

CUIDADO CON LO QUE BEBES

Motivo de consulta:

Fiebre de dos semanas de evolución

Antecedentes

Familiares:

No referidos

Personales:

- Niega reacciones alérgicas medicamentosas conocidas
- HTA, DLP, sd ansioso-depresivo
- ACV isquémico vascular en protuberancia en febrero de 2014 de probable etiología lacunar con ligera paresia en MID como secuela.
- Hipoacusia bilateral

Tratamiento habitual:

- AAS 100
- Simvastatina 40 mg
- Ramipril 10 mg
- Amlodipino 20 mg
- Lormetazepam 2 mg
- Tranxilium 5 mg
- Omeprazol 20 mg

Enfoque Individual:

Varón de 65 años que acude al servicio de urgencias hospitalarias por picos febriles de dos semanas de evolución, acompañados de tiritones. En las últimas 48 horas presenta dolor abdominal generalizado, siendo más insidioso a nivel de ambos hipocondrios y en epigastrio. Nauseas sin vómitos y estreñimiento.

Exploración:

Paciente acude caminando a consulta. Consciente, orientado y bien hidratado. Hemodinámicamente estable, quejumbroso y sudoroso.

ACP: rítmica sin soplos audibles

AP: MVC sin ruidos sobreañadidos

Abdomen: blando y depresible, no masas ni megalias, no signos de peritonismo.

Doloroso de manera generalizada, pero más intenso de ambos hipocondrios. Murphy positivo, Blumberg negativo, no Rosving. No distensión abdominal. Peristaltismo

conservado. PPR bilateral dudosa.

Extremidades: pulsos conservados y simétricos, no signos de TVP, no edemas
No focalidad neurológica.

Pruebas complementarias:

Analítica:

Bioquímica: urea 47, creatinina 1.04, Sodio 140, Potasio 4,4, Bilirrubina total 1.1., AST 85, ALT 103, amilasa 18, PCR 432.7

Serie roja sin alteraciones, leucocitos 45.800 con un 85% de neutrófilos. Plaquetas 145.
Coagulación con elevación del fibrinógeno.

Sedimento con urobilinogeno 4, nitritos positivos, leucocitos 25, hematíes negativos

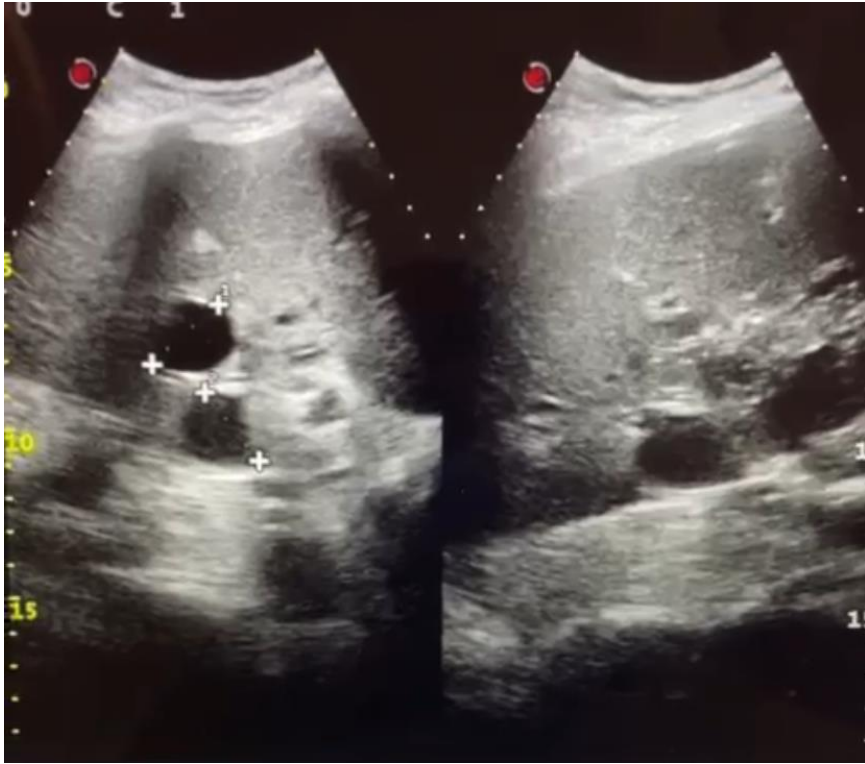
Rx de torax: ICT<50%, no pinzamientos, ni condensaciones

Rx de abdomen: correcto luminograma, no signos de obstrucción, ni perforación

Ecografía de abdomen

Se observan numerosas lesiones quísticas en el parénquima hepático, muchas de ellas complejas con tabiques. Destacan dos en el lóbulo izquierdo, una de unos 12,7x8,4mm mutitabicada y otra de unos 12 cm con ecos puntiformes y un nivel con contenido hiperecogenico. Vía biliar y vena porta de calibre normal. Vesícula con múltiples litiasis. Páncreas no valorable. Bazo y riñón izquierdo sin alteraciones. Riñón derecho con morfología de doble sistema excretor. No se observa liquido libre. (Se adjuntas imágenes de dicha ecografía)





Enfoque familiar:

Paciente vive en Guadiaro (Zona rural) en una finca en el campo, en casa tiene un perro y un gato y en los alrededores patos y algún caballo. No ha viajado recientemente. Al

parecer llevaba un mes recogiendo agua de una fuente del campo y bebiendo de ella.

Plan de acción:

Ingreso en Medicina interna para realización de pruebas de microbiología y TAC abdomino- pélvico

Se comenzó tratamiento antibiótico empírico por los abscesos hepáticos de origen desconocido y el paciente presento mejoría sintomática durante el ingreso, con disminución de los picos febriles.

Microbiología

Serologia de Coxiella e Hidatidosis negativas. *Entoameba Hystolitica: positiva*

TAC abdomino- pélvico (al ingreso)

Bases pulmonares con bandas y tractos pleuroparenquimatosos

Hepatomegalia con múltiples LOES hipotenuadas quísticas que afectan a ambos lóbulos, alguna presenta septos realzados y en varios la pared es sutilmente más gruesa, con cierta rarefacción de la grasa perilesioanal, en la porción libre de los dos mayores. Las dos mayores se ubican una en el LHI, segmento II-III (medida aprox: 13,7x 12,7x12,5 de ejes mayores) y la del LHD en el segmento V-VI (medias aprox: 12,5X14,5X11). Minúscula banda líquida subcapsular en vecindad del quiste mayor derecho de 6 mm de espesor y 5,6 cm de eje anteroposterior. Los quistes mayores producen desplazamiento del pyloro (parece coexistir con mínimo engrosamiento del mismo y cierta distensión de la cámara gástrica) y desplazamiento del riñón derecho, que también parece estar ligeramente rotado ventralmente.

Riñones no ectásicos, quistes bilateral pequeños. Páncreas, bazo y suprarrenales sin hallazgos valorables. Mínimo menisco de líquido en gotiera derecha y alguna banda de edema en pararenal. No adenopatías de tamaño significativo.

En resumen: LOES quísticas múltiples de entre escasos milímetros y 14 cm la mayor, algunas no se comportan como quistes simples, pudiendo estar sobreinfectados siempre que la clínica sea compatible; a valorar sobreinfección piógena. Habría que valorar también que alguno se trate de un quiste hidático tipo I, o por ejemplo sangrado intraquistico no agudo (el diagnóstico diferencial propuesto es correlacionando las imágenes ecográficas con las del TAC).

TAC de control a los 10 días sin cambios

Ante los hallazgos de las pruebas de imagen se solicitó drenaje percutáneo al hospital de referencia:

Paciente con múltiples quistes hepáticos, dos de ellos de gran tamaño. Uno sobre LHI y otro en segmento IV sobre los que se coloca catéter de drenaje, extrayéndose unos 300 cc de cada uno de ellos, siendo el líquido de aspecto turbio y purulento.

Dado los hallazgos de las pruebas complementarias y siendo finalmente la serología positiva para Entamoeba Hystolitica, se pauto Metronidazol con buena respuesta clínica. Se mantuvieron los drenajes los días iniciales, tras extracción inicial de 1400 cc, reduciéndose paulatinamente, retirándose posteriormente tras resolución. Al alta, en situación basal.

Tratamiento al alta

Continuara con su tratamiento domiciliario habitual, añadiendo Metronidazol 750 mg cada 8 horas durante 7 días.

Conclusiones:

ABCESOS HEPATICOS POR ENTAMOEBA HYSTOLITICA

A destacar la importancia de una correcta anamnesis y el papel de la ecografía en este caso

Palabras Clave:

Ecografía abdominal, Fiebre de larga data, Abscesos Hepático