

Lesiones focales hepáticas

Diana del P. Torres, Fernando Sierra

Uno de los desafíos clínicos más interesantes en los que se involucra ocasionalmente el gastroenterólogo, cirujano o hepatólogo es la valoración de las lesiones focales del hígado. El contexto clínico usual está representado por tres escenarios:

1. Paciente asintomático a quien en un chequeo de rutina se detecta una lesión focal hepática.
2. Paciente con síntomas inespecíficos al que se le detectan alteraciones mínimas del perfil bioquímico hepático y en quien se encuentra la lesión en las imágenes radiológicas.
3. Paciente claramente sintomático que manifiesta fundamentalmente dolor o sensación de peso en el cuadrante superior derecho abdominal, con perfil hepático normal y en quien se detecta lesión focal en las imágenes radiológicas y que en algunos casos presenta tamaños desproporcionados para la expresión clínica.

Esta situación, en nuestra experiencia, probablemente es una de las motivaciones más dramáticas de preocupación no solo por los pacientes que la padecen sino también por sus familiares y lamentablemente, por muchos colegas que sin un conocimiento adecuado formulan teorías etiológicas curiosas, recomiendan intervenciones diagnósticas peligrosas y finalmente indican procedimientos terapéuticos excesivos que pueden incluso poner en peligro la vida del paciente.

En este número de la *Revista Colombiana de Gastroenterología* el grupo de cirugía de los hospitales Kennedy y San José de Bogotá, cuentan la experiencia con un caso de lesión hepática focal de características especiales que resultó ser un quiste hidatídico y que en su análisis pormenorizado brindan una oportunidad sin igual para enriquecernos académicamente. En vista de la importancia del tema en nuestro ejercicio clínico el Comité Editorial ha considerado que este sea el motivo para generar el comentario editorial, en el cual para su desarrollo tendremos en cuenta sus principales diagnósticos diferenciales; y esbozaremos

la estrategia que a nuestro considerar permite llegar en forma efectiva al diagnóstico certero y por lo tanto a su tratamiento.

Basados en el conocimiento del diagnóstico final del caso publicado por los Drs. Gómez, Córdoba E y Córdoba A, Quiste Hidatídico, y teniendo en cuenta la mayor prevalencia en nuestro medio (países subdesarrollados) de entidades de este tipo, se tomarán a consideración como principales diagnósticos diferenciales los abscesos hepáticos tanto piógenos como amibianos.

El abordaje diagnóstico y terapéutico de los quistes y abscesos hepáticos incluye (1-3):

1. Historia clínica médica: presenta claves fundamentales para establecer el diagnóstico
2. Antecedentes de la epidemiología geográfica: detecta datos de vital importancia en la predisposición a padecer alguna de estas enfermedades (3,4).

Las características más sobresalientes para establecer el diagnóstico de este tipo de enfermedades incluyen: con respecto a la edad, el absceso amibiano en general, es más frecuente en jóvenes, el absceso piógeno en viejos y el quiste hidatídico en adultos de edad media. Los hombres tienen una mayor tendencia a padecer abscesos amebianos. Probablemente, este hecho está relacionado con el mayor contenido de hierro hepático en este sexo; para los abscesos piógenos y la enfermedad quística la presentación es similar para los dos géneros(2).

Para los abscesos amibianos vivir o viajar a áreas endémicas, la pobreza y mala higiene son características demográficas importantes (2).

Para la enfermedad quística, vivir en áreas endémicas, ponerse en contacto con caprinos y caninos constituyen los factores epidemiológicos más importantes (5) (Figura 1).

En cambio, para el absceso hepático piógeno no se ha identificado un rasgo demográfico particular. Sin embargo, se informa ocasionalmente la asociación de esta entidad con las infecciones helmínticas.

Con respecto a las patologías médicas asociadas es importante resaltar que sólo 20-30% de los individuos que desarrollan abscesos hepáticos amibianos tienen historia de haber padecido colitis amibiana sin-

Diana del P. Torres, MD. Internista, Gastroenteróloga, Instituto de los Seguros Sociales. Fernando Sierra A, MD. Internista, Gastroenterólogo. Jefe de Gastroenterología y Hepatología, Fundación Santa Fe de Bogotá. Presidente Asociación Latinoamericana para el estudio de las enfermedades hepáticas. Bogotá, D. C.
Rev Colomb Gastroenterol 2003;18:129-131.

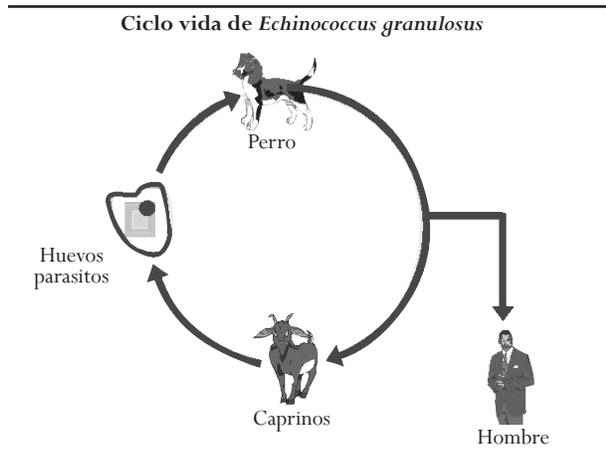


Figura 1. Ciclo infeccioso.

tomática en el mes precedente al descubrimiento del absceso; vale la pena resaltar que desde que históricamente la colitis amibiana se trata con imidazoles la incidencia de abscesos hepáticos amibianos ha incrementado; no se puede decir si esta es una asociación real o sólo queda en el plano de una variable de confusión (3,4).

Para el desarrollo de abscesos piógenos es común encontrar el antecedente de cirugía abdominal o de manipulación radiológica, endoscópica o quirúrgica de la vía biliar, además de presentarse asociada con procesos inflamatorios intraabdominales (diverticulitis, apendicitis, cáncer de colon perforado) (1,4).

Para la enfermedad hidatídica no se han descrito condiciones mórbidas predisponentes(5).

Con respecto a la expresión clínica, el dolor en el absceso hepático amibiano es de moderada intensidad o descrito por el paciente como “sordo”, mientras que los pacientes con absceso piógeno presentan dolor intenso simulando en algunos casos cuadros de abdomen agudo; contrasta con aquellos pacientes que

presentan quistes hidatídicos que pueden ser asintomático o referir solo molestias digestivas por semanas o meses, descritos usualmente como de poca intensidad (4,5).

Los abscesos hepáticos amibianos usualmente son únicos(1), los piógenos generalmente son múltiples y los quistes hidatídicos muestran septos intraquisticos; a veces se asocian a quistes hijos en el resto del parénquima hepático o en otros órganos como pulmón, hueso, cerebro, corazón y páncreas (3).

La ictericia es infrecuente en los quistes hidatídicos así como en los pacientes con absceso amibiano (incluso es considerado por algunos grupos que pacientes que presenten niveles elevados de bilirrubina se les debe indicar punción como una medida de diagnóstico para descartar infección bacteriana asociada o como intervención terapéutica); contrasta con lo anterior el absceso piógeno que se presenta con niveles elevados de bilirrubinas (1,2).

Podemos ver en estas entidades alteraciones mínimas del perfil bioquímico hepático siendo la fosfatasa alcalina la que con más frecuencia está elevada; sin embargo, en los abscesos piógenos los niveles de fosfatasa alcalina pueden alcanzar cifras superiores.

Otras características de la historia clínica y de exámenes paraclínicos que contribuyen a elaborar el constructo que permite identificar a cuál de estas entidades se enfrenta el médico se resumen en la tabla 1 (1,4).

Desde el punto de vista de la valoración por imágenes la ecografía no solo es la más económica y accesible sino que muestra una alta sensibilidad y especificidad en su desempeño operativo, logrando diferenciar entre quiste y absceso. Con la tomografía axial podemos obtener más información en la evaluación del paciente con abscesos piógenos; es útil en la valoración de otros órganos de la cavidad abdominal que pueden ser el origen del absceso piógeno; además,

Tabla 1. Comparación entre: abscesos piógenos, amibianos y quistes hidatídicos.

Parámetro	Abscesos Amibianos	Abscesos Piógenos	Quistes Hidatídicos
Edad	Cualquiera	Cualquiera	Cualquiera
Sexo	Hombre < mujer	Igual	Igual
Rasgos epidemiológicos	Residencia viajar por área endémica; pobreza, pobre higiene	Ninguna, helmintiasis ocasionalmente asociado	Residir en áreas endémicas, animales de finca
Enfermedades asociadas	Raro	Cirugías abdominales y de la vía biliar, diverticulitis	Raro
Ictericia importante	Raro	Común	Raro
Lesiones múltiples	Infrecuente	Común	Septos y quistes hijos
Pruebas hepáticas	Levemente anormal	Anormalidad más marcada	Levemente anormal
Serología amebas	Positivo	Negativo	Negativo
Serología hidatídica	Negativo	Negativo	Positivo
Hemocultivos	Negativos; si positivos contaminación	Frecuentemente positivos	Negativos, si positivos, superinfección
Contenido absceso	Líquido espeso, inodoro, chocolate	Pus; pútrido	No se recomienda el aspirado.
Respuesta al tratamiento médico	Casi siempre	A menudo	Usualmente asociado a cirugía
Necesidad cirugía	Casi nunca	Algunas veces	Usualmente

al aplicar medio de contraste la lesión realza; en la enfermedad hidatídica la tomografía nos sirve para caracterizar los septos y la presencia de lesiones hijas en otros órganos (4,5). Finalmente, el único aporte que proporciona la resonancia magnética es que es más sensible que la ecografía y tomografía para detectar lesiones pequeñas.

Para terminar, se discutirá brevemente la utilidad de la punción. Esta tiene fines diagnósticos y terapéuticos en el paciente con absceso piógeno, puede

estar indicada en algunos casos de abscesos amebianos cuando estos son de gran tamaño, o su rotura es inminente (Borde libre a la cápsula de Glisson menor de 1 cm) o si el diagnóstico es dudoso. En los quistes hidatídicos la punción es prácticamente contraindicada ya que el escape del contenido quístico en la cavidad peritoneal puede generar consecuencias serias como reacciones alérgicas que aumentan la mortalidad.

Para terminar, la recomendación diagnóstica y terapéutica se presenta en la Figura 2.

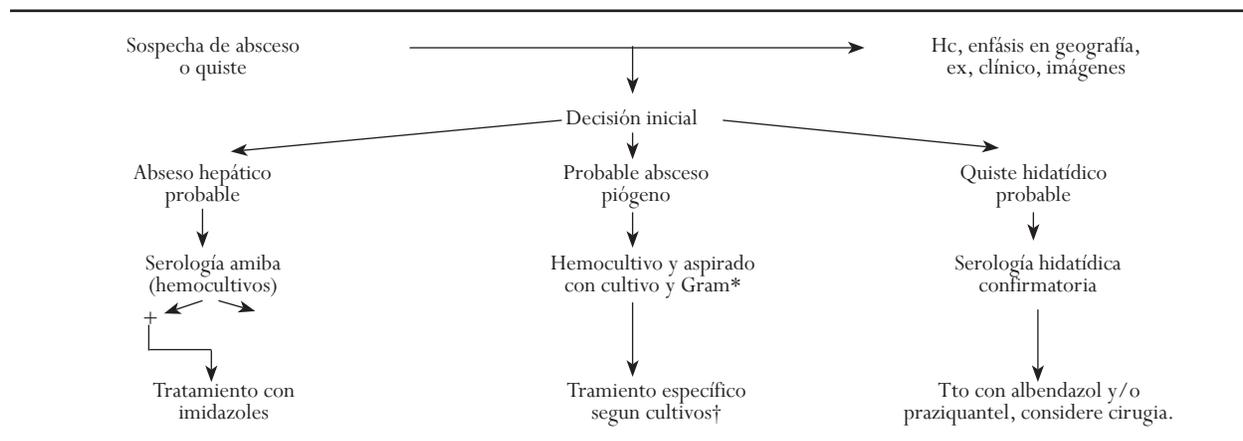


Figura 2. Abordaje diagnóstico en paciente con quiste o absceso. * indicaciones para punción diagnóstica: diagnóstico de absceso piógeno, paciente en estado crítico que requiere diagnóstico urgente, falla en respuesta terapéutica inicial.

Referencias

- Ahmed M, McAdam KP, Sturm AW, Hussain R. Systemic manifestations of invasive amebiasis. *Clin Inf Dis* 1992; 15:974-982.
- Seeto RK, Rockey DC. Pyogenic liver abscess, changes in etiology, management and outcome. *Medicine* 1996; 75: 99-113.
- Morris DL. Echinococcus of the liver. *Gut* 1994; 35: 1517-1518.
- Barnes PF, DeCock KM, Reynolds TN, Ralls PW. A comparison of amebic and pyogenic abscess of the liver. *Medicine* 1987;66:472-483.
- Gottstein B, Reichen J. Echinococcosis/hydatidosis. In: Cook GC (ed). *Manson Tropical Diseases*. London: Saunders;1996.