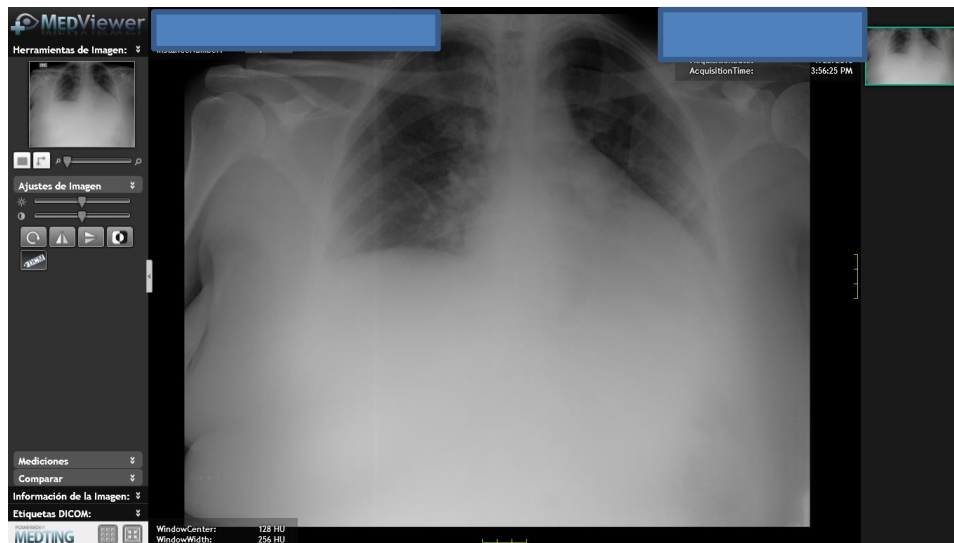
Reporte de ecografía de abdomen total: "El hígado, bazo, páncreas y riñones de forma, tamaño y situación anatómica normal, bordes regulares bien delimitados, parénquima homogéneo. Los riñones sin dilatación de cavidades. Sin evidencia de cálculos. Ausencia de vesícula biliar por colecistectomía. Retroperitoneo y grandes bazos sin alteraciones. En cavidad abdominopélvica no se evidencian masas, colecciones ni líquido libre. Ausencia de útero por histerectomía. Vejiga a mediana repleción de pared delgada contenido claro".

Se solicitó: Valoración por Medicina Interna y no se modificó el plan de tratamiento.



Segunda evolución

El segundo día de admisión, 18 horas después del ingreso en nota retrospectiva se describe: "He evaluado al ingreso al turno a la paciente descrita en la tarde de ayer con SRIS e ictericia de origen a determinar, en sospecha de foco abdominal, por el antecedente de diarrea hasta el día anterior a su ingreso. Al momento de recibir el turno se le apreció disneica, con una frecuencia respiratoria de 35 por minuto, habla a frases muy cortas y es evidente que se siente mal. Está taquicárdica. Verifico que se tomaron los hemocultivos ayer, verifico que no ha tenido nuevas deposiciones y no se ha podido tomar coproscópico ni coprocultivo; que en la tarde los laboratorios mostraron bilirrubinas elevadas 2,9 mg% a expensas de la directa 2,6 mg%, fosfatasa alcalina elevada 242 U/L, TGO 187 U/L, TGP 209 U/L elevadas aproximadamente x 6 sobre las cifras normales, anticuerpos antileptospira IGM negativos y glicemia 116 mg%. Los rayos X de tórax sin evidencia de focos de consolidación neumónica, se aprecia borramiento de los senos costo diafragmáticos de difícil interpretación en esta paciente obesa".



La ecografía abdominal total normal excepto por la ausencia de vesícula biliar, no describe dilatación de colédoco o colecciones intraabdominales.

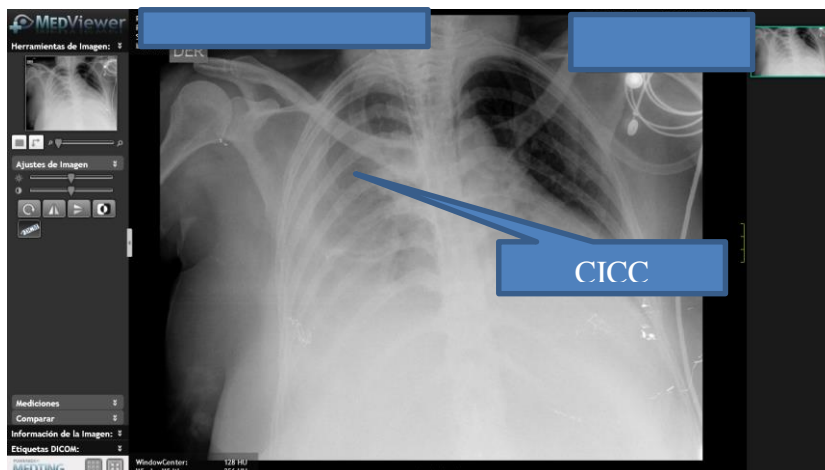
Conducta: Se traslada de inmediato a la sala de reanimación y se inicia rescate de paciente en sepsis severa de origen posible abdominal; se inicia cobertura inmediata con piperacilina + tazobactam dosis 1 y vancomicina 1 gramo dosis 1; se coloca sonda vesical para medición del gasto urinario (en esta hora de trabajo se evidencia un gasto urinario de 50 cc para gasto de 0,5 cc/kg/hora), colúrica; se coloca catéter venoso central de inserción central (CICC), ecoguiado en una punción yugular interna, técnica estéril, pruebas de flujo y reflujo adecuadas, fijación estándar y estéril, lavado de líneas accesorias (2), medición de presión venosa ventral de 11 cm, fijación a 16,5 cm de profundidad.

Se toma Rx de tórax de control que muestra el CICC en cava superior, se aprecia derrame pleural derecho masivo que no se apreciaba en los Rx del día de ayer. Se toma gasimetría arterial que mostró PH 7,34, PCO2 28mmHg, PO2 61,3 mmHg, HCO3 15,4 Meq/l, base exceso (- 10,4) con acidemia metabólica, el lactato 4,05 mmol/L, elevado desde los 1,25 mmol/l del día de ayer. Ionograma: sodio 145 Meq/L, potasio 3,3 Meq/l, cloro 112 Meq/L; para ANION GAP calculado en 21: Elevado: PAFI 291 y DAaO2: 121 mmHg.



Con signos vitales: presión arterial 110/65, frecuencia cardiaca y pulso 132X', oximetría de pulso con cánula de oxígeno original 97 %; se coloca ventury 0,5 y se obtiene 100 %, frecuencia respiratoria 35', temperatura 37,5°C.

Se colocó en ventury 0,5, se colocaron ss09 % bolo 1000 cc, se infundieron las dosis 1 de cobertura Antibiótica, se colocó sonda vesical cystofló, se tomaron Rx de tórax de control post CICC descritas, se solicitó marcado ecográfico del tórax para toracentesis terapéutica y diagnóstica.



Se solicitó evaluación y admisión a la unidad de cuidado intensivo (UCI) y se procede a alistar el traslado. Los paraclínicos tomados en la sala de reanimación mostraron cuadro hemático con leucocitos en descenso hasta 5,600/mm, N: 77 %, plaquetas 228.000/mm, hemoglobina 12,6 gr%, INR 1,19, PTT 36"/29" del control; calcio 7,62 mg%, cl 112 Meq/l; creatinina 1,2 mg%, amilasa y lipasa en rangos de normalidad.

Interpretación: Luego de la reanimación, en mejor estado general, los signos vitales con Glasgow 15/15, minimal 30/30, presión arterial 115/65, frecuencia cardíaca y pulso 118 X', oximetría de pulso 100 %, temperatura 37,5°C. Se aprecia ictericia conjuntival, la orofaringe congestiva, el cuello sin masas ni megalias, los ruidos respiratorios con murmullo vesicular disminuido en el hemitórax derecho, los ruidos cardíacos taquicárdicos, sin soplos o agregados, un abdomen distendido, sin defensa y sin irritación peritoneal, los miembros superiores e inferiores con pulsos simétricos de amplitud adecuada, perfusión igual a 2 segundos.

Análisis: Sepsis severa, foco posible abdominal, derrame pleural derecho asociado de origen a determinar.

Plan a seguir: Se han infundido dosis 1 de piperacilina + tazobactam y vancomicina, se ha infundido ss 09 % bolo 1000 cc, se ha aumentado la fracción inspirada de oxígeno a 0,5, se ha colocado sonda vesical y verificado gasto urinario 0,5 cc/kg/hora; se ha trasladado a la UCI para manejo integrado.

Tercera evolución

El segundo día desde el ingreso, 8 horas después de estar en la unidad de cuidado intensivo, se registra: "Paciente con sepsis de origen abdominal a descartar con derrame pleural por neumonía adquirida en comunidad (?). Con Rx de tórax que evidencia derrame pleural se solicita valoración por cirugía general. Paciente recibiendo inotropía con noradrenalina en infusión 0,1 mcg/kg/minuto".

Objetivo: Paciente con signos vitales: frecuencia cardiaca 142', presión arterial 125/80, con disnea de esfuerzos, tórax con ruidos cardíacos taquicárdicos, ruidos respiratorios con murmullo vesicular



disminuido basal derecho, un abdomen globoso por panículo adiposo con dolor hipocondrio derecho sin irritación peritoneal.

Análisis: Paciente que requiere toracostomía por presentar derrame pleural en hemitórax derecho.

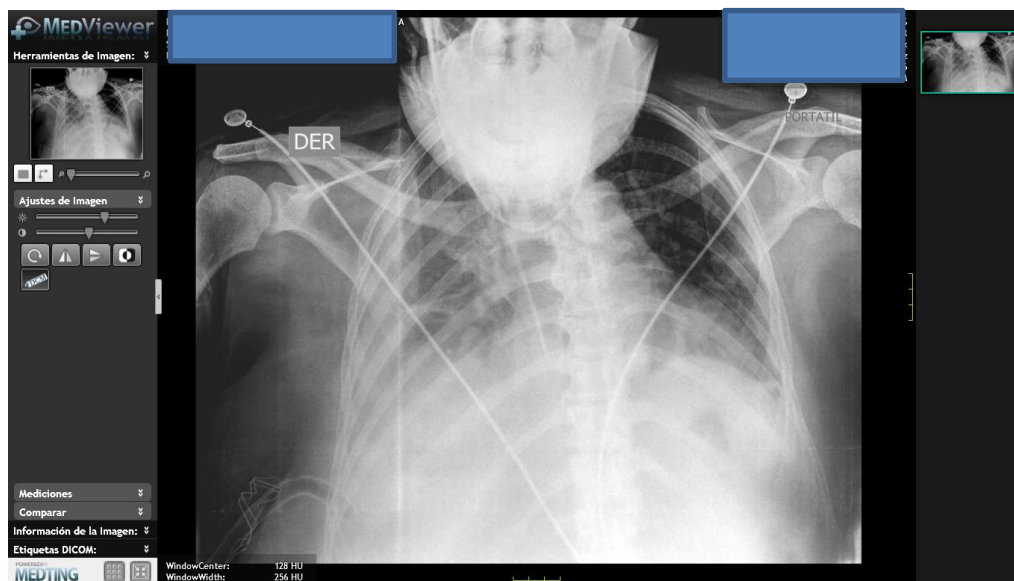
Plan a seguir: toracostomía a drenaje cerrado derecho. Se solicitan tomografías simples de tórax y de abdomen, que se muestran más adelante.

Cuarta evolución

El segundo día de admisión, 7 horas luego del ingreso a la unidad de cuidado intensivo. Valoración por cirujano general. Paciente con sepsis de origen abdominal a descartar con derrame pleural neumonía adquirida en comunidad.

Objetivo: Paciente con disnea de esfuerzos, tórax con ruidos cardíacos taquicárdicos, frecuencia 142 por minuto, ruidos pulmonares con murmullo vesicular disminuido en la base derecha, el abdomen globoso por panículo adiposo con dolor hipocondrio derecho sin irritación peritoneal.

Análisis: "Paciente que requiere toracostomía por presentar derrame pleural masivo en hemitórax derecho. Se coloca toracostomía a drenaje cerrado derecho, encontrándose líquido serohemático en cantidad inicial de 350 cc, tubo de tórax oscilante a pleurovac. Se envían muestras al laboratorio para citoquímico y bacteriológico y cultivos."



Rx de tórax posttoracostomía derecha.

Quinta evolución

El segundo día de admisión, 13 horas después del ingreso a la unidad de cuidado intensivo.

Subjetivo

Femenina de 46 años, con impresión diagnóstica:

1. Choque séptico de probable origen abdominal.
2. Derrame pleural derecho e/E.
3. Masa hepática e/E.
4. Obesidad.
5. Hipertensión arterial crónica x HC.

Indicación de manejo en UCI: Soporte vasoactivo, monitoria cardiovascular y de patrón ventilatorio.



Objetivo

Signos vitales: tensión arterial 121/75, TAM 90, frecuencia cardiaca 125 X', temperatura 36,8, frecuencia respiratoria 54 X', SAO2: 98 %.

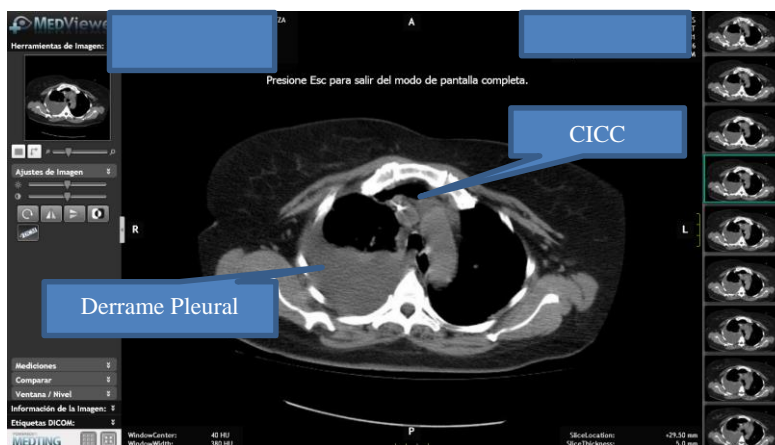
Paraclínicos: glucometrías 125-87 mg/dl, LA 3107 ML, LE 675 ML, diuresis: 0,7 ml kg hora, creatinina 1,2, BUN 34, TP 12 (9,0), TTP 33(26), hemoglobina 13, hematocrito 37 %, leucocitos 8.600, neutrofilos 79 %, plaquetas 241 000.

Gases: pH 7,30, pO2 88, pCO2 33, HCO3 16,3, BE: -10.

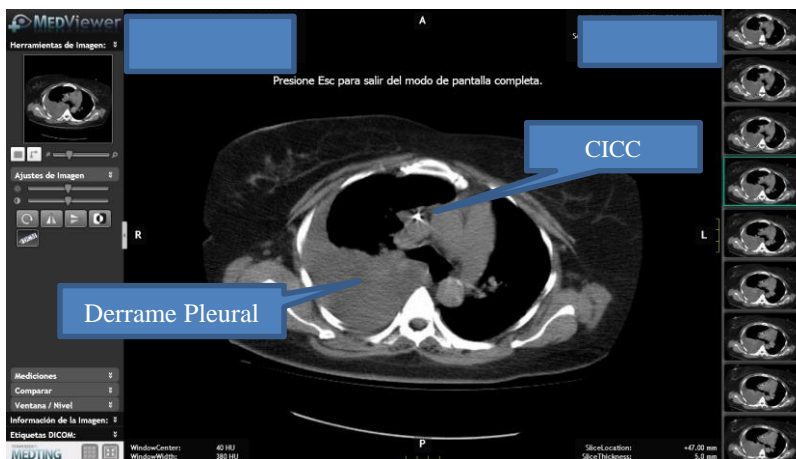
TAC de abdomen simple: "Llama la atención hacia el lóbulo derecho del hígado, la presencia de una zona hipodensa, las vías biliares son normales. Los riñones son de tamaño, densidad y contornos normales. No se observa imagen de cálculo ni dilatación de cavidades. El páncreas y el bazo son normales. Se observó la presencia escasa de líquido libre en cavidad".

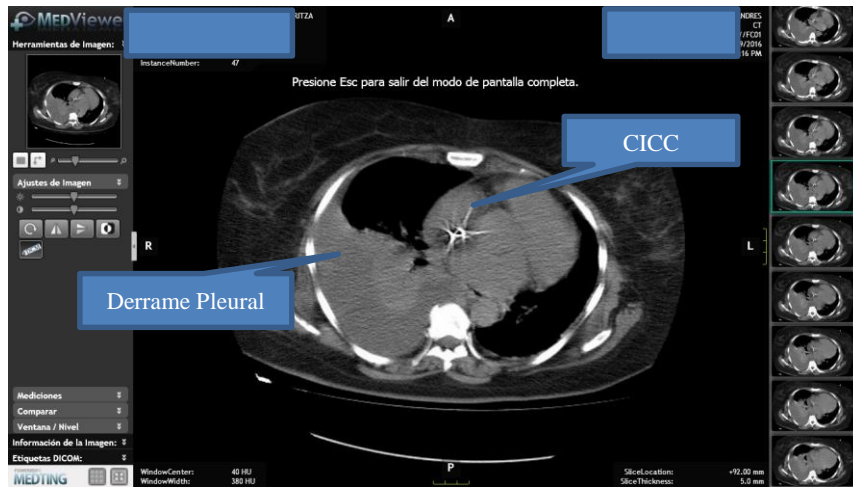
Análisis: Paciente en condición crítica, dependiente de soporte vasoactivo, con taquicardia sostenida, afebril, con mal patrón ventilatorio, pero con aceptables índices de oxigenación, diuresis de 0,7 ml kg hora quedando en balance hídrico positivo, se realizó toracostomía cerrada con salida de líquido serohemático en moderada cantidad, ante hallazgo de TAC de abdomen con lesión hepática y presencia de líquido libre en cavidad y en ausencia de signos de irritación peritoneal se requiere complementar estudios con TAC de abdomen contrastado. Se informa a su esposo la condición crítica actual.

Plan a seguir: TAC de abdomen contrastado. Resto de manejo igual.



TAC simple toracoabdominal

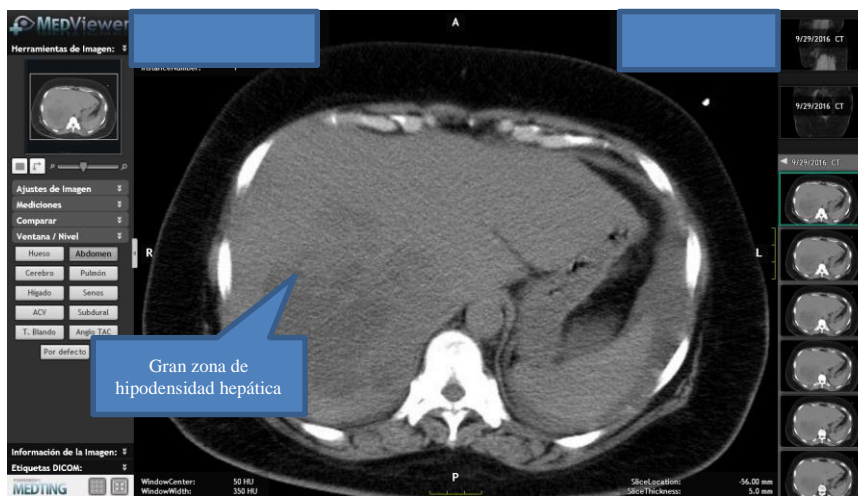




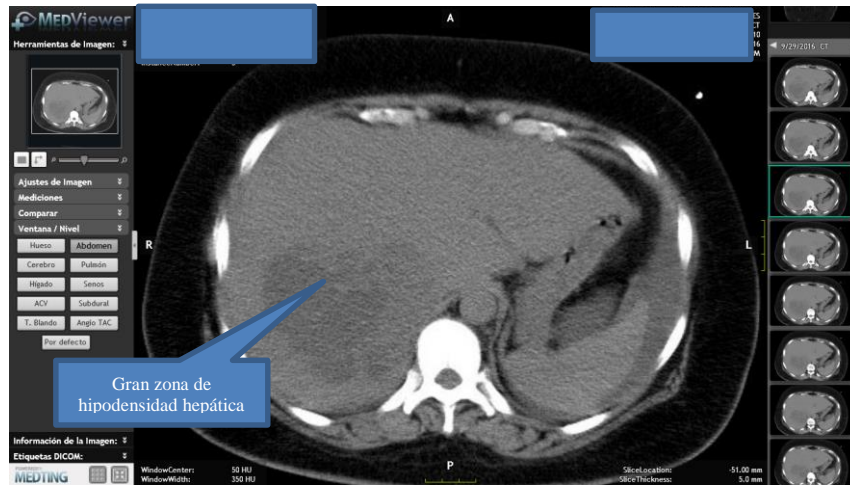
TAC simple toracoabdominal



TAC simple toracoabdominal



TAC simple toracoabdominal



TAC simple toracoabdominal



TAC simple Toracoabdominal

Sexta evolución

El tercer día de admisión, 21 horas después del ingreso a la unidad de cuidado intensivo, paciente taquicárdica, taquipnéica y con deterioro del patrón ventilatorio; se decide realizar intubación orotraqueal secuencia rápida, preoxigenación midazolam 10 mg, fentanyllo 400mcg y 10 mg de vecuronio.

Séptima evolución

El tercer día de admisión, 30 horas después del ingreso a la unidad de cuidado intensivo:

Subjetivo

Femenina de 46 años, con impresión diagnóstica:

1. Choque séptico de probable origen abdominal.
 - 1.1 Absceso hepático (?).
2. Derrame pleural derecho e/E.
3. Masa hepática e/E.
4. Obesidad.
5. Hipertensión arterial crónica x HC.



Indicación de manejo en UCI: Soporte vasoactivo, monitoria cardiovascular, ventilación mecánica.

Objetivo

Problemas: fiebre persistente, oliguria, respuesta inflamatoria no modulada. Acidosis metabólica. Gasto Urinario 0.5cc/kg/h.

Balace de líquidos: líquidos administrados 3264cc, líquidos eliminados 1125cc.

Glucometría: 78Mg %.

Signos vitales: tensión arterial 112/66, tensión arterial media 82, frecuencia cardíaca 139', temperatura 39°C, presión venosa central 19 cm.

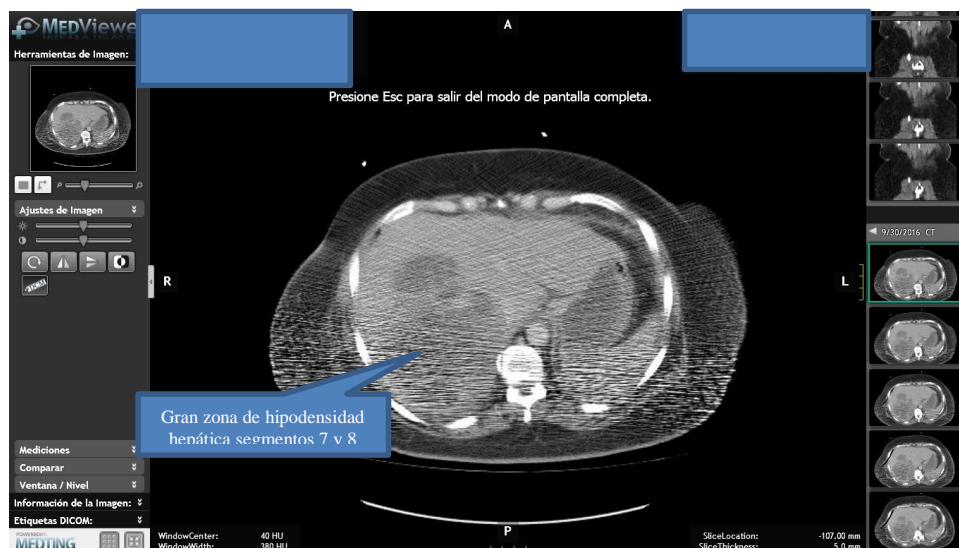
Paciente en mal estado general, acoplada a la ventilación mecánica, cuello móvil, ruidos cardíacos rítmicos taquicárdicos, no soplos; pulmones: hipoventilación derecha, drenaje por tubo de tórax 325cc turbio, abdomen blando depresible sin signos de irritación peritoneal. Extremidades simétricas, adecuada perfusión. Gases arteriales: acidosis metabólica, sin trastorno de oxigenación, lactato de 2,24 mmol/L, BUN 34,1, creatinina 1,21, TGO 100, TGP 142. Cuadro Hemático: leucocitos 14.400, hemoglobina 12,9 gr%, plaquetas 204 000/mm, neutrófilos 88 %. Bilirrubina total 2.9, directa 2,7 mg%.

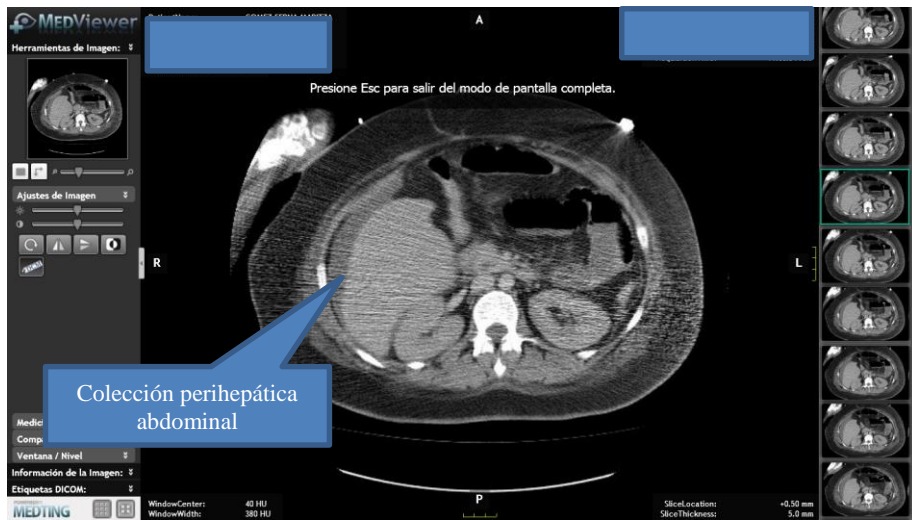
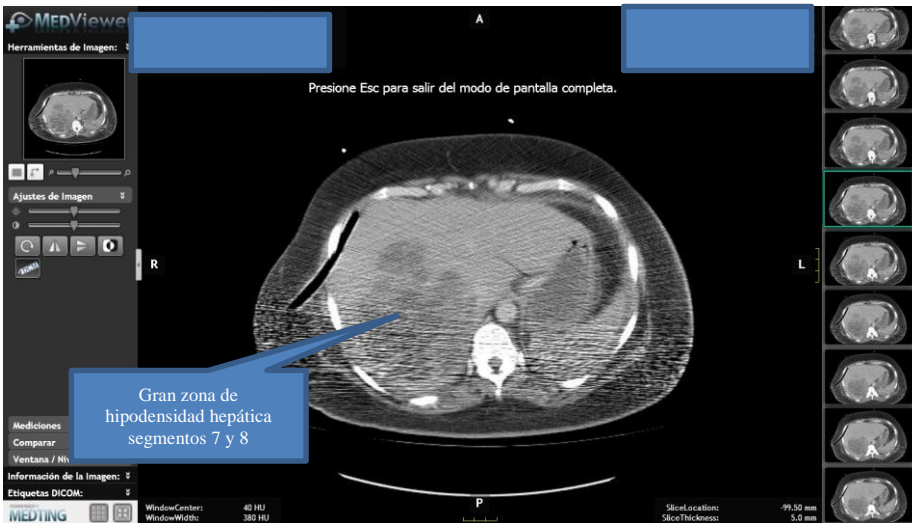
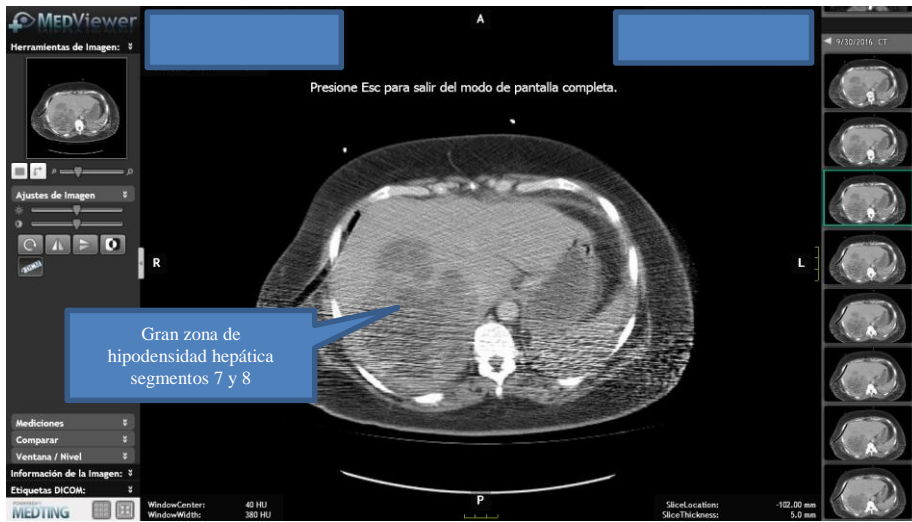
Paciente acoplada a la ventilación mecánica, bajo soporte ventilatorio y vasopresor, con persistencia de signos de respuesta inflamatoria sistémica, fiebre persistente con mejoría de pruebas de función renal, tendencia a la oliguria, se decide reanimación hídrica, se escalona antibiótico a meropenem. Paciente con riesgo de disfunción orgánica múltiple; se continúa manejo en UCI, pronóstico reservado.

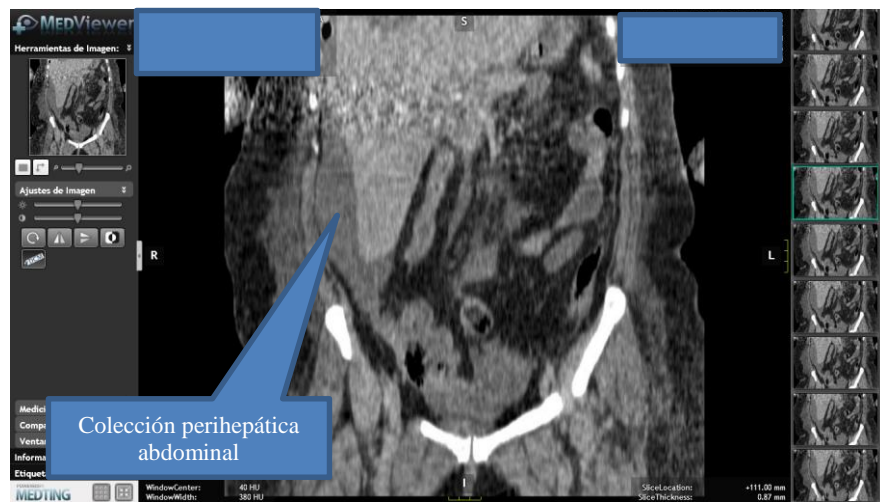
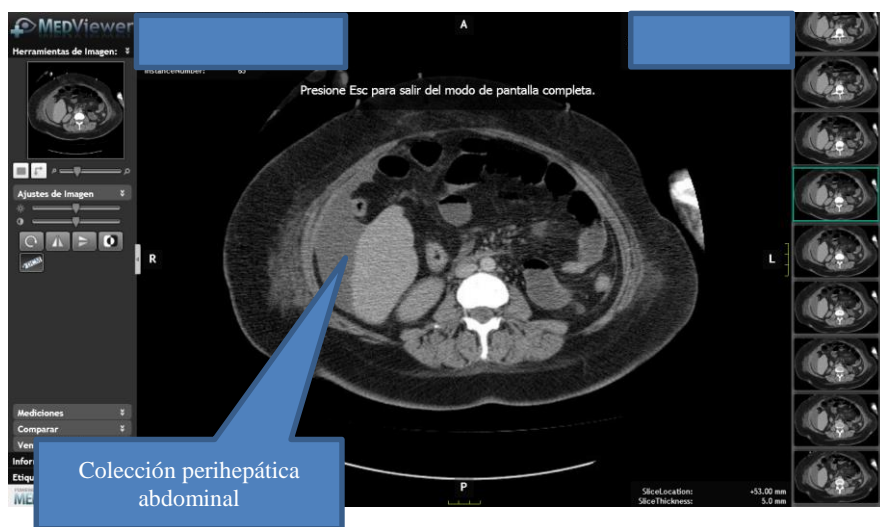
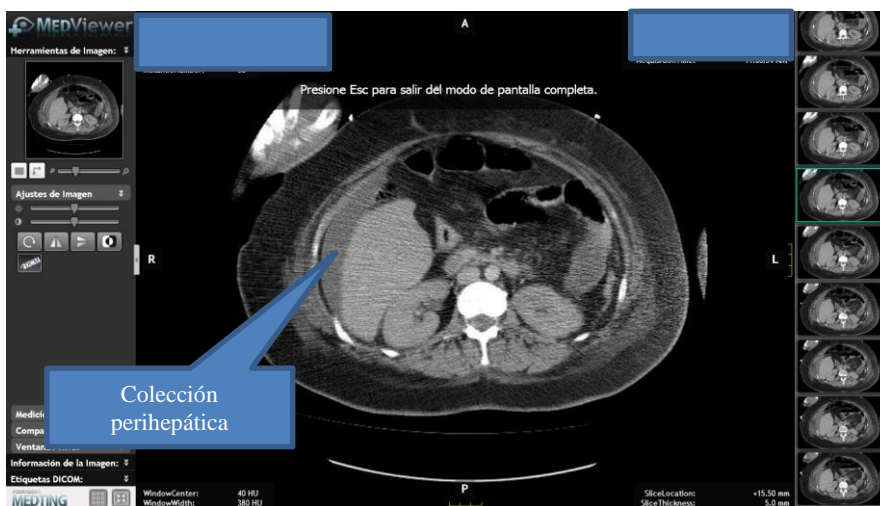
Plan a seguir: Reanimación hídrica, TAC de abdomen contrastado, meropenem. Suspendir piperacilina-tazobactam.

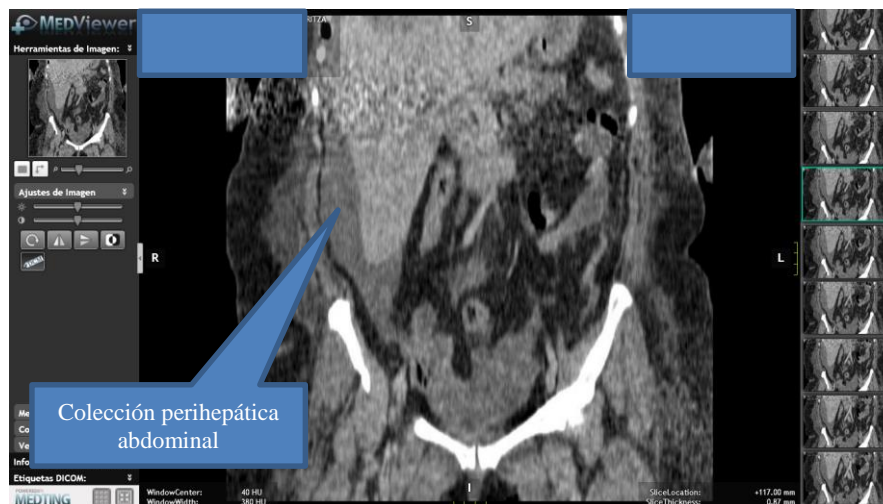
Octava evolución

El tercer día de admisión, 32 horas después del ingreso a la unidad de cuidado intensivo, se le lleva a TAC contrastado de abdomen con las siguientes imágenes:









En las imágenes se aprecia con claridad la presencia de lesión hepática derecha extensa y asociada a colección pleural derecha y a colección intraabdominal a lo largo de toda la gotera parieto-cólica derecha.

Evolución

A lo largo de la mañana la paciente presentó inestabilidad hemodinámica creciente, con caída a un primer episodio de paro cardiorrespiratorio en ritmo de actividad eléctrica sin pulso que respondió de manera adecuada al masaje cardíaco y a la infusión de adrenalina IV, pero que se tornó refractaria al uso de vasoactivos inotrópicos, impidiendo así que pudiera drenarse la colección intraabdominal a través de laparoscopia, toda vez que el hospital no dispone de drenaje percutáneo con guía por ecografía o tomografía.

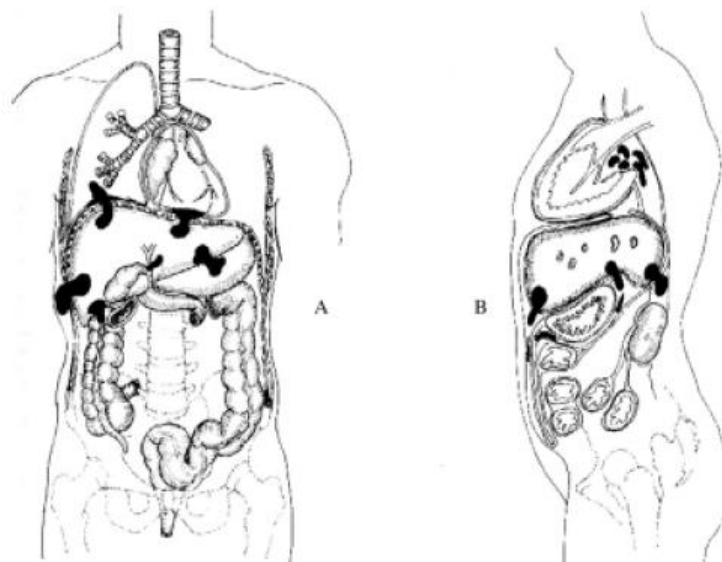
Luego de un día intenso de trabajo, fallece en horas de la noche, después de 44 horas de ingreso a la unidad de cuidado intensivo. El reporte tardío de los hemocultivos mostró crecimiento de *klebsiella pneumoniae*, multisensible, en cantidad mayor a 100 000 UFC.

Comentarios

Este caso en particular resulta útil, al tiempo que doloroso, por la muerte de una mujer joven. No obstante, deja ver la dificultad para el juicio clínico de los pacientes, particularmente en los primeros ingresos a los servicios de urgencias y las dificultades inherentes al procedimiento del triage, que aún es confundido por profesionales de salud con un momento de diagnóstico médico a través de un breve contacto con el paciente y no como el procedimiento de selección y clasificación de pacientes, para que reciban posteriormente, una atención médica completa. No obstante, esta paciente, con pobre capacidad de entrega de la información y las pruebas de imágenes sonográficas abdominales iniciales negativas, pusieron en juego toda la capacidad institucional para el diagnóstico.

Claro...

Como siempre, resulta fácil en una mirada retrospectiva el diagnóstico de un absceso hepático bacteriano con drenaje espontáneo a pleura derecha y a cavidad abdominal que fueron la causa de la falla multiorgánica y el fallecimiento de esta paciente.



<http://gsdl.bvs.sld.cu/greenstone/collect/cirugia/index/assoc/HASH018a.dir/fig8.214g.png>

Un diagnóstico temprano de sepsis y sepsis severa utilizando, como lo sugieren los escritos recientes del doctor Rivers y las revisiones que de ellos se han realizado, dos criterios para determinar el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y con ello dar un inicio rápido del manejo por metas. Es sin duda una estrategia adecuada para una paciente como esta.

Una rápida intervención de rescate, un panel metabólico y toma de cultivos, un inicio rápido de cobertura antibiótica empírica y el uso rápido de métodos invasivos ecoguiados junto con la administración de vasoactivos, mejoran el pronóstico según los estudios médicos citados. No obstante, como en esta paciente, la muerte aún nos vence con frecuencia y requiere de nosotros como Caronte, un token doloroso.

Recomendamos, para una mayor ilustración, particularmente para quienes entregamos la vida en los servicios de urgencias:

- (1) Early Goal Directed Therapy in the Treatment of Severe Sepsis and Septic Shock del doctor Emanuel Rivers, publicado y libre en el New England Journal of Medicine 2001; 345:1368-1377.
- (2) <http://www.survivingsepsis.org/guidelines/Pages/default.aspx>, de 2012
- (3) <http://www.uptodate.com/contents/pyogenic-liver-abscess>
- (4) Mackersie R. Pitfalls in the Evaluation and Resuscitation of the Trauma Patient. Emerg Med Clin N Am. 2010; 28(1):1-27 (NOTA: No se deje engañar por lo de trauma patient... que se ajusta muy bien a pacientes severamente enfermos como esta).

+++++