



Reporte de Caso

Absceso hepático piógeno causado por *Gemella morbillorum*

Pyogenic liver abscess caused by *Gemella morbillorum*

Paolo Borro*, Alessandro Sumberaz, Gianni Testino

IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino-IST Genova

Borro P, Sumberaz A, Testino G. Pyogenic liver abscess caused by *Gemella morbillorum*. *Colomb Med*. 2014; 45(2): 81-84.

© 2014 Universidad del Valle. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution License, que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente se acrediten.

Historia:

Recibido: 4 febrero 2013
Revisado: 1 abril 2013
Aceptado: 4 marzo 2014

Palabras clave:

Absceso, hígado, *Gemella morbillorum*

Keywords:

Abscess; liver; *Gemella morbillorum*

Resumen

A pesar de que la infección por *Gemella morbillorum* (GMI, por el término en inglés) es poco común en seres humanos, puede causar endocarditis, meningitis, absceso cerebral, empiema pleural, nefritis, mediastinitis y en ocasiones, absceso hepático. Describimos el caso de un hombre caucásico de 64 años que ingresó con fiebre y dolor abdominal. Los parámetros de laboratorio revelaron signos de inflamación y los exámenes mostraron la presencia de divertículos en el colon ascendente. La ecografía abdominal (US) y la tomografía computarizada (CT) mostró dos lesiones focales en el lóbulo hepático derecho. Una presentó las características de un quiste simple; la segunda fue hipocóica con una zona de baja densidad, que posiblemente contenía material necrótico. Biopsia con aguja guiada por US dio un resultado negativo para células neoplásicas, mostrando infiltrado purulento. Cultivo de pus fue encontrado positivo para GMI. Una terapia con antibióticos sistémicos, junto con aspiración repetida con aguja guiada por US indujo a la resolución del absceso hepático. Pocos casos se han reportado de absceso hepático causado por GMI en sujetos inmunocompetentes no cirróticos.

Abstract

Even though *Gemella morbillorum* infection (GMI) is rare in humans, it may, nevertheless, cause endocarditis, meningitis, brain abscess, pleural empyema, nephritis, mediastinitis, and – occasionally – liver abscess. We are describing the case of a 64-year-old Caucasian male admitted with fever and abdominal pain. Laboratory parameters revealed inflammation signs, and instrumental examinations showed the presence of diverticula in the ascending colon. Abdominal ultrasound (US) and computer tomography (CT) showed two focal lesions in the right liver lobe. One had the characteristics of a simple cyst; the second was hypoechoic with a low density area, possibly containing necrotic material. US-guided needle biopsy was found negative for neoplastic cells, showing purulent infiltrate. Pus culture was found positive for GMI. Systemic antibiotic therapy, coupled with repeated US-guided needle aspiration, induced the resolution of the hepatic abscess. Few cases have been reported of hepatic abscess caused by GMI in immunocompetent non-cirrhotic subjects.

*Autor de correspondencia:

Paolo Borro: Corso Ugo Bassi 30/10 16135 Genova.
E-mail: paolo.borro@hsanmartino.it

Introducción

En el paciente inmunocompetente, el absceso hepático piógeno (PHA) es, a menudo, criptogénico o secundario a colangitis ascendente, diverticulitis o apendicitis. Por otra parte, el riesgo de desarrollar un absceso hepático se incrementa cuando se presentan las enfermedades crónicas como la diabetes, la cirrosis, neoplasias o trasplante de hígado.

Comúnmente, el proceso es causado por signos flogísticos en la mucosa de colon y recto, páncreas, colecistitis, o en el árbol biliar. A partir de estas regiones, el microorganismo se disemina a través de la bilis y el sistema lo transporta hacia el hígado, lo que causa un absceso. Los patógenos más comunes que intervienen son *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, Bacteroides, enterococos, estreptococos, estafilococos y, ocasionalmente, *Salmonella typhi*. A pesar de que el diagnóstico de un absceso hepático actualmente es fácil con la ecografía (EA) y/o tomografía computarizada (TC), el diagnóstico diferencial entre neoplasia primitiva o secundaria puede ser difícil.

El diagnóstico de absceso hepático se realiza mediante la biopsia con aguja guiada por ecografía, mientras que el tratamiento se basa en la aspiración con aguja guiada por ecografía y la terapia antibiótica sistémica.

Estamos describiendo un caso de absceso hepático causado por la infección con *Gemella morbillorum* (GMI), considerado como un cocco saprofito microaerófilo Gram-positivo de las mucosas gastrointestinal, urogenital y respiratoria, lo que eventualmente puede causar endocarditis, meningitis, absceso cerebral, empiema pleural, nefritis y mediastinitis^{1,2}.

Caso clínico

En marzo de 2010, fue hospitalizado un hombre de 64 años, por hiperpirexia e inmunocompetente (38-39° C), presentó dolor epigástrico una semana antes de la hospitalización; el paciente manifestó que el dolor se presentó de repente. El paciente no estaba tomando ningún medicamento, no abusaba del alcohol y no había estado en el extranjero. El examen físico no mostró erupciones en la piel, dolor abdominal y el hígado y el bazo fueron normales y no se detectó ninguna masa abdominal a la palpación. La defecación y la diuresis fueron normales. Los parámetros de laboratorio revelaron: WBC 14 x 10³/mL (neutrófilos 87%); VSG 109 mm/h, PCR 33 mg/dL, fibrinógeno 1,230 mg/dL. La alaninaaminotransferasa dio 120 UI/L (nv 0-40 UI/L) y transferasa g-glutamil 200 UI/L (nv 8-61 UI/L), mientras que la bilirrubina se encontró en el rango normal.

Los exámenes de sangre fueron negativos para VIH, VHC, VHB y otros virus hepatotrofos. Seis muestras recogidas durante dos días consecutivos para hemocultivos, así como la radiografía de tórax, resultaron negativas. La EA abdominal reveló una lesión de hígado de aproximadamente 10 cm de diámetro, con forma irregular y márgenes mal definidos, que se encontró en la sección lateral del lóbulo derecho del hígado, cerca de la vena cava. No se observó una dilatación biliar intrahepática o extrahepática. El hígado, el bazo, el páncreas y los riñones eran de tamaño normal. La TC helicoidal confirmó un área del hígado de baja densidad que fue ligeramente mayor en la fase inicial después de la inyección de un medio de contraste. También las imágenes de

resonancia magnética potenciadas en T2 (MRI) confirmaron la masa con una alta intensidad de la señal y con una ligera mejoría

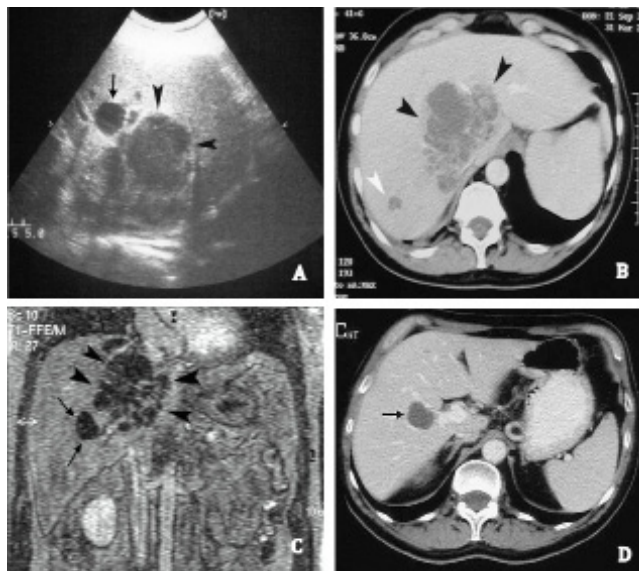


Figura 1. A. La ecografía Abdominal muestra un a muestra una gran lesión hipoecoica con márgenes mal definidos (cabezas de flecha) y una lesión anecoica (flecha negra). B. La tomografía abdominal en espiral revela un área hipo-intensa ligeramente aumentada en la periferia y en septos después de la administración de contraste (cabezas de flecha negra) y una pequeña lesión con densidad similar (cabeza de flecha blanca). C. Las imágenes de resonancia magnética potenciadas en T2 muestra una gran lesión sepimentada (cabezas de flecha negra) y una pequeña lesión hipo-intensa parecida a un quiste hepático (flechas negras). D. La tomografía de contraste computarizada tomada después de 20 días de la aspiración muestra una lesión hipointensa referido como un quiste hepático (flecha negra) y una completa resolución del absceso.

en la fase temprana tras la administración de gadolinio. Las tres técnicas de imagen dieron lugar a la sospecha de un área necrótica sepimentada ó a una lesión hepática neoplásica. Además, se identificaron dos pequeñas lesiones con densidad similar a la anterior en los segmentos 5 y 7 del hígado. Una lesión anecoica ovalada, cerca de la lesión más grande, referida como un quiste simple, se detectó en el hígado (Figs. 1A, B y C).

El tratamiento con antibacterianos (ceftriaxona 2 g oferta iv + metronidazol 500 mg tres veces al día iv) y antifúngico (itraconazole 200 mg iv) se inició después de que se recogieron los hemocultivos. La fiebre no cedió con el paracetamol.

La TC torácica, los marcadores tumorales y gastroscopia resultaron negativos, mientras que una colonoscopia reveló grandes divertículos difuso en el colon ascendente. Un biopsia tomada con aguja guiada por EA (Chiba 18 G) con aspiración de la lesión hepática mostró abundante líquido de aspecto purulento (60 mL) que dio resultado positivo para *Gemella morbillorum*. Se observó, en las secciones examinadas, una necrosis focal con fibrosis, pero con ausencia de células atípicas. La aspiración con la aguja indujo una disminución de la hiperpirexia, pero continuó con fiebre baja, irregular persistente. Sobre la base del antibiograma, la terapia con Teicoplanina (6 mg/kg/día iv y después 3 mg/kg/día iv) más imipenem (1.5 gr/día iv) se substituyó con la terapia anterior.

Diez días más tarde la EA reveló una lesión en el hígado de aproximadamente 3 cm de diámetro y se presentó febrícula. Se

recogieron dos muestras de 30 y 20 mL de pus tomadas con aguja guiada por EA (Chiba 18 G) para aspiración de la lesión hepática, respectivamente, el día 20 y 30. La fiebre desapareció. Los parámetros flogísticos (VSG, PCR, etc) también volvieron a los valores normales, y el paciente fue dado de alta con instrucciones para continuar el tratamiento con antibióticos durante un total de 30 días.

La EA abdominal y la CT realizadas 20 días después del alta revelaron una resolución completa de la lesión hepática. En una visita de seguimiento, seis meses después del alta, el paciente demostró estar en buena salud (Fig. 1D).

Discusión

el absceso hepático piógeno es poco frecuente en los países industrializados, con una incidencia de 11.8 (hombres) y 9.7 (mujeres) casos por millón. Recientemente se encontró una tendencia ligeramente elevada. Cuando se produce PHA, la tasa de mortalidad es alta con un 26.9% después de 30 días, y puede elevarse hasta 62.5% en los pacientes afectados por cirrosis. Los patógenos más comunes que causan absceso hepático son E. coli, *Klebsiella pneumoniae*, Bacteroides, enterococos, estreptococos y estafilococos. Sin embargo, hasta donde sabemos, hay pocos informes sobre PHA relacionados con una infección por *Gemella*

morbilloorum, que se resumen en la Tabla 1. El hígado es un posible sitio –aunque raro– para lesiones de colangitis ascendente, diverticulitis o apendicitis, relacionadas con el portal de drenaje venoso de los órganos viscerales.

En el caso de este paciente, la fiebre, dolor abdominal, leucocitosis, elevación de la VSG y la PCR, dio lugar a la sospecha de la infección. Las ecografías y las imágenes radiológicas muestran la presencia, en el sector lateral del lóbulo derecho del hígado, una lesión irregular con márgenes mal definidos. Las técnicas de imagen dieron la sospecha de áreas necróticas por un absceso o tumor o una lesión hepática (primaria o metastásica). A pesar de la sensibilidad elevada de la EA, la TC y la RM, a menudo es difícil hacer un diagnóstico diferencial entre un absceso hepático séptico y una neoplasia hepática primitiva o secundaria.

La biopsia con aguja guiada por ecografía y aspiración excluyen la presencia de células neoplásicas y el líquido purulento positivo para *Gemella morbilloorum*. *Gemella morbilloorum* es un coco saprófito ubicuo Gram+, a menudo presente en el tracto gastrointestinal, urogenital y mucosas respiratorias. En este caso, la fuente más probable de GMI son los divertículos del colon ascendente, diagnosticada por la colonoscopia. La infección en la mucosa intestinal pudo diseminarse al hígado a través del sistema venoso portal^{3,4}.

Tabla 1. Casos publicados de absceso hepático causado por *Gemella morbilloorum*

Sexo/ edad	Historia pasada	Síntomas	Tratamiento	Imágenes	Pais/ Lenguaje	No. lesiones/ Lóbulo hígado	sitio Cultivo	Resultado	Otra investigación
F/56	Diabete mellitus	Fiebre, dolor abdominal	Antibiótico, Drenaje Percutaneo	Imagen TC	Corea/ Coreano	Múltiple/ derecho	ABS = pos	Curado	NA
F/41	Enfermedad Chrohn	Fiebre, Dolor derecho leve, Escalofrío, absceso hepático-fístula pleural	NA	NA	España/ Español	Uno/ Derecho	Fluido pleural	Curado	NA
M/22	NA	Emesis, Astenia, coluria, fiebre	Antibiótico, Perforación guiada-US	Imagen TC	España/ Español	Uno/ Derecho	ABS = neg EMO = neg COP = neg ORI = neg	Curado	Rayo-X tórax= neg
M/43	Diabetes mellitus	Distensión, Fiebre, Malestar	Antibiótico, Drenaje guiado-US	Imagen TC	Taiwán / Ingles	Uno/ Derecho	EMO = Pos ABS = Pos	Curado	Rayo-X tórax = neg Ecocardiograma = neg
F/60	Hipertensión arterial, Enfermedad hipertensiva corazón, Fibrilación atrial, Obesidad, Histerectomía por fibroma uterino	Malestar, Fiebre, Dolor leve mesogastrio, pérdida peso	Antibiótico, Drenaje guiado-US	Imagen TC	España/ Español	Múltiple/ Bilateral	ABS = pos EMO = neg ORI = neg	ND	Colonoscopia= Displasia alto grado, Pólipo tubulovelloso
NA/70	NA	Dolor hipocondrio derecho, Fiebre, Malestar	Antibiótico, Drenaje guiado-TC	Imagen TC	España/ Español	Uno/ Derecho	ABS = neg EMO = pos	Curado	Rayos-X tórax = Efusión pleural
M/77	Ulcera duodenal	Rinorrea, Tos catarral, Fiebre	Antibiótico, Drenaje guiado-TC	NA	España/ Español	Múltiple/ Derecho	EMO = pos ABS = pos	Curado	Colonoscopia= diverticulo Colon
Caso actual M/64	Historia anterior clara	Fiebre, Malestar, Astenia	Antibiótico, Drenaje guiado-US	Imagen TC	Italia/ ingles	Múltiple/ Derecho	ABS = pos EMO = neg	Curado	enema Barium= Diverticulo colon derecho

Ref = Referencias; ABS = Absceso; EMO = Sangre; COP= Heces ; ORI = Orina; ND = No disponible

La aspiración percutánea es el método de elección utilizado para identificar este patógeno (89%) y para eliminar la infección purulenta. Yu *et al.*, han reportado 101 casos de absceso hepático (98.4% piógeno), el 28.1% era múltiples: el porcentaje de la punción positiva fue de 96.8 y la tasa de éxito no estaba relacionada con el tamaño o el número de abscesos en un solo paciente. Por otra parte, Yu *et al.*, informaron que la aspiración con aguja intermitente, en comparación con el drenaje del catéter continuo, se asoció con una mayor tasa de éxito del tratamiento, una menor duración de la estancia hospitalaria y una tasa de mortalidad más baja, aunque no alcanzó significación estadística⁵.

Las otras dos pequeñas lesiones de tipo absceso “metastásicas” intrahepática se resolvieron con el tratamiento con antibiótico sin aspiración percutánea. La terapia con antibióticos se resuelve hasta en el 80% de los abscesos hepáticos y esto, unido a la aspiración con aguja guiada por ecografía, permite prácticamente el 100% de éxito^{6,7}.

Conclusión

El absceso hepático piógeno es raro en sujetos inmunocompetentes y no cirróticos. La mayoría de estos abscesos son secundarios a una colangitis ascendente, diverticulitis o apendicitis y son causados por agentes patógenos. En este caso clínico un coco saprófito como *Gemella morbillorum* causados por la invasión séptica al hígado, posiblemente a través del sistema venoso portal. La EA, la TC y la RM fueron incapaces de diferenciar entre absceso séptico o neoplásica y el diagnóstico se realizó mediante biopsia por punción percutánea. La única posible fuente de la infección fueron los múltiples divertículos del colon. La aspiración con aguja intermitente de la lesión hepática junto con el tratamiento antibiótico sistémico indujo la resolución completa de las lesiones sépticas y probablemente acortó el tiempo de recuperación.

Conflicto de intereses

Por la presente declaro que el artículo: Absceso hepático piógeno causado por *Gemella morbillorum*, Paolo Borro, Alessandro

Sumberaz, Gianni Testino Centro Alcológico Regionale – Regione Liguria, UO Alcologia e Patologie Correlate; Irccs AOU San Martino – National Institute for Cancer Research, Genova, Italy, no presenta un conflicto de intereses.

Referencias

1. Nam HJ, Yoon SJ, John BM, Jung SH, Kim A, Ko Bs, *et al.* Liver abscess caused by *Gemella morbillorum*. Korean J Gastroenterol. 2005; 46(1): 56–9.
2. Calvo A, Colodro A, Ladero M, Hens A, Jimenez J, Capitan JM, *et al.* Liver abscess in Crohn's disease due to *Gemella morbillorum*. Rev Esp Enferm Dig. 2003; 95(6): 440–1.
3. Arroyo Masa E, Arroyo Masa M, Garcia Carrasco C, Martinez Giles MJ, Vazquez Labrador JM, Magro Ledesma D. Multiple hepatic abscesses due to *Gemella morbillorum*. Gastroenterol Hepatol. 2007; 30(4): 251–4.
4. Hsu CY, Su YC, Wang TL, Chong CF, Chen CC. *Gemella morbillorum* liver abscess. Scand J Infect Dis. 2007; 39(6-7): 637–8.
5. Corchado Berjano C, Vinagre Rodriguez G, Guiberteau Sanchez A, Romero Herrera G, Vazquez Labrador JM, Aguilera Musso D, *et al.* Liver abscess due to *Gemella morbillorum*. Gastroenterol Hepatol. 2007; 30(8): 507–8.
6. Millan Rodriguez AB, Jimenez Saez M, Herrerias Gutierrez JM. An infrequent presentation of *Gemella morbillorum* infection: liver abscess. Gastroenterol Hepatol. 2003; 26(6): 396.
7. Perea Garcia J, Del Valle Hernandez E, Medina Rodriguez J, Munoz Jimenez F. Liver abscess: a rare manifestation of *Gemella morbillorum* infection. Med Clin (Barc). 2002; 118(6): 239.