

RESUMENES XXXVI CONGRESO CHILENO DE CIRUGIA PEDIATRICA

MANEJO MÉDICO DE ABSCESO HEPÁTICO PIOGENO SECUNDARIO A APENDICITIS PERFORADA

Autores: Tagle Alegría J., Gómez Gaete N., Schmauck Leay A., Franz Cárdenas R., Errázuriz Fernández G.

Servicios Pediatría, Cirugía Pediátrica y Traumatología Infantil, Imagenología, Clínica Alemana Puerto Varas,
Puerto Varas – Chile

Introducción: El absceso hepático piógeno (AHP) es una condición potencialmente grave, de incidencia variable que se relaciona a desórdenes inmunitarios, patología tumoral, enfermedad de Crohn, diabetes mellitus y sepsis abdominal. Presentamos un caso de AHP post apendicectomía y manejo médico conservador.

Objetivo: Presentar un caso de AHP con tratamiento médico conservador y revisión de protocolos de manejo.

Descripción del caso: Paciente 9 años operado de peritonitis apendicular localizada con técnica videoasistida. Cumple 5 días de tratamiento con Amikacina y Metronidazol, más tratamiento ambulatorio de 7 días con Amoxicilina-Ácido Clavulánico. Evolución y control postoperatorio satisfactorio. Sin embargo, a la tercera semana post apendicectomía, reingresa por fiebre y dolor abdominal. Ecografía y tomografía axial computada evidencian colección en segmento hepático VI de 5 x 6 x 5 cms.; PCR=181 y hemograma con leucocitosis y desviación izquierda. Se inicia tratamiento con Ampicilina- Metronidazol-Ceftriaxona, con favorable respuesta clínica y de laboratorio. Hemocultivos negativos. Ecografía 5º día muestra disminución de colección, lo que asociado a remisión de la fiebre nos inclina a mantener manejo conservador (sin punción). Completa 10 días de antibióticos intravenosos; alta con Amoxicilina-Ácido Clavulánico y Ciprofloxacino por 10 días más. Control ecográfico día 17º de tratamiento evidencia franca disminución de colección y de cambios inflamatorios del parénquima hepático, con desaparición de éstos al control del 4º mes.

Revisión del tema y conclusión: La incidencia de AHP varía de 3 a 25 por 100.000 hospitalizaciones pediátricas. La mortalidad ha disminuido gracias al desarrollo imagenológico que permite diagnóstico precoz, nuevas técnicas de drenaje y terapias antimicrobianas más efectivas. Retrospectivamente, en este caso el AHP se explica por una peliflebitis portal y ascenso bacteriano secundario a una apendicitis subhepática perforada. Como primera línea de tratamiento del AHP se describe la aspiración percutánea. El manejo médico está reservado sólo ante la imposibilidad de realizar el drenaje.

Planteamos revisar la estrategia de manejo sin aspiración, en aquellos pacientes que evolucionan desde el inicio con estabilidad clínica y que responden favorablemente a los antibióticos.