

PRESENTACIÓN DE CASO

Presentación de un neonato con absceso hepático

Presentation of a Neonate with Liver Abscess

Isabel María Mulet Santiesteban¹, Gregoria Rita Oset Rodríguez², Lourdes Prieto Oset¹, Carmen Marrero Fuentes¹, María Teresa Bertot³

1. Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Neonatología. Asistente. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.
2. Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de Primer Grado en Neonatología. Asistente. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.
3. Especialista de Primer Grado en Neonatología. Máster en Bioética. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

RESUMEN

El absceso hepático es infrecuente en el período neonatal y presenta mal pronóstico. Se reportó el caso de un neonato masculino, pretérmino tardío, de buen peso, con un absceso hepático único que se diagnosticó clínicamente y se confirmó por ultrasonido a los quince días de edad, secundario a un cateterismo venoso umbilical, realizado para una exanguíneo-transfusión, debido a una isoimmunización Rh. Se describió su evolución clínica, ultrasonográfica, así como la terapéutica antimicrobiana utilizada. No se realizó drenaje quirúrgico del absceso.

Palabras clave: absceso hepático, neonato, cateterismo venoso umbilical.

ABSTRACT

In the neonatal period liver abscess is uncommon; its prognosis is generally poor. A male neonate, late preterm good weight, with a single liver abscess was diagnosed clinically and

ultrasonographically at fifteen days old, secondary to umbilical venous catheterization, performed for an exchange transfusion due to isoimmunization Rh was presented. Clinical, ultrasonography evolution as well as antimicrobial therapy used was described. No surgical drainage was performed.

Keywords: liver abscess, neonate, venous umbilical catheterization.

INTRODUCCIÓN

El cateterismo de la vena umbilical permite el acceso venoso de emergencia en recién nacidos, pero no está exento de riesgos. Desde la década de los años sesenta, se reportan complicaciones que incluyen trombosis, flebitis y necrosis hepática^{1, 2}.

El absceso hepático único es una complicación excepcional, e infrecuente, asociada con el cateterismo venoso umbilical. La etiología principal es el paso de bacterias a través de la vena umbilical. Las primeras publicaciones sobre esta enfermedad revelan un pronóstico casi uniformemente fatal sobre la base del diagnóstico postmortem en la mayoría de los casos^{2,3}.

El objetivo de esta contribución fue mostrar el cuadro clínico e imagenológico, así como la evolución de un recién nacido, pretérmino tardío, de buen peso, que tras un cateterismo venoso umbilical para realizar una exanguíneo-transfusión, por una isoimmunización Rh, presentó un absceso hepático.

PRESENTACIÓN DE CASO

En la maternidad del Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin, de Holguín, en mayo 2013, se asistió recién nacido masculino, nacido por cesárea a las 36 semanas de edad gestacional, madre Rh negativo con prueba de Coombs directo positivo 1/16, puntaje de Apgar 8-9, peso 3 240 g; se trasladó a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), presentó coloración pálida icterica, hepatoesplenomegalia y edema generalizado, signos de insuficiencia respiratoria, requirió asistencia ventilatoria mecánica.

Se realizó cateterismo venoso umbilical de urgencia, se tomó muestra de sangre para exámenes complementarios, en los cuales se constataron valores de Hb 70 g/l, Hto 0,21l/l, bilirrubina sérica

7,7 mg/dl, conteo de reticulocitos 226×10^{-3} , grupo sanguíneo A, factor Rh positivo, prueba de Coombs directo positivo y gasometría con acidosis mixta severa e hipoxemia.

Se transfundió con glóbulos grupo O factor negativo, a 20 ml x kg de peso, después de estabilizarse, se le administró inmunoglobulina G (intacglobin) a razón de 500 mg x kg de peso y a las cinco horas de edad, se realizó exanguíneo-transfusión, sin accidente. Recibió además, tratamiento con fototerapia intensiva, antibioticoterapia con ampicillin (50 mg x kg x dosis) y amikacina (7,5 mg x kg x dosis) y cuidados generales.

A las 26 h se realizó ultrasonido abdominal, donde se observó aumento de la ecogenicidad del parénquima hepático y dilatación de la porta. El catéter venoso umbilical se retiró a las 46 h. Se mantuvo crítico y a las 72 h presentó manifestaciones neurológicas; por la posibilidad de una infección a nivel del sistema nervioso central, se suspendió ampicillín y amikacina y se inició tratamiento con fosfocina (200 mg x kg x día) y meronem (60 mg x kg x día). Continuó con apoyo respiratorio mecánico.

A los 15 días comenzó a presentar fiebre, trastornos de perfusión periférica, gradiente térmico e incremento de la hepatomegalia, se palpó a nivel del tercio medio hepático una tumoración de aproximadamente 2 cm que sobresalía del reborde hepático que pareció dolorosa a la palpación. En el ultrasonido se observó hepatomegalia y en el lóbulo derecho se apreció imagen ecogénica de 42,6 mm x 36,1 mm, la porta midió 4 mm ([fig. 1](#)).



Fig. 1. Absceso hepático antes del tratamiento

Por los antecedentes y cuadro clínico se diagnosticó absceso hepático. Se inició tratamiento con metronidazol (30 mg x kg x día), ceftriaxone (100 mg x kg x día) y vancomicina (30 mg x kg x día), así como con medidas generales. En las siguientes 12 h se mantuvo con fiebre, inestabilidad ventilatoria y gradiente térmico. A las 24 h de iniciado el tratamiento, se observó mejoría clínica y ultrasonográfica, cuatro días después disminuyó la imagen observada a 38,9 mm x 22,4 mm (fig. 2). A los 20 días de edad se retiró del tratamiento ventilatorio. A los 30 días se realizó ultrasonido con resultado normal. No necesitó otro tipo de intervención y a los 32 días de edad se egresó de la maternidad con una evolución exitosa.



Fig. 2. Absceso hepático después del tratamiento

DISCUSIÓN

El absceso hepático en el período neonatal no es frecuente y posee muy mal pronóstico, puede ser idiopático o secundario a la cateterización de la vena umbilical y según la literatura, la sepsis es el factor de predisposición más frecuente. Otros factores predisponentes son la nutrición parenteral total, la enterocolitis necrotizante y la cirugía de hígado y vesícula biliar. La vena umbilical es una ruta de paso de bacterias que pueden crear un foco de infección en el área de drenaje de la vena porta. La vena umbilical es una fuente frecuente de infección en el recién nacido⁴.

Los abscesos hepáticos pueden ser únicos o múltiples. Esta última variedad es más común y se caracteriza por una evolución fulminante con compromiso hepático y de otros órganos que presentan múltiples abscesos pequeños. Por el contrario, el absceso hepático único tiene una evolución subaguda, es poco sintomático y el 70 % de los casos se localiza en el lóbulo hepático derecho. Desde el año 1961, en todos los casos publicados, aparece el antecedente de

cateterismo venoso umbilical y durante la última década, la mitad de los pacientes presentan una enterocolitis necrotizante que requirió un procedimiento quirúrgico abdominal^{2,5}.

El diagnóstico del absceso hepático en neonatos puede ser difícil. Es posible observar apariencia séptica, fiebre, intolerancia a la alimentación, vómitos y distensión abdominal, así como una masa abdominal palpable o la exudación de material purulento a través de la pared abdominal, la hepatomegalia es poco específica.

En los exámenes de laboratorio se pueden encontrar leucocitosis, trombocitopenia, las enzimas hepáticas normales o elevadas. Los test de función hepática no son de mucha utilidad, en la literatura revisada la mayoría de los pacientes tienen el diagnóstico de enzimas hepáticas y bilirrubina en los límites normales.

La radiografía de tórax y abdomen simple puede mostrar elevación del hemidiafragma derecho, derrame pleural en el ángulo costofrénico derecho y aire en la cavidad del absceso. Actualmente, el scanner y la ecografía abdominal con alta resolución permiten delimitar entre el parénquima hepático y áreas císticas tan pequeñas como 0,2 cm^{2,6}.

Los agentes etiológicos más frecuentes son los gérmenes *gram negativos*, anaerobios, así como *Pseudomona aeruginosa* y *Staphylococcus aureus*. En el caso referido, el neonato no recibió tratamiento quirúrgico, se trató de forma satisfactoria con antimicrobianos intravenosos de amplio espectro, y esta conducta es consistente con otros reportes revisados^{3,7}.

La duración del tratamiento es controversial, sin embargo, entre dos y tres semanas con antibióticos sistémicos de amplio espectro, es adecuado. Para practicar la hepatocentesis (drenaje percutáneo), se debe considerar las condiciones del paciente, el tamaño del absceso (mayor de 5 cm), la localización en el lóbulo izquierdo y la inminente rotura a cavidades vecinas. En la literatura no existe consenso sobre cuál es la opción más acertada, sin embargo, se establece que, una vez que el absceso se diagnostica, es imperioso el drenaje para evitar su rotura a la cavidad peritoneal, el espacio pleural o vísceras adyacentes^{3,4}.

En el caso expuesto, debido a sus condiciones clínicas, se decidió tratamiento médico con los antimicrobianos descritos anteriormente, no se practicó drenaje percutáneo, ni abordaje quirúrgico y la evolución clínica fue satisfactoria. El uso del catéter venoso umbilical, la realización de exanguíneo-transfusión, así como, el cuadro de infección, contribuyó a la formación del absceso hepático. La ecografía abdominal permitió el diagnóstico y seguimiento de su evolución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Scott J. Iatrogenic lesions in babies following umbilical vein catheterization. Arch Dis Child. 1965 [citado 11 mar 2014]; 40(212): 426-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2019289/pdf/archdisch01577-0086.pdf>
2. Bustos BR, Cordero SL. Absceso hepático piógeno: complicación del cateterismo venoso umbilical en un paciente prematuro. Rev Chil Pediatr. 2001 [citado 11 mar 2014]; 72(5). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062001000500009&lng=es
3. Palmero MI, Araujo O, Rodríguez S, Marrugo M. Abscesos hepáticos en el período neonatal: reporte de siete casos y revisión de literatura. Rev Obstet Ginecol Venezuela. 2008 [citado 11 mar 2014]; 68(2):109-13. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v68n2/art08.pdf>
4. Simeunovic E, Arnold M, Moore SW. Liver abscess in neonates. Pediatr Surg Int. 2009 [citado 11 mar 2014]; 25(2). Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00383-00>
5. Lam HS, Li AM, Chu WCW, Yeung CK, Fok TF, Ng PC. Mal positioned umbilical venous catheter causing liver abscess in a preterm infant. Biol Neonate. 2005 [citado 11 mar 2014]; 88(1):54-6. Disponible en: <http://www.karger.com/Article/Pdf/84718>
6. Bosnali O, Moralioglu S, Pektas O. Liver abscess: Increasing occurrence in premature newborns. J Neonat Surg. 2013 [citado 11 mar 2014]; 2(2). Disponible en: <http://www.jneonatsurg.com/ojs/index.php/jns/article/view/49/77>
7. Tan NWH, Sriram B, Tan Kendrick APA, Rajadurai VS. Neonatal hepatic Abscess in preterm infants: A rare entity? Ann acad Med Singapore. 2005 [citado 11 mar 2014]; 34(9). Disponible en: http://annals.edu.sg/pdf/34VolNo9200510/V34N9p558.pdf?origin=publication_detail

Enviado: 7 de noviembre de 2014

Aprobado: 5 de enero de 2015

Dra. *Isabel María Mulet Santiesteban*. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

Correo electrónico: mmulet@hvil.hlg.sld.cu