

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO , UNICA MANIFESTACIÓN DE ABSCESO HEPÁTICO.

Dr.Luis Ruso. FACS.

Publicado en : Arc.Med.Int. 2000 :XII :4; 155 – 158 .

“A la lluvia del Riachuelo...”

RESUMEN

La fiebre de origen desconocido , en casi la mitad de los casos es de origen infeccioso . Entre sus múltiples causas se encuentran los abscesos hepáticos , de los cuales existe el concepto , que su diagnostico es relativamente fácil , con los actuales alcances de la imagenología.-

Esta comunicación analiza, en forma retrospectiva , 8 casos de fiebre prolongada - con una media de 30 dias- cuyo etiología fue un absceso hepático. De 3 pacientes diabéticos ,dos desarrollaron sepsis y fallecieron a consecuencia de la misma .-

Se considera que la presencia de malnutrición e inmunocompromiso, favorecieron la formación de los abscesos ,pero la diabetes fue el factor de mayor gravedad en relación al desarrollo de sepsis y a la mortalidad.

Aunque la ecografía y tomografía computarizada tienen una eficacia mayor al 90% , el tamaño de los abscesos (media 115 mms) evidencia un proceso de larga evolución, lo cual confirma las dificultades para establecer el diagnostico mediante esos estudios . Se estima que la eficacia de los estudios por imágenes, depende de la etapa evolutiva del proceso (necrosis o supuración) y de la posibilidad de diagnósticos diferenciales.-

Se destaca que la punción bajo control imagenológico es el tratamiento de primera elección. La cirugía queda reservada para casos de fracaso o imposibilidad de la punción, topografía del absceso con riesgos de complicaciones o indicación de operar al paciente por otra causa asociada.

Finalmente, se consigna el impacto socio laboral y económico de esta entidad, consecuencia de largos periodos de hospitalización.-

PALABRAS CLAVES : LIVER ABSCESS , FEVER.-

INTRODUCCIÓN.-

La **fiebre de origen desconocido (FOD)** es un cuadro de frecuente consulta en medicina interna , a la cual – ocasionalmente - el cirujano se enfrenta, por dos razones: colaborando con el internista en el diagnostico y tratamiento quirúrgico de la etiología de la FOD o en el entorno de un síndrome febril postoperatorio.

La FOD , se define como un síndrome clínico, cuya signo dominante es la fiebre mayor de 38,3 C , con evolución mayor de 3 semanas sin diagnostico, o luego de una semana de evolución y estudios en un medio hospitalario. (1,2) Quedan excluidas de esta definición,

Caso	Fiebre(dias)	Etiología	Topografía (segmento)	Diámetro (mms)
1	60	Primitivo	V –VI – VII	150
2	20	Colangitis Ag.	III	70
3	20	Primitivo	VI – VII	70
4	30	Post cirugía Oncologica	VI - VII	200
5	30	Primitivo	VII	120
6	20	Primitivo	II – III	50
7	30	Endoc.Bacter.	VII - VIII	120
8	30	Celulitis P.B.	II – III- IV -V	140

2

las enfermedades que tengan como manifestación fiebre prolongada, pero que por su clara expresión clínica o a través de los medios habituales – radiológicos o de laboratorio, se diagnostican rápidamente.(3)

Se describen múltiples etiologías de FOD, aunque debe destacarse que 40 % son de causa infecciosa y 15 % neoplásica (2) Aun con un adecuado e intensivo plan de estudios, entre 5 % y 15 % de los pacientes con FOD, quedan sin diagnóstico.- Varios autores (2,3,4) estiman que los abscesos parenquimatosos como expresión de FOD , han disminuido su frecuencia, lo que se atribuye a la mayor eficacia de la paraclínica e imagenología disponibles. Sin embargo, en la práctica clínica, el diagnóstico precoz de absceso hepático no siempre es fácil .De hecho, su mortalidad continua siendo elevada - entre 13 % y 26 % – lo cual en parte puede atribuirse al retraso diagnóstico. (5, 6)

El presente trabajo analiza los aspectos de diagnóstico , tratamiento y evolución , de un grupo de pacientes portadores de abscesos hepáticos, cuya única manifestación clínica fue la FOD .

MATERIAL Y METODOS .-

Se analiza en forma retrospectiva las historias clínicas de 8 pacientes que durante el periodo abril 1996 y diciembre 1999, ingresaron al Casmu y H. Maciel, portadores de FOD. En el curso de exhaustivas encuestas bacteriológicas, luego de un periodo entre 20 y 60 días (media de 30 días), se les diagnóstico un absceso hepático ,como causa de su cuadro febril .

Cinco hombres y 3 mujeres. Edad entre 46 y 83 años , con un promedio de 65.6 años. Tres de ellos diabéticos tipo II.-

En cuanto a su origen :cuatro fueron abscesos primitivos y 4 secundarios, vinculados a las siguientes patologías no diagnosticadas :colangitis aguda ; uno post quirúrgico, luego de una resección pancreática por cáncer realizada un mes antes, uno con el foco de origen en una celulitis grave de pierna y el restante en curso de una endocarditis bacteriana , sobre una válvulopatía mitral estenosante.

Todos los abscesos fueron únicos .Sus características y topografía se observan en la **tabla 1** .Solo dos casos fueron del lóbulo izquierdo (segmentos II – III – IV) , un caso tomo lóbulo izquierdo y parte del derecho (segmento V) y los cinco restantes fueron todos del lóbulo derecho (segmentos IV – V- VI – VII – VIII)

En seis casos los hemocultivos fueron estériles y dos cultivaron Klebsiella y E.Coli. Los gérmenes cultivados en el pus de los abscesos fueron : E.Coli , Klebsiella, Strepto

agalactiae, en tres pacientes fueron estériles y en los dos restantes solo se registro el resultado de los estudios directos: bacilos gram negativos.- En un paciente (caso 8) aunque se cultivo Klebsiella , la radiología simple de pierna, mostró producción de gas en el celular subcutáneo.

Tres pacientes eran diabéticos tipo II. Dos de ellos, desarrollaron sepsis.

Se utilizaron tres tipos de procedimientos para tratamiento de estos abscesos. La punción aspiración bajo control imagenológico (3 casos) , a uno de los cuales debió asociarse drenaje quirúrgico en segunda instancia .Punción , aspiración y drenaje externo con tubo de la cavidad también bajo control imagenológico (3 casos) que fueron efectivas para solucionar el problema . La evacuación quirúrgica del absceso se realizo en cuatro oportunidades, tres de ellas de elección, porque el paciente tenia indicación de cirugía por la etiología del proceso (colangitis aguda, celulitis grave de pierna y exploración en el curso de un postoperatorio) y un caso por fracaso de la punción aspiración . En un paciente (caso 4) la evacuación quirúrgica , fue seguida de una punción aspiración ,por reproducción del absceso, en un entorno de sepsis . Todos fueron tratados con antibióticos adecuados, una vez establecido el diagnostico etiológico.

Para los pacientes con buena evolución, la estadía hospitalaria luego del diagnostico y tratamiento fue entre 5 y 26 días (media de 17.33 días).

Fallecieron dos pacientes, de sepsis , ambos diabéticos , uno en el curso del posoperatorio alejado (un mes)de una reseccion por cáncer de páncreas y el otro etilista intenso, afectado de una celulitis grave de partes blandas de pierna a gérmenes anaerobios.-

COMENTARIOS.

La fiebre, es la rotura del equilibrio entre los sistemas termogénico y termolítico y tiene el mismo mecanismo fisiopatológico para procesos de muy diferentes etiologías, lo cual la convierte en un signo totalmente inespecifico y puede ser producida por enfermedades infecciosas y no infecciosas. Mas del 40 % de la FOD, es producida por noxas infecciosas, de las mas variadas especies: virus, bacterias(incluyendo rickettsias, espiroquetas, clamidias y micoplasmas) , hongos, protozoarios y helmintos.

El 50% de los casos de FOD depende de unas pocas etiologías comunes, pero que se presentan bajo una forma clinica poco habitual, que las hace difíciles de ser reconocidas; entre las que se encuentran los abscesos intrabominales .-

Aun asi, Torres (7) muestra en 157 casos de FOD - estudiados entre 1980 y 1996 - en los que predominó la causa infecciosa (41%), que en el 21% de los casos no se logro establecer el diagnostico etiológico.

Para los abscesos hepáticos, la dificultad diagnostica es variable . Para Hashimoto (8) el tiempo transcurrido ,entre el inicio de los síntomas (incluyendo la fiebre) y el diagnostico, oscila entre uno y 60 días, con una media de 5 días ,pero solo en el 11 % de los casos el diagnostico se hizo luego de 15 días. Para Moulds (9) fue entre 3 y 1095 dias, con una media de 30 dias. No hemos encontrado en la literatura la incidencia de abscesos hepáticos ,que se presentan sólo como FOD .

En la mitad de nuestros pacientes ,el absceso constituyo el único foco infeccioso ,lo cual coincide con la literatura, que ubica la prevalencia de los abscesos primitivos entre el 18% y 62 % de los casos (8, 9, 10) .Solo en un caso (diabetes) el paciente tenia factores

favorecedores de infección. Coincidimos con Moulds (9) que las condiciones asociadas de diabetes, malnutrición e inmunocompromiso están en la base de la formación de los abscesos primitivos. En esta breve casuística, la diabetes fue el factor de mayor gravedad en relación al desarrollo de sepsis y a la mortalidad.- En la serie de Chou (10) el 59 % de los abscesos primitivos transcurrían en diabéticos, aunque esta etiología no afectó la mortalidad de los enfermos. Por el contrario Holt (11) encuentra una relación directa entre diabetes y absceso solitario de hígado. El 35 % de los abscesos únicos eran diabéticos y fallecieron el 40% de los casos.

Del análisis de pacientes fallecidos, se destaca que en ambos casos desarrollaron sepsis. Los abscesos hepáticos fueron secundarios a celulitis grave de partes blandas y a una complicación en el posoperatorio de una amplia cirugía de excisión oncológica. Ambas son enfermedades infecciosas comunes que pasaron desapercibidas y que en su evolución, condicionaron el desarrollo de los abscesos. Aunque también se asociaron otros factores favorecedores de infección y depresores de la inmunidad: diabetes, alcoholismo, TBC.-

Los abscesos hepáticos posoperatorios en cirugía oncológica abdominal (incluyendo duodenopancreatectomía), no son frecuentes. Marcus (12) en una serie de 35 casos, muestra algunas particularidades: la mitad fueron de origen miótico; el diagnóstico se estableció de forma muy variable, entre 14 días y 14 meses y la mortalidad por infección fue del 14 %, proporcional al retraso diagnóstico.-

Se ha generalizado el concepto que los abscesos hepáticos son actualmente fáciles de detectar gracias a la ecografía y a la TAC. Sin embargo, en nuestra serie, el tamaño de los abscesos (media de 115 mms) muestra un proceso largamente evolutivo, que debe vincularse a la oportunidad en la cual se solicita el estudio imagenológico.

El estudio del hígado puede ser muy precoz o demasiado tardío, cuando no se pensó en un absceso hepático como etiología de la FOD. En este sentido, existen variaciones importantes en el aspecto de estas lesiones. En etapa temprana, de necrosis, sin supuración pueden aparecer como imágenes sólidas o relativamente sólidas, de similar aspecto que el resto del parénquima hepático. Las imágenes de abscesos en etapa precoz, pueden mostrarse como un estudio falso negativo o presentarse al diagnóstico diferencial con hematomas y tumores sólidos. (13)

En etapa de supuración, el diagnóstico es evidente, pero la presencia de líquido, también puede plantear diagnósticos diferenciales con quistes simples o hidáticos y allí la correlación con la clínica es fundamental. (13)

Debe considerarse que la ecografía y la TAC pueden ser útiles aun en pacientes asintomáticos pues su sensibilidad, se ubica en 89% para la ecografía y 93 % para la TAC. (14)

Si el diagnóstico es incierto, luego de estos estudios, se recomienda: centellograma con galio, aunque son frecuentes los resultados falsos positivos. (15) y su sensibilidad es variable entre 14 % y 75 % (9 , 14) En ningún de nuestros casos se utilizó la fibrolaparoscopia ni la biopsia hepática como auxiliar diagnóstico. La biopsia de hígado, aun sin datos clínicos orientadores, en un 15 % de los casos, aporta elementos que ayudan al diagnóstico. La fibrolaparoscopia (16) es de utilidad si el absceso sobresale en los sectores visibles del hígado y puede realizarse la evacuación del mismo bajo visión directa.- Su limitante es frente a abscesos de los segmentos posteriores del hígado VII – VIII y en los abscesos centro-hepáticos, no emergentes, que no son accesibles por este método.

Hay consenso que el tratamiento exclusivo con antibióticos ,sin evacuación, se acompaña de 100 % de mortalidad. A la inversa, antes de la era antibiótica la mortalidad operatoria era de 69 %. (8)

Actualmente, los principios de tratamiento de los abscesos hepáticos piogenos, son evacuación y antibioticoterapia .

En esta serie , el perfil microbiológico con predominio de gérmenes aerobios gram negativos, fue coincidente con la literatura (8) . Se inicio en forma empírica antibioticoterapia de amplio espectro, como es usual en nuestro medio. Por la presencia de gas ,en la radiología de pierna de un paciente, se le administraron anaerobicidas desde el ingreso .

La primera elección, para la evacuación de un absceso, es mediante punción bajo control imagenológico. Depende de las características del pus y el tamaño de la cavidad residual ,la necesidad de colocar un drenaje permanente al exterior ;cuya mayor ventaja , es que permite lavar la cavidad . El índice de fracasos de esta técnica , oscila entre 9 % y 21 % .-(4, 5, 8, 14)

La cirugía solo tiene indicación frente al fracaso de la evacuación por punción o ante la necesidad de operar al paciente por otra causa, o una localización de acceso difícil o peligroso ; particularmente el sector VIII, postero-superior , que se relaciona con las venas cava y suprahepatica derecha. La necesidad de reintervenir a los pacientes alcanza al 18.5 % (14) La mortalidad de ambos métodos (cirugía y drenaje percutáneo) son similares ,como lo muestra el **cuadro 1**,

Una vez establecido el diagnostico e instaurado el tratamiento, la estadía hospitalaria fue prolongada (media de 17.33 días),lo cual sumado al promedio de 30 días previos de FOD, implica cerca de 2 meses de limitación laboral , con su consecuente impacto económico sobre el individuo y el sistema de salud.-

Procedimiento	Fu Chou	Hashimoto	Huang	Fu Chou
Drenaje percutáneo	19.6 %	14.2 %	26 %	13.6 %
Cirugia	20.8 %	----	14 %	14.1 %

Cuadro 5 - Abscesos hepáticos. Mortalidad según procedimiento.

BIBLIOGRAFÍA Y CONSULTAS : lruso@chasque.apc.org