

METÁSTASIS HEPÁTICA NECROSADA

C. Salvia-López Ramos, P. Rendón-Unceta

Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Descripción del caso clínico

Mujer de 73 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus insulín-dependiente y cardiopatía isquémica. Consulta por dolor abdominal y se constata una anemia ferropénica. Se inicia estudio ambulatorio y en una colonoscopia se demuestra una neoplasia no obstructiva en sigma con histología de adenocarcinoma infiltrante y en la TAC abdominal realizada para estudio de extensión se objetivan múltiples lesiones ocupante de espacio en hígado sugestivas de metástasis. Durante el estudio de extensión la paciente experimenta un deterioro del estado general, con aumento del dolor abdominal y desarrollo de ictericia, procediéndose a su ingreso.

A la exploración existía mal estado general, con ictericia de piel y escleras y dolor a la palpación abdominal, sin datos de irritación peritoneal, palpándose una hepatomegalia. En la analítica presentaba: 7.9 g/dl de hemoglobina, 500.000 plaquetas, 30.600 leucocitos con 80% de neutrofilos, GOT 636 U/l, GPT 271 U/l, LDH 2855 U/l, bilirrubina total 20.4 mg/dl, conjugada 20.3, Proteína C reactiva 48, fibrinógeno 757 mg/dl.

En una ecografía abdominal se observaba un hígado aumentado de tamaño, con múltiples lesiones isoecogénicas con halo hipoeicoico, de diferentes tamaños, distribuidas por ambos lóbulos (Figura 1). En el segmento 5 del lóbulo derecho destacaba una lesión de mayor tamaño (10 cm), de aspecto líquido y con focos ecogénicos con reverberación sugestivo de gas (Figura 2). Con la sospecha de metástasis necrosada y sobreinfectada se realizó, con un catéter del 5 F, una punción aspiración de 150 cc de material líquido achocolatado, cuyo cultivo fue negativo, con desaparición del componente líquido (Figura 3). Se asoció tratamiento antibiótico, mejorando el estado general de la paciente, manteniéndose afebril y con descenso de los reactantes de fase aguda, procediéndose al alta. A los 45 días, la paciente falleció como consecuencia de su proceso neoplásico de base.

Comentarios a la imagen

Las metástasis hepáticas hipovascularizadas pueden experimentar necrosis y, en el curso de bacteriemias, desarrollar una sobreinfección de las mismas. La imagen ecográfica de una de las metástasis que presentaba esta paciente, con un predominio del componente líquido y presencia de gas, junto al rápido deterioro del estado clínico con elevación de los reactantes de fase aguda, hacen sospechar la necrosis y sobreinfección por probable bacteriemia de origen intestinal.

El drenaje percutáneo guiado por ecografía, asociado a tratamiento antibiótico sistémico, se presenta hoy día como la opción terapéutica de elección para el tratamiento de los abscesos hepáticos mayores de 3 cm, simples o com-

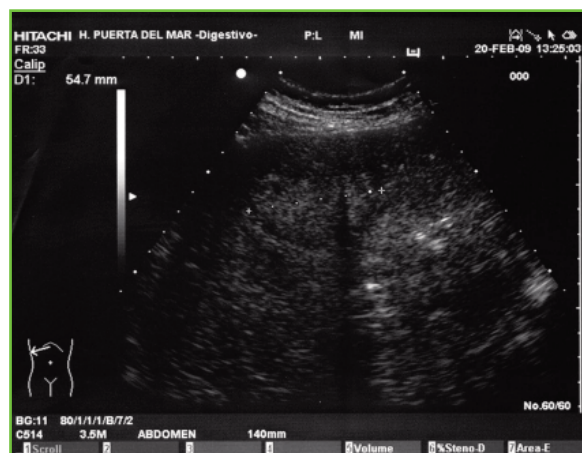


Figura 1

Corte del lóbulo hepático derecho con lesión focal de 54 mm isoecogénica con un halo hipoeicoico que la delimita del resto del parénquima, en el contexto de la paciente, sugestiva de metástasis hepática.



Figura 2

Corte transversal del lóbulo derecho con lesión focal en el segmento 5, de 10 cm, anecoica con focos ecogénicos con reverberación en su periferia. El aspecto líquido de la lesión con gas en su interior sugiere sobreinfección de metástasis necrosada.



Figura 3

Corte transversal del lóbulo derecho hepático, donde se aprecia la lesión de la figura 2 tras realizar una punción aspiración de su contenido líquido.

plejos, con una eficacia entre el 60 y el 95%¹. Requiere una adecuada visualización sin interposición de estructuras que contraindiquen la punción (vasos de grueso calibre, vías biliares o vesícula biliar). El drenaje puede realizarse mediante la colocación de un catéter o, como se propone en los últimos años, mediante aspiración. La existencia de un tumor subyacente resta eficacia al tratamiento percutáneo y condiciona que este sea realizado con fines paliativos, como en nuestro caso². Se comunica mejoría clínica y biológica en el 75% de los casos³, pero con frecuencia son drenajes que precisan de catéteres de permanencia prolongada, incluso hasta el fallecimiento del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rendón P, Macías M. Drenaje de colecciones abdominales. Indicaciones, técnica y resultados. RAPD Online 2008-vol31-n2p124-9. En: www.sapd.es/revista.
2. Lang EK, Springer RM, Glorioso LW, Cammarata CA. Abdominal abscess drainage under radiologic guidance: causes of failure. Radiology 1986; 159: 329-36.
3. Mueller PR, White EM, Glass-Royal M, Zemon RK, Saini S et al. Infected abdominal tumors: Percutaneous catéter drainage. Radiology 1989; 173: 627-9.