

ATENEO CENTRAL CEM 1:

**FIEBRE, ICTERICIA
y.....???**

OBJETIVO

Presentar el caso clínico de un paciente (que permanece aún internado) en el cual la clínica de ingreso y la evolución posterior, generaron diversos planteos diagnósticos y motivaron la intervención de varios especialistas

Caso Clínico

Fecha de Ingreso: 12/03/2015

Edad: 17 años

Sexo: masculino

Peso: 82 kg

Motivo de Internación

Fiebre, dolor abdominal, vómitos de una semana de evolución e ictericia desde 48 hs previas a la internación

Antecedentes Personales

RNTPAEG (2.750 gr), parto eutócico, embarazo controlado, con serologías maternas negativas, vacunación completa, sin antecedentes patológicos de importancia

Antecedentes familiares

Padre chagásico

Abuelo con cirrosis de etiología alcohólica

Medio socioeconómico adecuado

Examen Físico al Ingreso

- regular estado general
- febril (39°)
- ictericia generalizada
- abdomen: BD y doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, RHA +
- hígado palpable (2cm RCD)
- coluria y deposiciones desligadas

Laboratorio

Hemograma: 22.800 GB p/mm³, Hto: 39,9 %, Hb: 13,2 gr%,
plaquetas: 48.000 p/mm³

Orina: pH 6, densidad: 1005, pigmentos biliares +, hematíes:++

Exámenes complementarios

Ecografía abdominal: hepatomegalia con ecogenicidad levemente disminuída, vía biliar intrahepática visible, vesícula no dilatada con paredes engrosadas de 8,6 mm, alitiásica

Diagnósticos al Ingreso

Síndrome Colestásico: Colecistitis/Colangitis

Hepatitis a descartar etiología

Plaquetopenia

Interconsultas al Ingreso

Servicio de Cirugía:

No impresiona abdomen agudo quirúrgico

Tratamiento Inicial

Cefotaxime: 2gr ev. (previa toma de hemocultivos)

HP: 2500/70/30 flujo 3

Ranitidina: 300 mg/día

Alimentación suspendida

Laboratorio al Ingreso al CEM 1

Hemograma: GB: 18.500 p/mm³ (3-73-0-1-13-10), Hb: 13.9 gr%, Hto: 40,9%, **plaquetas: 19.600 p/mm³**

PCR: **174,2 mg/l**

Urea: 23,3 mg%

Creatinemia: 0,74 mg%

Glucemia: 99,8 mg%

Coagulograma: Quick: 80%, KPTT: 28,3"

Fibrinógeno: 419 mg%

Hepatograma: **BiT: 14,08 mg% (BiD: 10,34 mg%)**, GOT: 104 UI/l, GPT: 78 UI/l, FAL: 155 UI/l, **γ -GT: 68 UI/l**, colesterol: 110 mg%, HDL: 3,7 mg%, LDL: 38,42 mg/%, TG: 339 mg%

Proteínas totales: 6 gr%, **albúmina: 2,41 gr%**

Amilasemia: 29 U/l

Orina completa: densidad 1010, pH: 8, pigmentos biliares: +++, 5-15 hematíes p/campo, leucocitos: 2-5 p/campo

Serologías: hepatitis A,B,C, CMV, Epstein Barr, parvovirus, HIV: todas negativas; Herpes: pendiente

Hemocultivos: negativos

Interconsultas realizadas

Servicio de Infectología: agrega serología para descartar leptospirosis

Servicio de Hepatología: sugiere descartar hepatitis autoinmune y Enfermedad de Wilson, por lo que se solicita dosaje de ceruloplasmina (pendiente), examen con lámpara de hendidura (normal) y anticuerpos (FAN: negativo, Anti-DNA: negativo, FR: negativo, ASMA: ++, Actina: ++, LKM: negativo, C3 y C4: normales, α_1 -antitripsina: normal)

Servicio de Hematología: realiza frotis para control de la plaquetopenia de ingreso. GB: 17.000 p/mm³ (3-73-1-0-8-2), Hto: 31%, Hb: 11gr%, plaquetas: 157.000 p/mm³, Coagulograma: Quick: 77%, KPTT: 28", fibrinógeno: 310 mg%.

Se interpreta como anemia normocítica, normocrómica secundaria a proceso infeccioso/inflamatorio

Evolución Clínica en el CEM 1

Paciente en regular estado general, que continúa febril (39-40C°) con presencia de escalofríos, dolor abdominal persistente en hipocondrio derecho con Signo de Murphy negativo, deposiciones desligadas, ictericia persistente, sin mejoría clínica con el tratamiento instaurado.

Se solicita nueva ecografía abdominal (descartar colección) y nuevo laboratorio

Laboratorio

Hepatograma: **BiT: 13,83 mg%, BiD: 11,49 mg%,**
FAL: 197: UI/l, GOT: 75 UI/l, GPT: 71 UI/l, colesterol:
117 mg%, HDL: 3,5 mg%, LDL: 49 mg%,

Proteinograma: proteínas totales: 6 gr%

Proteinograma electroforético: albúmina: 1,95 gr%, α_1 : 0,37 gr%, α_2 : 0,73 gr%, β_1 : 0,44 gr%, β_2 : 0,36 gr%, γ : 2,15 gr%

PPD: negativa

Ecografía abdominal: hígado heterogéneo, vesícula contraída, aumento de ecogenicidad en FID con disminución del peristaltismo, presencia de ganglios mesentéricos de 10mm

Replanteos diagnósticos

- Colecistitis aguda alitiásica/colangitis
- Absceso intrahepático
- Patología tumoral
- Hígado de sepsis secundario a proceso intrabdominal previo

Servicio de Hepatología: por evolución tórpida y sospecha de colecistitis alitiásica/colangitis, solicita nueva interconsulta con cirugía y agrega al tratamiento ácido ursodesoxicólico a 600 mg/día

Servicio de Infectología: amplía espectro antibiótico para cubrir gérmenes anaerobios a piperacilina-tazobactam (4 gr ev cada 6 hs) en reemplazo del cefotaxime

Servicio de Cirugía: reevalúa al paciente y solicita TAC de abdomen y pelvis, con contraste oral y ev y dosaje de amilasuria

Por la presencia de las adenomegalias mesentéricas, se quiere descartar presentación atípica de linfoma u otra patología neoplásica. Se agrega pedido de TAC de tórax

TAC de Tórax: normal

TAC de Abdomen y Pelvis: hígado con aumento de tamaño del lóbulo izquierdo, con área heterogénea de límites difusos en segmento III que refuerza de forma heterogénea con el contraste ev. Rama izquierda de la vena porta no presenta realce ev, compatible con obstrucción al flujo. Vesícula contraída con pared engrosada. Páncreas aumentado de tamaño que realza en forma homogénea con contraste ev. No se observan adenomegalias retroperitoneales y pelvianas; sin evidencia de colecciones intra ni retroperitoneales.

Conclusión: los hallazgos tomográficos sugieren patología primaria de la vía biliar, no pudiéndose descartar proceso infeccioso

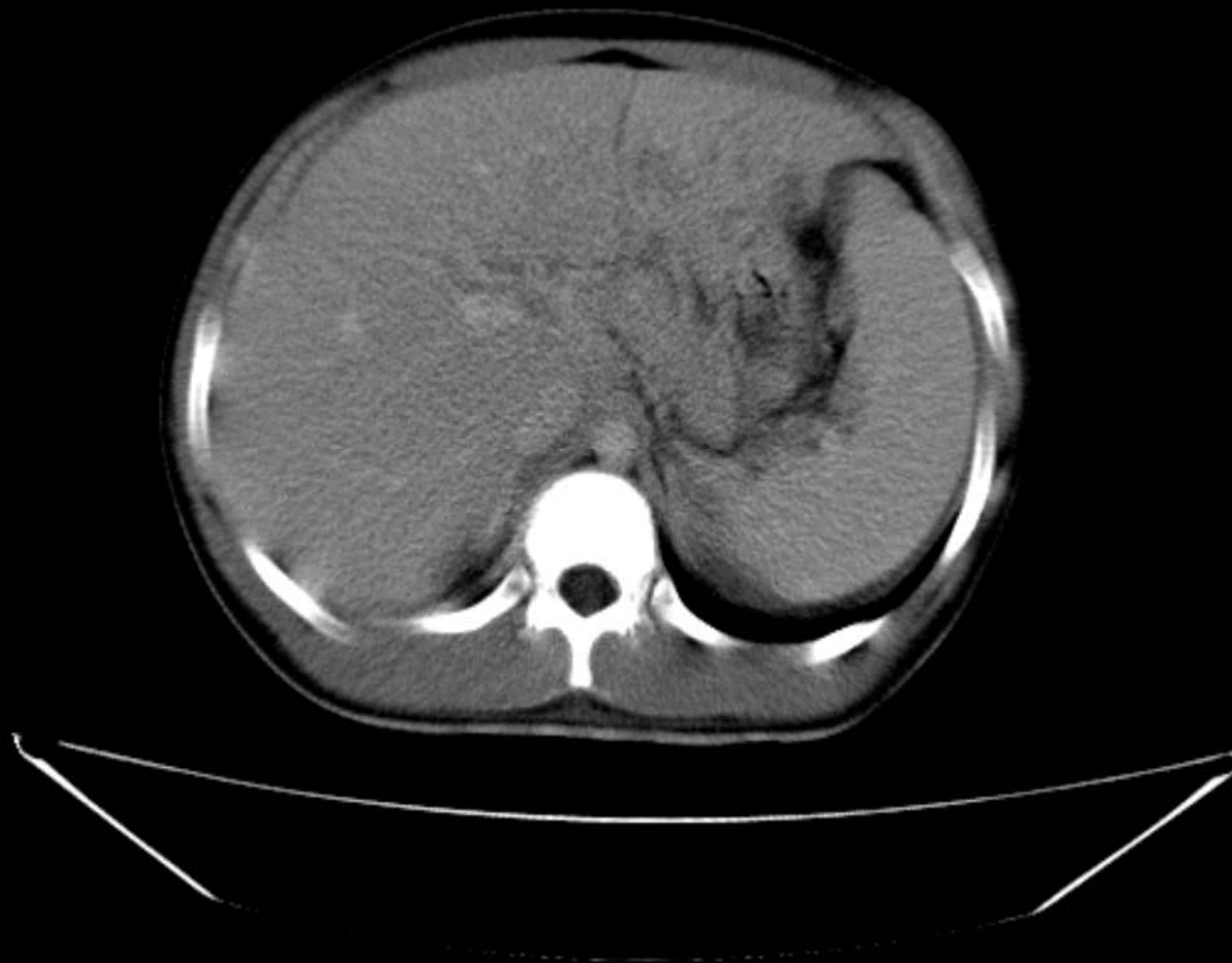
DA SILVA AGUSTIN/017Y/domingo, 30 de noviembre de 19...
SliceLocation: 317.80
TableHeight: 400.00
SliceThickness: 12.00
SeriesNumber: 6-InstanceNumber: 20

ExposureTime: 10000.00ms
70.00mA
CT
ProtocolName: ABD 40.60 KG HGNPE
HFS
ScanOptions: HELICAL

A

R

L



P

Zoom: 1.0
Rotate: 0.0
WL: 88
WW: 249
09:39:17 a.m.
viernes, 20 de marzo de 2015

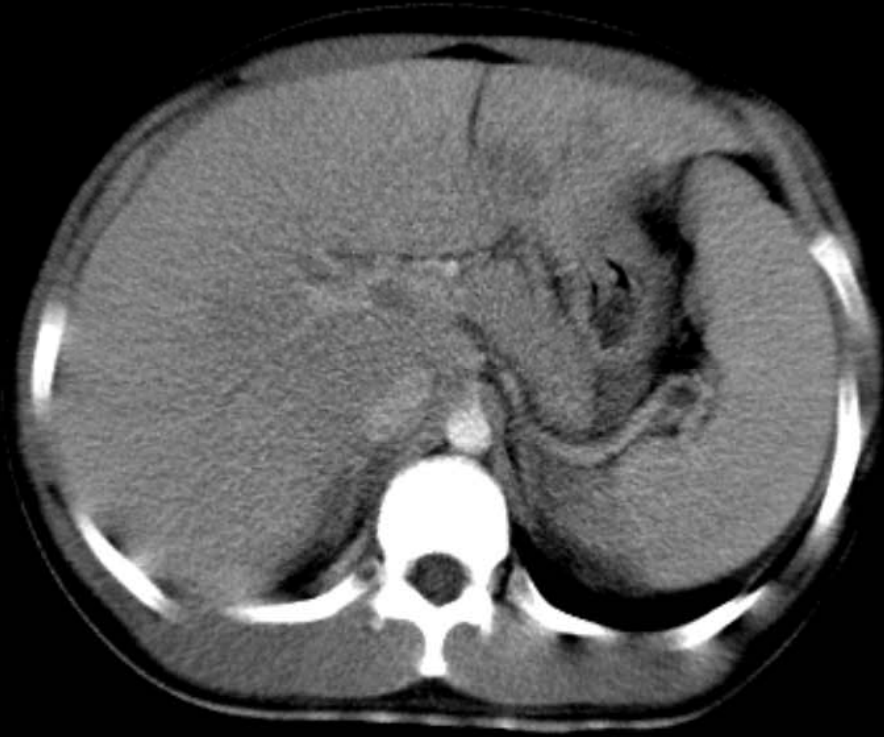
DA SILVA AGUSTIN/017Y/domingo, 30 de noviembre de 19...
SliceLocation: 322,80
TableHeight: 400,00
SliceThickness: 12,00
SeriesNumber: 5-InstanceNumber: 21

ExposureTime: 10000,00ms
70,00mA
CT
ProtocolName: ABD 40.60 KG HGNPE
HFS
ScanOptions: HELICAL

A

R

L



Zoom: 1,0
Rotate: 0,0
WL: 82
WW: 202
09:37:27 a.m.
viernes, 20 de marzo de 2015

P

Eco doppler abdominal: hígado de forma y tamaño conservado, con ecoestructura heterogénea difusa. En lóbulo izquierdo, segmento III, se observa un área de límites difusos, hipoecoica, con escasa vascularización periférica. Vía biliar intrahepática visible, vía extrahepática y colédoco de calibre conservado. Vesícula colapsada, con barro biliar. A nivel de la luz de la vena porta principal se observa imagen ecogénica que la ocupa parcialmente, la misma al igual que la rama derecha, presenta flujo conservado. No se identifica flujo en la rama portal izquierda, sugestivo de trombosis. Arteria hepática con flujo conservado. Páncreas ligeramente hipoecoico y aumentado de tamaño a predominio de su porción cefálica (DAP: 42 mm, VN: 25 mm). Bazo homogéneo, tamaño aumentado

Se decide conducta quirúrgica para posible drenaje y/o toma de biopsia

Laparotomía exploratoria:

Se observa lóbulo izquierdo hepático que a la inspección superficial no evidencia tumoración. En segmento II y III se palpa tumoración duroelástica de la cual se toman 3 biopsias que se mandan a cultivo y anatomía patológica. Se amplía la incisión para observar lóbulo derecho, palpándose tumoración de 3 x 2 cm en segmento VIII.

Interconsulta con Hematología: por trombosis de la rama izquierda de la vena porta se decide iniciar anticoagulación con enoxaparina (70 mg cada 12 hs), posterior a la cirugía

Evolución post-operatoria

Paciente que no presenta complicaciones postquirúrgicas, cursando tratamiento con piperacilina-tazobactam. Se agrega clindamicina para cubrir estafilococo. A las 48 hs el paciente se encuentra afebril, con menor tinte icterico.

Laboratorio

Hemograma: GB. 18300 p/mm³ (2-64-0-2-18-8-3-2), Hb: 9,63 Gr%, Hto: 28,4 %, plaquetas: 655.000 p/mm³

ESD: 135 mm

Hepatograma: **BiT: 4,76 m%**, **BiD: 4,47 mg%**, FAL: 307 UI/l, GOT: 67 UI/L, GPT: 102 UI/l, LDH: 401 UI/l, Amilasemia: 41 U/l, γ -GT: 404 UI/l, HDL: 5,3 mg%, LDL: 125 mg%,

Proteinograma: proteínas totales: 7,9 gr%, albúmina: 3 gr%

Coagulograma (paciente anticoagulado): Quick: 58%, KPTT: 48",

Factor X: en rango adecuado

Marcadores antitumorales: α -fetoproteína, HCG- β , CEA: negativos

Cultivo de punción: *Escherichia coli*

Anatomía patológica

Se observa parénquima hepático con espacios porta que muestran leve a moderados infiltrados inflamatorios mononucleares, acompañados por escasos neutrófilos, los cuales erosionan focalmente la lámina limitante, rodeando ductus biliares y vasos.

Lobulillos con cúmulos inflamatorios mixtos focales e intrasinusoidales escasos, con sectores de bilirrubinoestasis leve.

Por separado, coexisten numerosos grupos de neutrófilos involucrados en material necrótico. No se demuestra neoplasia en la muestra remitida.

Diagnóstico histológico: hallazgos vinculables a contenido de absceso. Proceso inflamatorio crónico en actividad

8^{VO} día postoperatorio: el paciente presenta

- taquicardia
- taquipnea
- hipotensión arterial
- sangrado en puntos de sutura
- palidez mucocutánea
- abdomen doloroso

Laboratorio

Hto: 21%, Hb: 7,1 gr%, EAB: 7,14/48,7/16,6/-12,7

Ionograma: 138/5,3 mEq/l

Diagnóstico: shock hipovolémico

Tratamiento

Se realizan expansiones con solución fisiológica, plasma y transfusiones con GR desplasmatisados. Se medica con meropenem/amikacina.

Ecografía abdominal: se evidencia líquido libre en cavidad peritoneal. Se decide conducta quirúrgica.

Servicio de Cirugía: realiza laparotomía exploradora observándose abundantes coágulos organizados sub-hepáticos. Epiplón mayor adherido, bloqueando al ciego. Se realiza drenaje de hematoma sub-hepático, lavado de cavidad y colocación de drenaje externo. Se envía muestra para cultivo de líquido peritoneal (*Enterococo avium*).

Pase a UTI donde permanece 24 hs para control.

Evolución en CEM 1: el paciente regresa hemodinámicamente estable, permanece febril por 48 hs. Se cambia esquema antibiótico a vancomicina/meropenem. Se suspende la medicación anticoagulante.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA FINAL

Hígado de sepsis secundario a pyleflebitis aguda por proceso infeccioso previo intrabdominal: apendicitis

CONCLUSIONES

- La pyleflebitis es una tromboflebitis séptica de la vena porta o de algunas de sus ramas tributarias
- Es una patología infrecuente y surge de la complicación de un proceso inflamatorio intrabdominal, siendo los más frecuentes la apendicitis y la diverticulitis
- Puede acompañarse de abscesos hepáticos
- La fiebre es el signo más constante, con escalofríos, malestar general y dolor abdominal (de mayor localización en cuadrante superior derecho). La presencia de ictericia y hepatomegalia hace pensar en una posible complicación hepática (absceso y/o colangitis)
- La clave para su diagnóstico es la demostración de la trombosis venosa portal

CONCLUSIONES

- El tratamiento ATB debe ser de amplio espectro (gérmenes gram negativos, anaerobios y estreptococos aerobios) y no menor a 4 semanas. En caso de absceso hepático, debe extenderse a 6 semanas
- Es controverido el uso de anticoagulantes. Estarían indicados en casos de afección extensa, progresión del trombo o estados de hipercogulabilidad (tumores, discracias sanguíneas) o fiebre persistente a pesar del tratamiento ATB adecuado
- Drenaje quirúrgico en casos de abscesos

MUCHAS GRACIAS!!!!