

# Absceso hepático por *E. coli* en lactante.

## A propósito de un caso

Paula Abeledo<sup>1</sup>, Paloma Prol<sup>1</sup>, Stella Maris Souto<sup>1</sup>, Edgardo Checcacci<sup>1</sup>, Héctor Cairoli<sup>1</sup>

### Resumen

El absceso hepático (AH) es una patología poco frecuente en la edad pediátrica. Generalmente, se manifiesta con fiebre prolongada, asociada a dolor abdominal. Se describe el caso de un lactante de 2 meses de edad, con una presentación no habitual de esta patología.

### Abstract

*Liver abscess (HA) is a rare pathology in pediatric age. Generally, it manifests itself with prolonged fever, associated with abdominal pain. The case of a 2-month-old infant with an unusual presentation of this pathology is described.*

### Introducción

El absceso hepático (AH) es una patología poco frecuente en la edad pediátrica. Se clasifican en AH piógenos, fúngicos y amebianos, siendo este último el que predomina en países en vías de desarrollo<sup>2</sup>. Los factores predisponentes que se describen, en nuestro medio, son inmunodeficiencias, desnutrición y parasitosis. El AH piógeno habitualmente es único y se ubica en el lóbulo derecho hepático. En niños inmunocompetentes el patógeno más común es *Staphylococcus aureus*, seguido por bacilos gram negativos y anaerobios. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son fiebre y dolor abdominal; y los métodos que se utilizan para su diagnóstico son la ecografía y la tomografía computada abdominal<sup>1,2,3</sup>. El tratamiento consiste en antibioticoterapia endovenosa prolongada, asociado en algunos casos a drenaje quirúrgico.

Presentamos el caso de un lactante de 2 meses con un absceso hepático por *E. Coli*.

### Caso clínico

Paciente de 2 meses de edad, nacido de término, sin antecedentes patológicos, con crecimiento pondoestatural adecuado, consulta al servicio de emergencias por presentar coluria, acolia, ictericia y vómitos de 72 horas de evolución. A su ingreso, se constata paciente en buen estado general, febril (38°C) e ictericia generalizada.

Los estudios iniciales mostraron leucocitosis (Glóbulos blancos 15100/ ml Linfocitos 58 %, Neutrófilos 37 %), anemia (Hemoglobina 8,3 g/dl, Hematocrito 25 %, MCV 84), hiperbilirrubinemia (bilirrubina total 5.79 mg/dl a predominio indirecto), Proteína C reactiva elevada (169.5) y enzimas hepáticas alteradas (GOT 43, GPT 31, amilasa 4, lipasa 21, gamma GT 712). La ecografía abdominal evidenció una vesícula con contenido en su interior de 5 x 3 mm, compatible con lito (Figura 1). Por probable diagnóstico de colangitis, inicia tratamiento antibiótico endovenoso con ampicilina-sulbactam 150 mg/kg/día. Se realiza laboratorio control, informándose valor de lipasa de 488, por lo cual se reinterpreta su diagnóstico a pancreatitis aguda secundaria a litiasis vesicular; resolviéndose espontáneamente a las 48 hs.

### Figura 1.



Colangiografía intraoperatoria. Imagen intraoperatoria, de drenaje de absceso hepático.

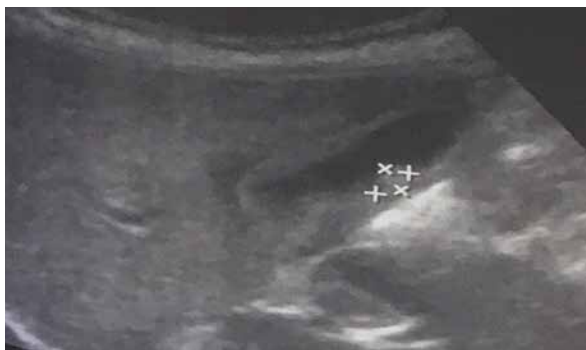
<sup>1</sup> Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.  
 Autor Responsable: Paula Abeledo. abeledo.paula@gmail.com  
 Trabajo recibido el 2 agosto 2024 y aceptado el 6 octubre 2024

Como plan de estudio para evaluar posibles etiologías de litiasis vesicular y por no presentar factores de riesgo para la misma, se acuerda junto al servicio de cirugía la realización de una colangiografía; en la cual se evidencia una imagen hepática en región subcapsular, en segmento IV A hepático de aproximadamente 18 x 17 mm que presenta restricción de señal en 2 áreas de la porción central en la secuencia de difusión y que realza periféricamente tras la administración de gadolinio.

Se plantean como probables diagnósticos diferenciales, absceso o lesión congénita de posible etiología vascular. Se decide en ateneo interdisciplinario la realización de colecistectomía junto con la evaluación de las vías biliares por colangiografía intraoperatoria y evaluación de la lesión hepática. En el acto quirúrgico, se constata absceso hepático y vías biliares sin alteraciones anatómicas. Se drena material purulento de la lesión hepática, tomando muestra para cultivo y muestra para anatomía patológica de biopsia hepática y lito (Figura 2).

El cultivo de lesión resulta positivo para *Escherichia coli*. Se rota antibioticoterapia a ceftriaxona 50 mg/kg/día + metronidazol 30 mg/kg/día. Tras completar 9 días de tratamiento endovenoso presenta mejoría clínica, parámetros de laboratorio y de la imagen ecográfica.

**Figura 2.**



Ecografía abdominal.

Hígado, forma y tamaño conservado, ecoestructura homogénea. Vía biliar intra y extrahepática, no dilatada. Vesícula, paredes finas, contiene en su interior adherida a la pared anterior imagen de bordes definidos, hipoeoica heterogénea con área hiperecogénica de 5 x 3 mm que produce tenue sombra acústica posterior.

## Discusión

El absceso hepático es una patología infrecuente en la edad pediátrica, que requiere una alta sospecha clínica para su diagnóstico. La edad más frecuente de presentación es a los 5 años de edad<sup>1</sup>. Se presenta con mayor frecuencia en los países en vías de desarrollo, con una incidencia en Brasil de 1/138 admisiones e India con 79/100.0001. En nuestro país, son escasas las publicaciones sobre esta patología.

Se describe una mayor frecuencia en varones.<sup>1,2</sup> Los factores predisponentes, en nuestro medio, son inmunodeficiencias, desnutrición y parasitosis. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas. Los síntomas más frecuentes son la fiebre prolongada, que no fue así en el caso de nuestro paciente, que presentó un único registro febril al ingreso de su internación<sup>1,3</sup>. Según un estudio realizado en el Hospital de niños Ricardo Gutierrez, de los 20 casos reportados, el 100% presentó fiebre y el 60% síndrome febril prolongado como única manifestación<sup>1</sup>. Por este motivo, en principio se descartó la sospecha de absceso hepático, por no presentar clínica compatible y se sospechó lesión congénita de probable etiología vascular, siendo el hemangioma el tumor hepático benigno más frecuente en la infancia; ya que posee una incidencia del 1 al 2,6% en recién nacidos y hasta del 10% en niños de un año de edad. Siendo la afectación de órganos extracutáneos, el hígado es el más frecuente<sup>4</sup>.

Lo que generó controversia en este caso, es que presentaba leucocitosis con aumento de PCR y de enzimas hepáticas, por lo cual, no se descartó la sospecha infecciosa. Dichos parámetros de laboratorio aumentados, se encuentran descritos en los estudios realizados por Yu-Lung Hsu y col y Carballo y col; donde evidenciaron estos valores aumentados en los pacientes estudiados<sup>1,5</sup>.

El estudio realizado por el Hospital Gutierrez entre el año 2009 y 2015, informó que el agente etiológico de AH piógenos más frecuente en edad pediátrica es el *Staphylococcus aureus*, presentando solamente un caso de etiología por *E.coli*<sup>1</sup>. Otros autores como Yu-Lung Hsu y col, describieron en un estudio retrospectivo realizado en Taiwan, que el germen más frecuente hallado fue la *K. pneumoniae* y *Streptococcus spp.*<sup>5</sup>

Respecto al tratamiento, teniendo en cuenta la causa etiológica infecciosa, se recomienda realizar tratamiento antibiótico endovenoso de 2-4 semanas, continuando vía oral hasta 6 semanas, según el agente etiológico rescatado y la sensibilidad antibiótica. Otros autores, plantean la duración del tratamiento dependiendo si se realiza drenaje quirúrgico, 2 a 3 semanas y sin drenaje se puede prolongar por 4 a 6 semanas.<sup>1,6</sup> En conclusión, se debe considerar dicho diagnóstico en un paciente que presenta dolor abdominal y fiebre, con hallazgos en el laboratorio de leucocitosis y valores de

PCR elevados. La ecografía y estudios por imágenes más específicos, como son la tomografía computada y la resonancia magnética, son herramientas diagnósticas útiles. *S.aureus* y bacilos gram negativos entéricos son los patógenos aislados más frecuentes. El drenaje intraoperatorio combinado con un tratamiento antibiótico endovenoso adecuado, proporciona resultados clínicos favorables. Por lo tanto, dicha patología requiere de una alta sospecha diagnóstica y un tratamiento adecuado oportuno.

## Referencias

1. Carballo, Carolina, Cazes, Claudia, Matsuda, Mariana, Praino, M. Laura, Rivas, Noemí, & López, Eduardo. (2017). Absceso hepático piógeno en pediatría: experiencia en un centro pediátrico de referencia. *Revista chilena de infectología*, 34(2), 128-132.
2. *Pediátrica*. Méndez A, Velasco CA. Publicado en la Revista Salud UIS 1997; 25: 87-95. *Revista GASTROHNU* 2003;5(1): 27-35. • Ángela Méndez Bravo.
3. Sifri C D, Madoff L C. Chapter 72: Infections of the Liver and Biliary System. 2010. Mandell G L, Bennett J E, Dolin R. Eds. *Mandell, Douglas, and Bennetts Principles of Practices of Infectious Diseases*, 5h Ed, Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier 2002; p 1035-42.
4. Baena-Gómez, M. A., Priego Ruiz, M. P., Mateos González, E., Peña Rosa, M. J., & Muñoz Sánchez, R. (2015). Hemangiomas hepáticos: respuesta espectacular al tratamiento con propranolol [Hepatic hemangiomas: Spectacular response to treatment with propranolol]. *Anales de pediatría (Barcelona, Spain : 2003)*, 83(6), 435-437. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.05.008>.
5. Hsu, Y. L., Lin, H. C., Yen, T. Y., Hsieh, T. H., Wei, H. M., & Hwang, K. P. (2015). Pyogenic liver abscess among children in a medical center in Central Taiwan. *Journal of microbiology, immunology, and infection = Wei mian yu gan ran za zhi*, 48(3), 302-305.
6. Salahi R, Dehghani SM, Salahi H, Bahador A, Abbasy HR, Salahi F. Liver abscess in children: a 10-year single centre experience. *Saudi J Gastroenterol*. 2011;17(3):199-202.