

TUMOR DE HIPOCONDRIO DERECHO Y FIEBRE

Dres. F. R. Prieto, A. M. Marín, V. Dibenedetto, E. Echezarreta. (Editores)

CASO CLINICO

Un niño de 2 años ingresó al Área de Emergencia del Hospital Garrahan por presentar fiebre de 10 días de evolución.

Sano hasta la enfermedad actual, fue llevado en consulta a un centro de salud próximo a su domicilio por presentar fiebre; sin diagnóstico fue medicado con amoxicilina a dosis habituales durante 3 días; al no observar mejoría, los padres recurren a otro centro asistencial donde cambian la medicación por cefalexina, droga que recibe durante otros tres días sin obtener remisión del cuadro febril. En una tercera consulta sin mayores precisiones diagnósticas, se reemplaza la medicación por penicilina oral y gentamicina IM, que se le administran por el mismo lapso sin beneficios aparentes.

El pediatra que lo envía al Hospital resume la enfermedad actual como un cuadro febril, que en su curso de 10 días, había presentado diarrea, anorexia, decaimiento progresivo, palidez y distensión abdominal, interpretando el cuadro como una infección viral.

El niño nacido de embarazo y parto institucional normal, pesó al nacer 3110 g. Proviene de una familia estable, de nivel socio cultural medio y convive con sus padres, abuelos y una hermana de 6 meses, todos ellos sanos, en una vivienda en el conurbano bonaerense con agua de pozo. No registra enfermedades de importancia, previas a su enfermedad actual, ni antecedentes médicos entre los familiares. El desarrollo ponderoestatural y la maduración psicomotriz fueron normales. Recibió las vacunas BCG; DPT (4 dosis); Sabin (4 dosis) y una dosis de antisarampionosa.

Los datos al ingreso describen un niño que impresiona agudamente enfermo, en regular estado general, compensado hemodinamicamente, pálido y febril (38.8 axilar); bien hidratado. Peso 12,5 kg. (Pc 50) Talla 85 cm. (Pc 50). Cabeza y cuello sin particularidades. No se palpan adenomegalias. El tórax es simétrico, se auscultan rales gruesos diseminados, con disminución de la entrada de aire en la base derecha. Frecuencia cardíaca 125 x'; pulsos periféricos presentes. Se auscultan los ruidos cardíacos normales en los cuatro focos, con silencios libres. El abdomen ligeramente distendido, con ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible, doloroso a la palpación, fundamentalmente en el hemiabdomen derecho, lo que dificulta el examen pero no obstante se

reconoce una masa duroelástica que hace cuerpo con el hígado y se prolonga desde el flanco hacia la fosa ilíaca derecha. El borde hepático de consistencia normal, se palpa a 6 cm. del reborde costal El bazo no se palpa. El examen osteoarticular y el neurológico eran normales.

En la radiografía directa de abdomen de frente, vertical, se observó el diafragma derecho más elevado que el izquierdo, una imagen con nivel hidroaéreo sobre el área y distensión gaseosa del intestino, sin niveles. (Figura 1). En la radiografía de perfil era visible una imagen hidroaérea con nivel entre el área hepática y la columna vertebral (Figura 2).



Figura 1: Radiografía de abdomen de frente en posición vertical: se observa el diafragma derecho discretamente elevado, una imagen hidro-aérea con nivel en el área del hígado y distensión gaseosa del intestino sin niveles.



Figura 2: Radiografía de perfil: se aprecia un gran nivel hidro-aéreo entre la sombra hepática y la columna vertebral.

Los exámenes de laboratorio mostraron: Leucocitos 21800/mm³, con granulaciones tóxicas ++ (C 15%, N 65%, B 1%, E 2%, L 17%). Hemoglobina 10,7 g/dl., Hto. 31%. Plaquetas 420000/mm³. Eritrosedimentación: 45/h, Na: 128 mEq/l; K 3.8 mEq/l.; KPTT 30 seg.; concentración de protrombina 56%.

Glucemia 115 mg/dl; Uremia 12 mg/dl; Bilirrubina T. 0.4 mg/dl, FA 298 U/L; GOT 19 U/L; GPT 13 U/L. Proteína Total 5.2 g/dl.; A/G 0.70; albúmina: 2.2 g/dl; alfa1 1.4 g/dl; alfa2: 1.1 g/dl; beta: 0.8 g/dl; gamma: 1.18 g/dl. Orina: densidad 1018, pH 6, citoquímico normal.

Gases en sangre en muestra venosa: pH.7.28; pCO₂ 36 mmHg; Bicarbonato : 27mEq/l; ExB: 3.3; Sat: 33%.

Una ecografía abdominal describe "imagen de 71 X 67 X 48 mm., de bordes ecogénicos y contenido aéreo en el segmento VII del hígado." (Figura 3)



Figura 3: Ecografía con imagen de bordes ecogénicos y contenido aéreo sobre el área del hígado.

Con diagnóstico presuntivo de absceso hepático se indica tratamiento con ceftriaxone 50 mg/kg/día y metronidazol 20 mg/kg/día. Se envían muestras para hemocultivo y se solicita TAC de abdomen. Fue intervenido quirúrgicamente a las 48 hs. del ingreso.

DISCUSION CLINICA

*Dr. Eduardo Carpanetto**

Agradezco la invitación a compartir con Uds. este ateneo; desearía completar mi información del caso con algunas preguntas: ¿surge de la historia recogida si el niño además de fiebre tenía otro signo o síntoma en las primeras consultas?

*Dr. Víctor Dibenedetto***

En el transcurso de esos diez días el niño había presentado deposiciones desligadas, que fueron interpretadas como secundarias a disbacteriosis; ninguno de los cuatro pediatras que examinaron al niño en las consultas anteriores mencionaron dolor abdominal ni hicieron referencia a los hallazgos de la palpación abdominal observadas al ingreso.

* Jefe de Cirugía Pediátrica. Hospital Nacional A. Posadas.

** Jefe de Residentes. Servicio de Cirugía. Hospital Juan P. Garrahan.

Dr. E. Carpanetto

¿Se interrogó específicamente el antecedente de dolor abdominal previo?

Dr. V. Dibenedetto

Si, puntualmente, pero los padres no lo habían advertido como un síntoma destacado.

Dr. E. Carpanetto

Comenzaría entonces el análisis del caso a partir de considerar que por tratarse de un niño que presenta una masa abdominal y fiebre como signos cardinales, cabe plantearse en principio dos posibilidades: un evento infeccioso o un cuadro tumoral. La fiebre puede ser el primer signo de un tumor y si se presenta con diarrea podría pensarse en un simpatoblastoma; hemos visto casos, incluso tenemos un ejemplo reciente, de simpatoblastoma productor de VIP (peptidos intestinales vasoactivos) con este cuadro de comienzo. Entonces un simpatoblastoma con diarreas perdedoras de potasio podría presentarse así.

Dentro de las causas infecciosas, llama la atención que en el curso de la enfermedad no se efectuara un sedimento de orina, ya que cabe pensar que pueda tratarse de una infección urinaria sin respuesta a la polimedicación antibiótica recibida. Lamentablemente los cirujanos, por la frecuencia con que nos llegan, conocemos bien muchos cuadros de abdomen agudo con evolución totalmente atípica debido a la indicación de antibióticos en forma empírica.

Recordemos que nuestro paciente no tenía vómitos, ni dolor de abdomen espontáneo, sólo presentaba fiebre y diarrea, elementos muchas veces presentes en el comienzo de apendicitis aguda en los menores de dos años. A propósito les comento que recientemente hemos presentado en el Congreso Argentino de Gastroenterología Pediátrica y Nutrición, un trabajo colaborativo del Hospital Posadas con el Hospital Sor María Ludovica de la Plata, analizando más de cien casos de apendicitis en niños pequeños, en el que objetivamos que a diferencia del niño mayor, que en general está afebril o con febrícula al comienzo, el 95% de los pacientes de corta edad tenía fiebre elevada al comienzo del cuadro.

Volviendo al caso, analizando las radiografías pienso, por la imagen hidroaérea sobre la zona hepática, más bien en la posibilidad de una colección séptica. Si dicha imagen tuviera continuidad con el aparato digestivo podría tratarse de un síndrome de Chilaiditi, aunque no podría afirmarlo en este caso. Dentro de las colecciones sépticas una posibilidad es que se trate de un absceso bloqueado por antibióticos; también puede tratarse de un absceso hepático espontáneo "damblée".

Los abscesos hepáticos asociados a infección de

la vena umbilical o a la canalización de vasos quedan descartados en un niño que ha superado el periodo perinatal y sin antecedentes de aquellos eventos. Los abscesos hepáticos se presentan en lactantes y niños, con mayor frecuencia en el paciente inmunocomprometido, habitualmente por *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* o *Salmonella*; en ocasiones hemos observado también infecciones por bacterias anaerobias. Publicaciones recientes reiteran que los gérmenes anaerobios suelen ser los agentes etiológicos de muchos abscesos hepáticos espontáneos o sin causa aparente.

Hemos visto abscesos hepáticos por áscaris asociados a anaerobios; en general en estos abscesos se identifican los áscaris con la ecografía, ya sea muertos dentro del absceso o en la vía biliar; así es que si en el estudio no fueron descritos asumo que no se vieron y que no estaban.

La sintomatología de los abscesos hepáticos suele ser inespecífica y a menudo sugieren una infección sistémica. Puede haber fiebre y dolor en el hipocondrio derecho especialmente a la percusión. Alejo la posibilidad de un absceso hepático en nuestro caso, al observar las imágenes radiográficas y la ecografía. En la radiografía observo no solo una imagen de doble burbuja aérea a nivel del parénquima hepático sino que también se aprecia una opacidad y un engrosamiento del parietocólico derecho y que el colon ascendente está algo desplazado hacia la línea media; incluso aparece otro nivel independiente de los dos que están en la zona hepática. Resulta entonces muy discutible el informe de la ecografía cuando se refiere a un absceso hepático situado en segmento siete. La ecografía es un buen método para definir líquido o sólido, pero resulta imprecisa para definir la localización; La centellografía hepática sería categórica ante la duda. La sobre-elevación del diafragma entonces se puede interpretar también como consecuencia de un proceso que empuja desde abajo y desplaza hacia arriba al hígado.

No creo que se trate de un absceso hepático; más bien me oriento a pensar que el hígado está empujado hacia arriba. Veo además una imagen retroperitoneal mucho más baja que el hígado que ocupa el parietocólico.

Antes de continuar preguntaría si en el informe de la ecografía se menciona la identificación del psoas y si la hepatomegalia observada en la ecografía era homogénea.

Dr. V. Dibenedetto

En la ecografía se describen ambos psoas normales y la ecoestructura del hígado como homogénea, con tamaño y estructura conservadas.

Como dato adicional, en la consulta con el servicio de infectología durante la internación, se solicitó un coprocultivo, informado luego como negati-

vo y también se sugirió realizar una punción del absceso.

Dr. E. Carpanetto

Entonces, continuando con el análisis de las posibles causas que justifiquen las imágenes radiográficas y ecográficas, fundamentalmente a partir de observar el parietocólico desplazado hacia adentro y la imagen hidroaérea proyectada a nivel del hígado, cabría plantearse otras causas de abscesos abdominales. Si bien el absceso del psoas por anaerobios es infrecuente no se lo puede excluir.

Tampoco el absceso perirrenal y/o renal dablee, especialmente si recordamos haber visto abscesos en estas localizaciones sin uropatía; de los que ahora recuerdo hemos solucionado dos con antibióticos solamente y otro con punción y drenaje.

Otro de los diagnósticos para plantear como causa de abscesos, sería una complicación de la enfermedad de Crohn. La enfermedad es capaz de dar fístulas y abscesos intraabdominales, pero ella es excepcional en nuestro país.

Finalmente como ya fuera mencionado, se debe considerar como muy probable que las imágenes fueron compatibles con una colección que corresponda a un absceso secundario a apendicitis aguda.

A esta altura de la discusión solicitaría una tomografía para asegurarme definitivamente de que no se trata de un absceso hepático, ya que si se drenara un absceso se puede seguir pensando equivocadamente que es hepático, pero si es un absceso de gran tamaño como se reconocía por la clínica, (la palpación de un tumor que llegaba casi hasta la pelvis) entonces el drenaje dirigido a tratar un absceso hepático no sería suficientemente terapéutico para solucionar el problema; ante la duda pediría una tomografía axial computada con contraste y probablemente con doble contraste, con la técnica del bolo en el momento del corte, en el lugar donde quiero buscar el diagnóstico. (Figura 4)

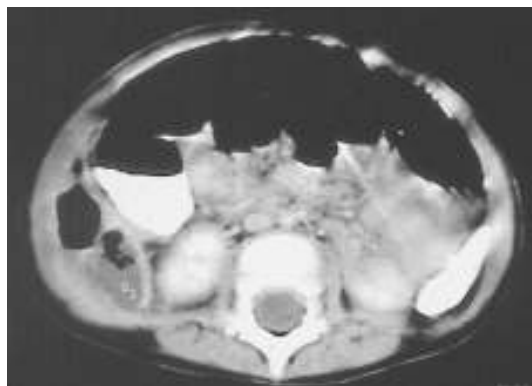


Figura 4: T.A.C.: Colección líquida con aire en su interior a nivel del parietocólico derecho, con borramiento de los planos grasos y engrosamiento del plano muscular.

Dr. V. Dibenedetto

El informe de la TAC dice textualmente " Colección líquida con aire en su interior al nivel del parietocólico derecho, de diez centímetros de diámetro aproximadamente, con borramiento de los planos grasos y engrosamiento del plano muscular.

Dr. E. Carpaneto

Resumiendo todo lo que se dijo antes, creo llegado el momento en que es necesario el abordaje quirúrgico. Tal vez después nos encontremos con una rareza diagnóstica pero sabemos que es un abdomen quirúrgico y hay que operarlo, después confirmaremos o no nuestra impresión diagnóstica o tendremos un caso excepcional para ser comunicado.

Independientemente del diagnóstico preoperatorio, en este niño se sumaron dos circunstancias desfavorables: la primera que su cuadro clínico inicial fue totalmente inespecífico: con fiebre, diarrea, regular estado general y nada más; creo que interrogando mas exhaustivamente se podría recoger algún dato mas de dolor abdominal que pasó inadvertido, sin llamar atención de los padres y la segunda el desafortunado tratamiento médico con varios antibióticos, contraindicado en un niño que no ha sido para nada estudiado.

Por lo expuesto creo que se trata de una apendicitis, pero debo reconocer que en estos casos la desorientación diagnóstica suele ser tremenda. Si se trata de un absceso apendicular, el paciente tuvo la suerte de no presentar la evolución más frecuente que es desarrollar una peritonitis generalizada, con alta morbimortalidad. En segundo lugar me parecería menos probable por la localización del absceso, encontrar una perforación intestinal de otro origen, por ejemplo secundaria a una enfermedad de Crohn complicada o bien a un cuerpo extraño.

*Dr. Fermín Prieto**

Si no hay preguntas, pasamos a la descripción quirúrgica.

Dr. V. Dibenedetto

El paciente fue operado por una incisión transversa derecha, encontrándose un gran absceso en el espacio parietocólico, el cual se drena; En su profundidad se encontró el apéndice perforado. Se realiza la apendicectomía y se dejan drenajes en el lecho por el término de cuatro días, hasta que se agotó el débito purulento; tuvo buena evolución y se fue de alta a los seis días del post-operatorio. Reingresó sin embargo diez días mas tarde por un cuadro de obstrucción intestinal fugaz que cedió con tratamiento médico: a las doce horas, recuperó el tránsito egresando 24 horas después.

El diagnóstico final fue: apendicitis perforada con absceso.

Dr. E. Carpaneto

Evidentemente se trató de una infección abdominal que sin diagnóstico fue tratada con antibióticos. Esto a los cirujanos no nos sorprende porque hemos visto además de los abscesos en la fosa ilíaca derecha por ejemplo, en la pelvis o aun en fosa ilíaca izquierda, como consecuencia de apendicitis perforadas.

Un médico

¿Cómo se forma un absceso en la cavidad peritoneal?

Dr. F. Prieto

Un proceso infeccioso visceral evoluciona frecuentemente a la peritonitis difusa; existe sin embargo un mecanismo de defensa del peritoneo y del epiplón que tiende a aislar y bloquear el foco; si ello ocurre antes de la perforación o de la formación de un absceso, muchas veces evoluciona a la formación de un absceso, cuyos límites están dados por ansas conglomeradas y tabiques de fibrina organizados, lo que impide la peritonitis libre o generalizada. La localización del proceso depende de la posición del órgano enfermo; por eso hemos visto en apendicitis que ocurre con más frecuencia en la fosa ilíaca derecha, pero en una apendicitis pelviana o subhepática, encontraremos el absceso en esas localizaciones y alguna vez en cualquier otro lugar del abdomen; en nuestro caso pudo ser a partir de una apendicitis subhepática.

Dr. V. Dibenedetto

Efectivamente, se encontró una apendicitis subhepática.

Dr. E. Carpaneto

En este caso es sencillo comprender la topografía del absceso, ocupando la gotera del parietocólico derecho y formándose una "cáscara" con el peritoneo parietal posterior, ansas y la superficie inferior del hígado. Es lo mismo que encontramos en los pseudoquistes del páncreas, cuya cápsula se forma a partir del intestino, el estómago y el epiplón, sin tener paredes reales, de ahí el nombre de pseudoquiste. Recientemente, en un niño con 20 días de evolución de un traumatismo encontramos una colección de 800 cm de bilis por la rotura del hepático izquierdo, bloqueada en el epigastrio.

Un médico

En el caso de un niño con dolor abdominal de reciente comienzo, ¿cuál sería el plazo de observación sin riesgo de una evolución complicada?

* Jefe de Cirugía General. Hospital J. P. Garrahan

Dr. E. Carpanetto

En general diferentes autores coinciden en la necesidad de la consulta con el cirujano en forma urgente fundamentalmente cuando el niño es pequeño, ya que si estamos frente a una apendicitis, la perforación ocurrirá entre las 8 y las 24 horas del comienzo de los síntomas.

Es de buena práctica ante cuadros de comienzo dudoso que el mismo médico reevalúe al paciente con el correr de las horas. Esta forma de observación activa permite tomar una decisión también activa.

Esta conducta, difundida en algunos servicios de Estados Unidos, fue una alternativa a partir de revisar el concepto de que para evitar el riesgo de peritonitis por la demora del diagnóstico, se consideraba conveniente que en un buen servicio de cirugía, un 20% de los operados por apendicitis tuviera el apéndice sano, es decir un sobrediagnóstico. En la actualidad en nuestro medio, con la "observación activa" sin internación, hecha por el mismo observador por 24 horas en un niño con dolor abdominal poco claro, descendimos al 8% los operados con apéndice normal.

Actualmente en trabajos recientes, para disminuir los costos de la internación, aún de pocas horas para observación, se muestra la utilidad de la TAC helicoidal con contraste colónico, refiriéndose un 97% de sensibilidad del método. Claro que se requiere la disponibilidad de un tomografista durante las 24 horas.

Un médico

Es sabido que el riesgo de perforaciones por apendicitis es muy elevado entre los niños menores de 4 años y luego va disminuyendo progresivamente en la medida que aumenta la edad. ¿Cuáles son las causas?

Dr. E. Carpanetto

En los niños pequeños el diagnóstico de apendicitis es difícil y frecuentemente tardío. Esto se debe a una causa anatómica ya que las paredes más delgadas del apéndice predisponen a la perforación. Por otra parte el examen físico en los más pequeños es más difícil, siendo aconsejable realizarlo en forma exhaustiva, muy pacientemente y repetirlo a las pocas horas. Estas son causas de retraso en la consulta por lo que la mayoría son operados con peritonitis generalizada o un plastrón.

Un médico

Según las imágenes mostradas, en la radiografía simple en perfil se ve un nivel que no compromete al hígado. ¿Es necesario hacer Eco y TAC, o esta imagen alcanza para hacer diagnóstico?

Dr. Carpanetto

La observación de las radiografías lo sugiere

como ud. dice pero no podría descartarse un tumor, especialmente en este caso con una historia pobre de abdomen agudo.

Un médico

¿Es posible mediante una ecografía, distinguir una colección intra de una retroperitoneal?

Dr. E. Carpanetto

si bien el absceso del psoas es retroperitoneal puede dar imágenes parecidas al intracelómico y aún ser palpable. Si este se presentara con trastornos funcionales de los miembros inferiores suele motivar la consulta ortopédica. La ecografía los reconoce bastante bien al observarse el borramiento del psoas, pero no es totalmente específica. También hemos visto como lo comentara antes, abscesos extraperitoneales puros de origen renal.

Dr. F. Prieto

Me parece oportuno ampliar los comentarios sobre los criterios de tratamiento con punciones en abscesos intraabdominales; en este caso en algún momento se planteó dicha indicación.

*Dr. H. Questa**

En la actualidad se ha difundido extensamente el tratamiento percutáneo de los abscesos abdominales. Las colecciones en el abdomen que hasta hace poco tiempo debían resolverse con cirugía abierta, hoy son pasibles en su mayoría de un drenaje percutáneo, resolviéndose con mayor economía y muy buenos resultados.

Salvo contraindicaciones específicas como coagulopatías o ascitis, creo que el primer gesto ante una colección debería ser la colocación de un drenaje percutáneo esperando su resolución.

Para la realización del procedimiento resulta sumamente útil la ayuda del ultrasonido (US). Nosotros usamos guías metálicas y dilatadores para confeccionar el trayecto donde finalmente quedará colocado el drenaje.

En el caso de este paciente el US y la TAC mostraban una colección subhepática, con características de absceso. Nuestra primera presunción diagnóstica fue la de apendicitis complicada y en segundo lugar una perforación intestinal por cuerpo extraño; Sospechando fuertemente una apendicitis, decidimos entonces la cirugía para realizar la apendicectomía y el lavado. El drenaje percutáneo no nos hubiera permitido la extirpación del apéndice. Sin embargo al revisar la literatura reciente, vemos que en algunos centros quirúrgicos los abscesos apendiculares son tratados mediante el drenaje percutáneo y antibioterapia. Pese a todo, en un medio como el nuestro donde esta conducta

* Asistente de Cirugía. Hospital J. P. Garrahan

aún no está probada, nos pareció prudente operar al niño.

Dr. E. Carpanetto

Yo cuestionaría en este caso el tratamiento percutáneo por no tener claro el origen del absceso; nosotros lo hemos hecho en abscesos del hígado y en pseudoquistes del páncreas, pero no en abscesos intraabdominales.

Dr. F. Prieto

En síntesis esta presentación tuvo como objetivo mostrar un caso clínico cuyo interés, estuviera

orientado más que a su complejidad, a exponer un tema importante para los pediatras. El abdomen agudo, particularmente en los menores de 4 años plantea verdaderos desafíos diagnósticos y la rápida instalación de complicaciones aumenta considerablemente los riesgos de morbilidad. La semiología es en estos casos de difícil interpretación, destaco sin embargo que la evidencia de dolor abdominal es el dato más concluyente para el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico.

Agradecemos al Dr. Carpanetto su contribución, destacando la claridad de su discusión y el aporte de su experiencia.