

ABSCESO HEPÁTICO POR STREPTOCOCCUS CONSTELLATUS Y ADENOCARCINOMA DE COLON

M. De Sola-Romero, M. Jiménez-Sáenz

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Descripción del caso clínico

Mujer de 67 años de edad, con antecedentes personales de hipertensión arterial, reflujo gastroesofágico y hemorroides internas. Intervenida hacía 10 años de histerectomía por miomas uterinos. Negaba antecedentes familiares de interés. Acudió a urgencias por síndrome febril de hasta 39 °c de 8 días de evolución acompañado de molestias abdominales difusas algo mayores en fosa iliaca izquierda. Refería además los días previos al ingreso un cuadro de diarrea con escasos restos de sangre roja en heces que la paciente atribuye a sus hemorroides. La exploración física demostró febrícula, auscultación cardiaca y pulmonar normal. El abdomen presentaba dolor leve a la palpación profunda en fosa iliaca izquierda sin signos de irritación peritoneal ni otros hallazgos de interés.

Analíticamente presentaba una discreta neutrofilia sin leucocitosis, siendo la serie roja, plaquetas, el tiempo de protrombina y parcial de tromboplastina normales. En cuanto a la bioquímica, la bilirrubina total era de 2.31 mg/dl, la bilirrubina directa de 1.59 mg/dl, la GOT de 72 U/l (n<36 U/L) y la GPT de 73 U/l (n<40 U/L). El resto de los parámetros hepáticos y de función renal eran normales. Los urocultivos y hemocultivos seriados fueron negativos.

Desde el servicio de urgencias se le practicó una ecografía y una TAC de abdomen sin contraste que demostraron

la presencia de una imagen nodular hiperecoica e hipodensa en lóbulo hepático derecho, bien delimitada de 8,6x5x4 cm compatible con hemangioma (Figura 1). La vesícula biliar contenía múltiples cálculos sin signos de colecistitis. No existía dilatación de vías biliares ni otros hallazgos de interés. En las 24 horas posteriores al ingreso la paciente comienza con muy mal estado general y fiebre de 39°C, con escalofríos, por lo que se decide realizar una TAC urgente con contraste que sugería, junto con los datos clínicos, que la lesión hepática se trataba

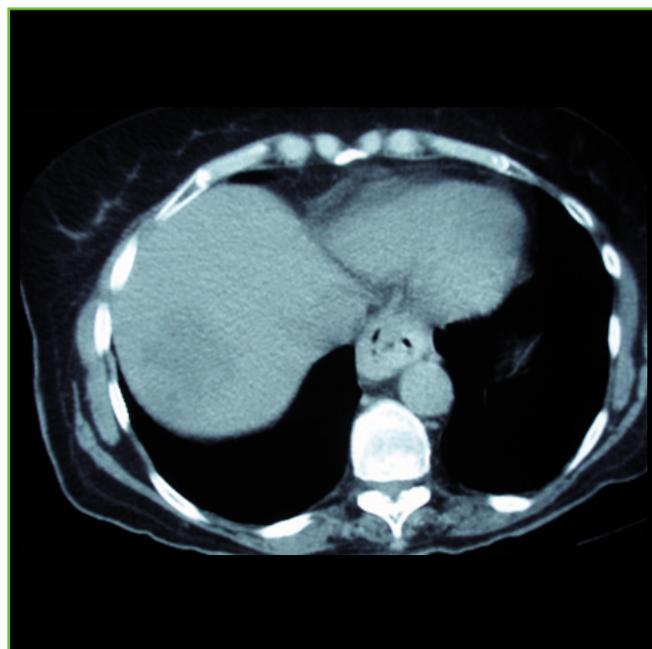


Figura 1

TAC abdominal sin contraste intravenoso con lesión focal en lóbulo hepático derecho, que se interpretó como un posible hemangioma.

CORRESPONDENCIA

Manuel De Sola-Romero
Servicio de Aparato Digestivo.
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

woowmatrix@hotmail.com

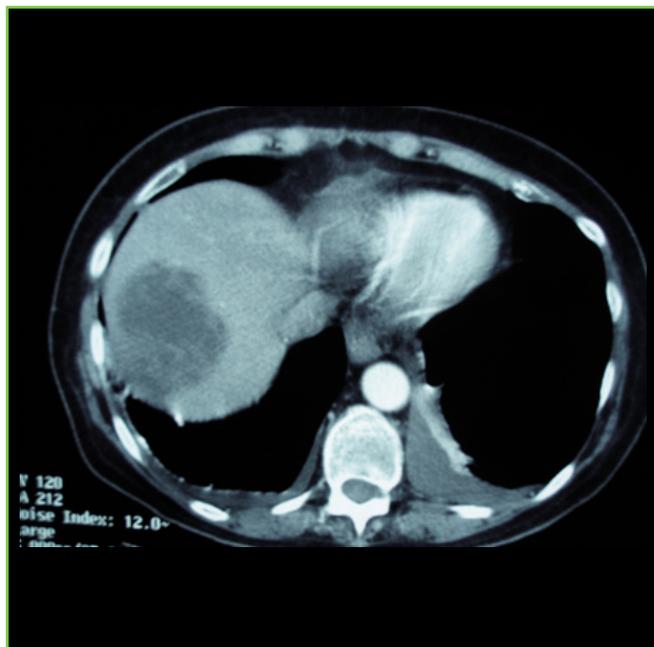


Figura 2

La presencia de signos sugerentes de un proceso séptico, obligó a realizar un TAC abdominal con contraste intravenoso, en el que la lesión focal mostraba características que hacían pensar en un absceso hepático.

realmente de un absceso hepático (Figura 2). Se decidió realizar una punción diagnóstica con aguja fina de la lesión, obteniéndose material purulento, y se procedió a la colocación de un tubo percutáneo de drenaje. En el líquido del drenaje del absceso hepático se aisló *Streptococcus Constellatus*.

Con el drenaje y el tratamiento antibiótico con piperacilina-tazobactam la paciente evolucionó favorablemente



Figura 3

El drenaje percutáneo demostró el carácter purulento del exudado y se siguió de una mejoría clínica y radiológica en los días siguientes.

(Figura 3) mejorando su estado general y remitiendo los picos febriles a los 4 días de la colocación del drenaje percutáneo, aunque aun persistían las molestias en fosa iliaca izquierda. Como complicaciones presentó un hematoma hepático subcapsular de unos 12 cm así como un pequeño derrame pleural bilateral que fueron disminuyendo en los posteriores controles radiológicos. Durante su ingreso hospitalario se le realizaron una ecocardiografía que no demostró la existencia de vegetaciones endocárdicas.

Comentarios

¿Practicaría alguna exploración complementaria más?. Evidentemente no podemos olvidar que junto al cuadro séptico la paciente había tenido rectorragias, aunque autolimitadas. Por ese motivo se practicó una colonoscopia, en la que se encontró a 30 cm del margen anal un pólipo semipedunculado, de unos 5 cm de diámetro, con una superficie irregular y consistencia blanda (Figura 4). Se extirpó con asa de polipeptomía y su estudio anatomopatológico reveló un adenocarcinoma infiltrante sobre un pólipo adenomatoso tubulovelloso.

El absceso hepático piógeno es una enfermedad rara con una incidencia de 2,3 casos/100000 habitantes¹. El 25% de los abscesos hepáticos piógenos son producidos por *Streptococcus milleri*², grupo al que pertenece el *Streptococcus Constellatus* aislado en nuestro caso. Los *Streptococcus milleri* son estreptococos gram negativos, anaerobios facultativos de la flora orofaríngea, genital y tracto gastrointestinal en sujetos sanos. En pacientes inmunodeprimidos, diabéticos, adictos a drogas via parenteral, neutropénicos o pacientes con una neoplasia subyacente, tienden a formar abscesos (cerebrales, pulmonares, hepáticos, subcutáneos). La mayoría

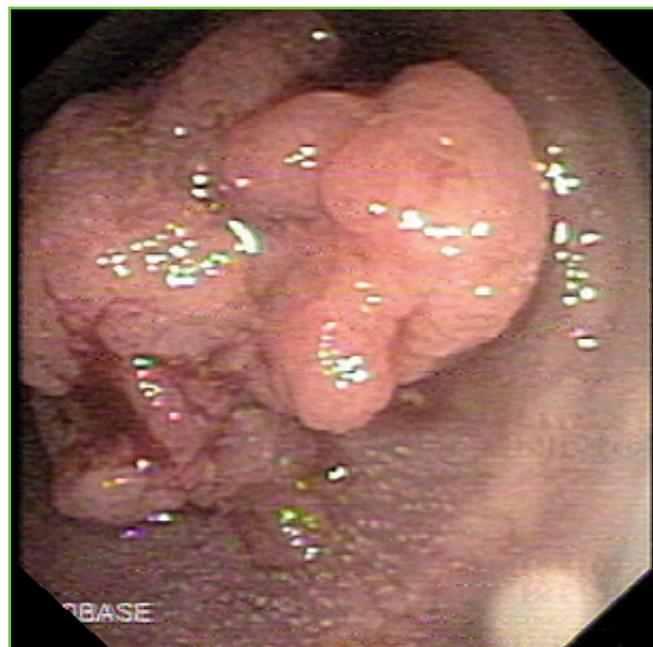


Figura 4

A 30 cm del margen anal se encontró un pólipo semipedunculado, de unos 5 cm de diámetro, de superficie irregular, que resultó ser un adenocarcinoma infiltrante sobre un pólipo adenomatoso tubulovelloso.

de los abscesos hepáticos son secundarios a focos infecciosos originarios de las vías biliares (principalmente por colangitis ascendente), o a procesos abdominales que acceden al hígado mediante diseminación hematológica a través de la vena porta (pileflebitis portal).

El *Streptococcus Constellatus* no causa frecuentemente abscesos hepáticos. Pero existen en la literatura un creciente número de publicaciones sobre abscesos hepáticos piógenos de origen oscuro asociados a neoplasias digestivas³⁹. También asociados a patología colónica no neoplásica¹⁰⁻¹¹. Este mismo hecho se ha señalado en el caso de abscesos hepáticos por *Gemella Morbillorum*¹². Se piensa que su vía de transmisión sería a partir de una disrupción mínima de la mucosa colónica que permitiría una bacteriemia transitoria⁸. Este caso viene a reforzar la necesidad de realizar un estudio del tracto gastrointestinal en búsqueda de neoplasias en pacientes con abscesos hepáticos sin un claro foco primario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaplan GC, Gregson DB, Laupland KB, Population-based study of the epidemiology of and the risk factors for pyogenic liver abscess. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004;2:1032.
2. Gray T. *Streptococcus anginosus* group: clinical significance of an important group of pathogens. *Clin Microbiol News* 2005;27:155-9.
3. Kwon Y, Dang ND, Elmunzer BJ. Gastrointestinal stromal tumor complicated by *Streptococcus milleri* bacteremia and liver abscess. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2009;21:824-6.
4. Muto M, Ohtsu A, Boku N, Tajiri H, Yoshida S. *Streptococcus milleri* infection and pericardial abscess associated with esophageal carcinoma: report of two cases. *Hepatogastroenterology* 1999;46:1782-4.
5. Rich M, Radwani S. *Streptococcus milleri* infection and pericardial abscess associated with esophageal carcinoma: report of two cases. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1993; 12:225.
6. Gleason D, Fielding J, Heath D. *Streptococcus milleri* liver abscesses associated with leiomyosarcoma of the ileum. *Postgrad Med J* 1983; 59:323-324.
7. Tzur T, Liberman S, Felzenstein I, Cohen R, Rivkind AI, Almogy G. Liver abscesses caused by *Streptococcus milleri*: An uncommon presenting sign of silent colonic cancer. *Isr Med Assoc J.* 2003 Mar;5(3):206-7
8. Fernández M, Guerra Vales J.M, Castelbón F.J, Llenas J. Absceso hepático piógeno como manifestación inicial de un adenocarcinoma silente de colon. *Rev Esp Enferm Dig* 2007; 99: 299-306.
9. Lim WC, Lim CC. Silent colorectal carcinoma and pyogenic liver abscess. *J Gastroenterol Hepatol* 2004; 19: 945-6.
10. Harnik IG. Pyogenic liver abscess presenting after malignant polypectomy. *Dig Dis Sci* 2007;52:3524-5.
11. Legout L, Senneville E, Yazdanpanah Y, Viget N, Baclet V, Berha JM, et al. Multiple liver abscesses caused by *Streptococcus constellatus* in association with diverticulitis. *Rev Med Interne* 2003;24:627-9.
12. Millán Rodríguez AB, Jiménez Sáenz M, Herrerías Gutiérrez JM. An infrequent presentation of *Gemella morbillorum* infection: liver abscess. *Gastroenterol Hepatol* 2003;26:396.