

# **FIEBRE RECURRENTE Y DOLOR ABDOMINAL**

**Ana María Baz Lomba**

**Angel Asorey Carballeira**

**S . Medicina Interna**

**CHUVI. Hospital Meixoeiro**

# ANTECEDENTES PERSONALES

- ✓ **Mujer de 59 años.**
- ✓ **¿Fotosensibilidad a Cefalosporinas?**
- ✓ **Hipercolesterolemia.**
- ✓ **Esofagitis tipo A.**
- ✓ **Incontinencia urinaria.**
- ✓ **Crioterapia de CIN II.**
- ✓ **IQ:**
  - Tunel carpiano bilateral.
  - Miringoplastia OD.
  - Tx córnea OD. Cataratas AO.

# HISTORIA CLÍNICA

**PRIMER INGRESO:** (27 Marzo-6 Abril)

• **CLÍNICA:**

**Dolor en hipocondrio izquierdo +**

**Sd. febril ( 15 días ) +**

**vómitos y alt. hábito intestinal ( 5 días ).**

• **EF:** Sin hallazgos de interés.

• **Analítica:** Hemograma: ↑N (10% cayados).  
Coagulación y bioquímica normales.

# EC del PRIMER INGRESO

- RX TÓRAX:



# EC del PRIMER INGRESO

- **RX ABDOMEN:**



# ¿Iniciaríais tratamiento antibiótico empírico?

**Sd.febril sin foco conocido , estable hemodinámicamente y solamente con neutrofilia + desviación izquierda como alt. analíticas.**

**1) SI → En situaciones de gravedad o deterioro rápido del estado general.**



**2) NO**

**CIPROFLOXACINO  
+ METRONIDAZOL**

# EC del PRIMER INGRESO

➤ **Urocultivos:** negativos.

➤ **Hemocultivos:** +Estreptococo milleri.



¿Realizaríais una búsqueda del foco infeccioso?



COCOS GRAMPOSITIVOS

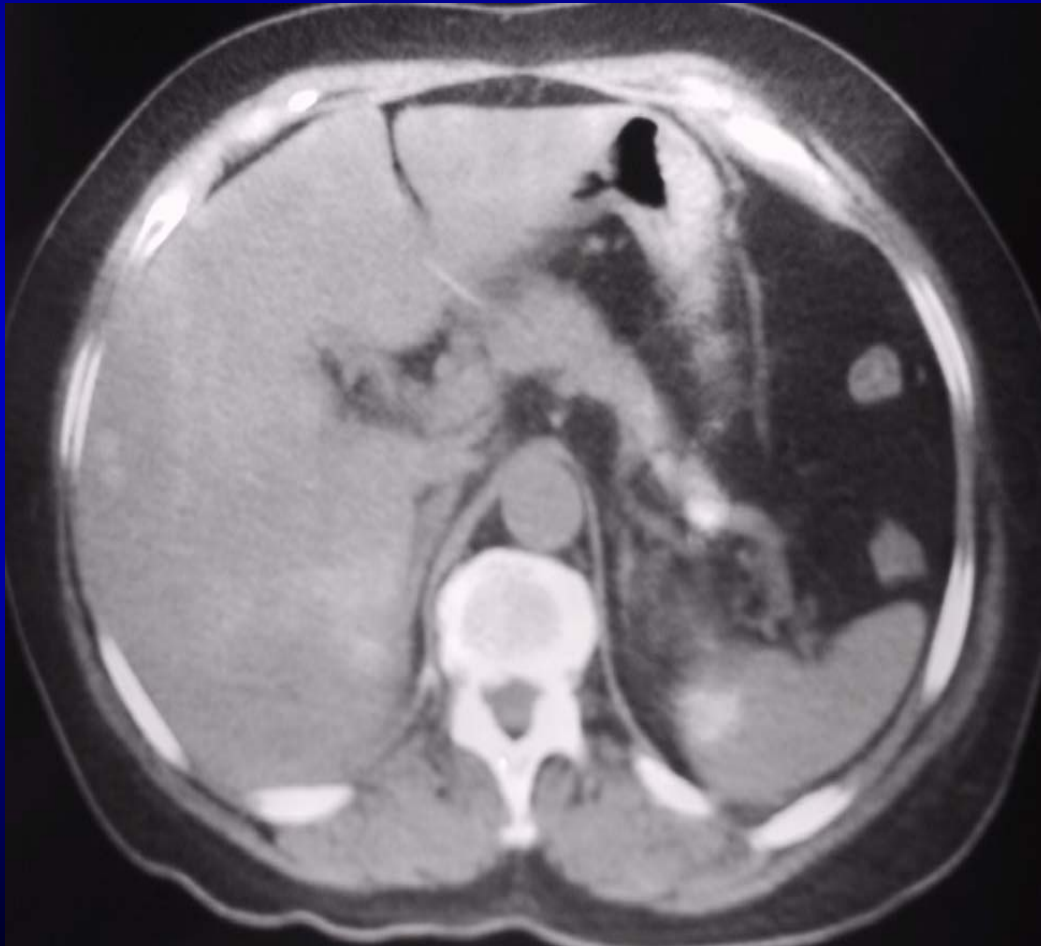
Grupo G: intermedius. Se aísla en la orofaringe, piel y tracto intestinal.



¿Qué estudios complementarios solicitaríais?

# EC del PRIMER INGRESO

- TAC ABDOMINAL :





# EC del PRIMER INGRESO

- TAC ABDOMINAL:



# EC del PRIMER INGRESO

## Otras pruebas diagnósticas solicitadas :

- **Ecocardiograma: Sin datos de endocarditis.**
- **Colonoscopia: Micropólipo colónico.**
- **Serología para salmonela, brucella, fiebre Q y hidatidosis: negativas.**

# PRIMER INGRESO

- DIAGNÓSTICO:

Bacteriemia por *Streptococcus milleri* de etiología no aclarada.



¿Cuánto tiempo debe mantenerse el tratamiento antibiótico ?

14 días

# HISTORIA CLÍNICA

- **9 Abril (S.Urgencias):**

**Fiebre ( 39.5°C ) + vómitos biliosos sin dolor abdominal.**

**EF: sin hallazgos de interés**

**PC: -Analítica.**

**-Rx tórax-abdomen.**

**Diagnóstico: ITU.**

**Tratamiento: Telitromicina ( 15 d ).**

- **Recurrencia de Sd. Febril ➔ Moxifloxacino (7 d)**

# HISTORIA CLÍNICA

**SEGUNDO INGRESO:** (20 Abril- 9 Junio)

• **CLÍNICA:**

**Sd. Febril ( 39.5°C) + Sd. Miccional.**

• **EF:**

**TA:100/60, t<sup>a</sup>.39.5°C, FC:104 lpm.**

**Mal estado general, sudorosa. Buena perfusión .**

**Normocoloreada. Eupneica. CyC: No adenopatías.**

**No IVY. ACP:Normal. Abdomen:Sin hallazgos de**

**interés. EEII: No edemas.**

# EC del SEGUNDO INGRESO

- **ANALÍTICA** (urgencias):

**Hemograma:** 22.420 leucos (N:87.4%), hb:10.7, hcto:31.6, plaquetas:555.000.

**Coagulación:** Normal.

**Bioquímica :** Normal.

**Sistemático y sedimento urinario :** Normal.



**Rutina:** GGT:136, FA:327, Fe:4, ferritina:573, transferrina:151, IST:2%, VSG:110, PCR:108,

**H.Tiroideas:** Normales,

**Proteinograma:** pr. inflamatorio,

**Ca 125: 91, Ca 19.9 y AFP:** Normales.

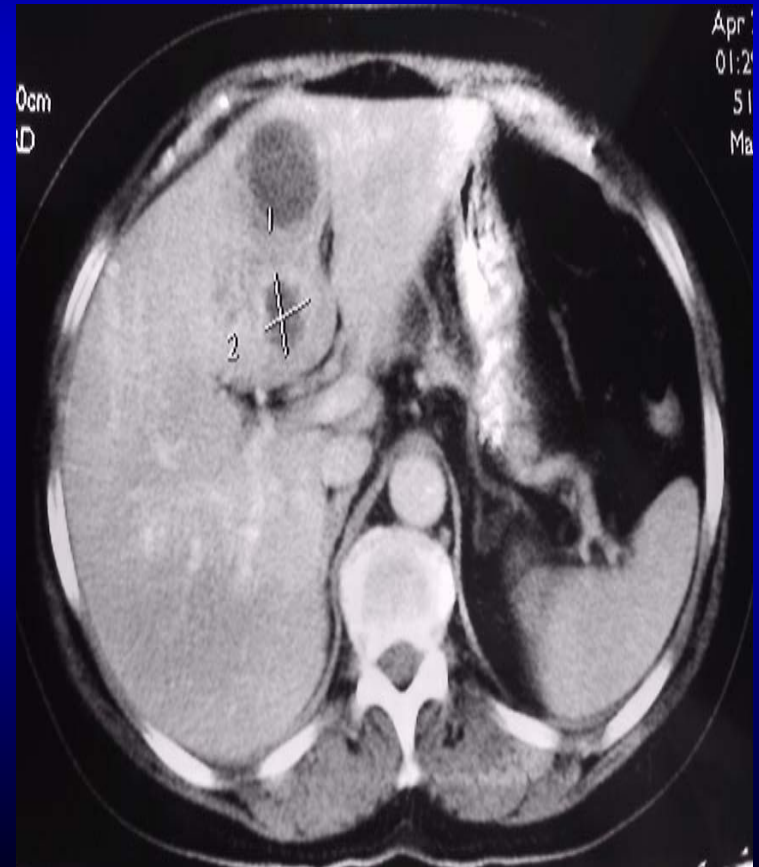
# EC del SEGUNDO INGRESO

- RX TÓRAX Y ABDOMEN:



# EC del SEGUNDO INGRESO

- TAC ABDOMINAL :





# ¿Con qué patologías debería hacerse el diagnóstico diferencial?

- **Lesión hipodensa intrahepática:**
  - 1) **Absceso hepático piógeno**
  - 2) **Quiste hidatídico**
  - 3) **Absceso amebiano**
  - 4) **Tumor 1º o metastásico**
  - 5) **Quiste simple / Poliquistosis hepática**
  - 6) **Hemangioma hepático**
  - 7) **Hiperplasia nodular focal**

# ¿Qué otras pruebas complementarias realizaríais ?

**Hemocultivos, urocultivos y coprocultivos : negativos**

- **ETIOPATOGENIA :**

- 1) **Vía biliar (30%)** → **Colangio-RNM**
- 2) **Vía portal (24%)** → **Evaluación completa gastrointestinal\***
- 3) **Vía hematógena (15%)** → **ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO**
- 4) **Contigüidad (4%)**
- 5) **Criptogenética (25%)**
- 6) **Trauma hepático y otras (5%)**  
( CE,Q. hidatídico, A. Amebiano, metástasis, Tx, embolización )

# ¿Qué pauta antibiótica elegiríais?

	GN aerobios	GN anaerobios	P.aeruginosa	Enterococo
<b>Amoxi-clavulánico</b>	++	++	-	+++
<b>Ampicilina</b>	+	-	-	+++
<b>Aztreonam</b>	++++	-	++	-
<b>Cefotetan</b>	++	++	-	-
<b>Ceftriaxona</b>	+++	-	-	-
<b><u>Ciprofloxacino</u></b>	++++	-	++	-
<b>Cotrimoxazol</b>	+++	-	-	-
<b>Aminoglucósidos</b>	++++	-	+++	-
<b>Vancomicina</b>	-	-	-	+++
<b><u>Metronidazol</u></b>	-	++++	-	-
<b>Clindamicina</b>	-	+++	-	-
<b>Imipenem</b>	++++	++	+	++
<b>Piperacilina-Tazobactam</b>	++++	+++	+	+++

# Abscesos hepáticos piógenos

- **TRATAMIENTO:**

- 1. **ANTIBIOTERAPIA:**

- Combinación de 2 o + :

cefalosporinas de 2<sup>a</sup> o 3<sup>a</sup> G ,  
penicilina o ampicilina +/- aminoglucósido  
+ metronidazol o clindamicina.

- Monoterapia:

Meropenem/Imipenem.\*

Piperacilina-tazobaactam/ Ticarcilina-clavulánico.

- Si alergia a betalactámicos:

cipro/levofloxacino+metronidazol.

( Rev Clin Esp 1997;197:494-499 )

# Actitud diagnóstica y terapéutica

## 1) Drenaje percutáneo guiado por ECO/TAC (PAA / DCP)



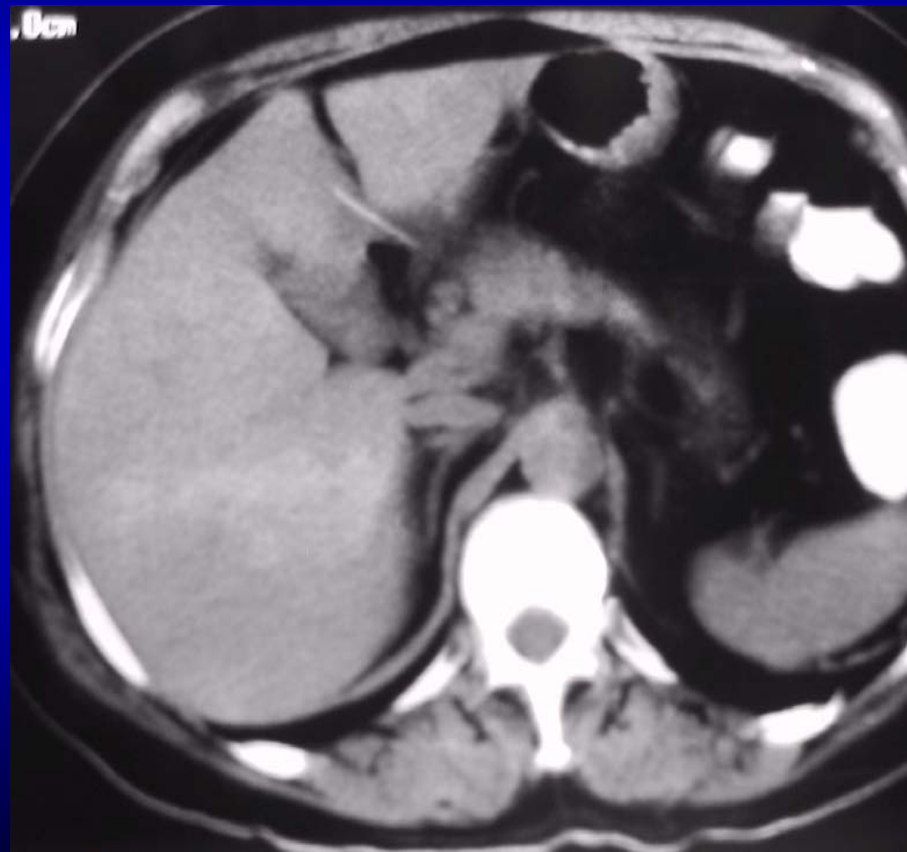
**Prevotella loeschii**

BGN anaerobio, flora normal de mucosas (oral, tracto GI y vagina)

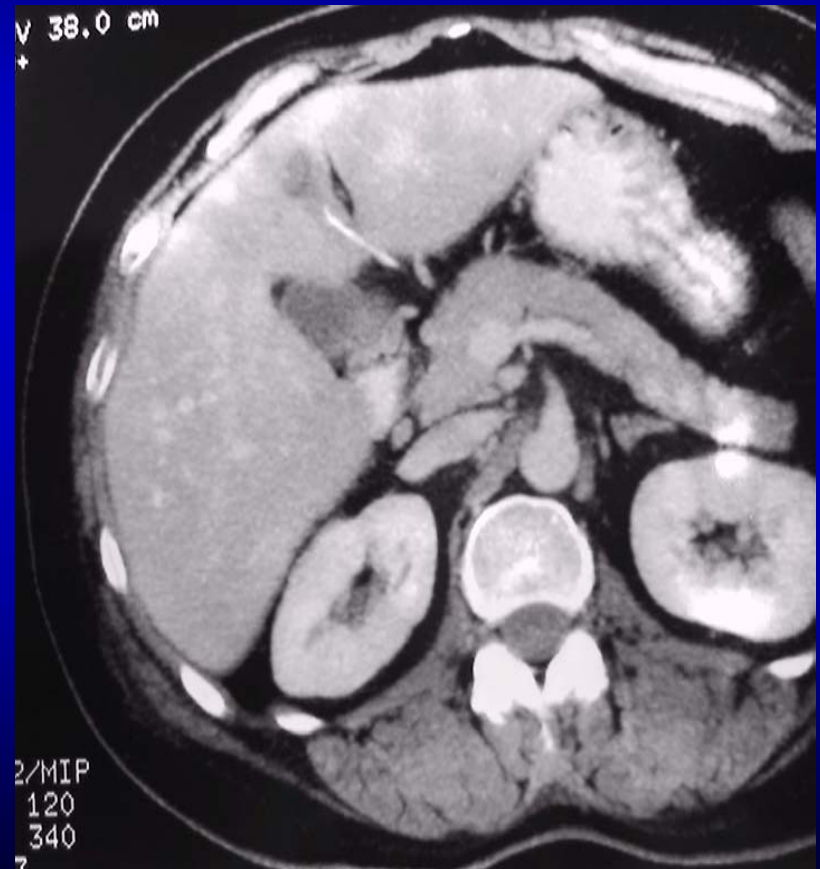
## 2) Drenaje quirúrgico abierto

1. Abscesos no abordables por PAA.
2. Patología abdominal asociada intervenible
3. Fracaso del tratamiento antibiótico, PAA/DCP
4. Signos peritoneales (Ruptura/hemorragia)
5. Abscesos de pared gruesa con pus viscoso, multiloculados.
6. Ascitis

# TAC ABDOMINAL de control



# TAC ABDOMINAL de control



# TAC ABDOMINAL del PRIMER INGRESO



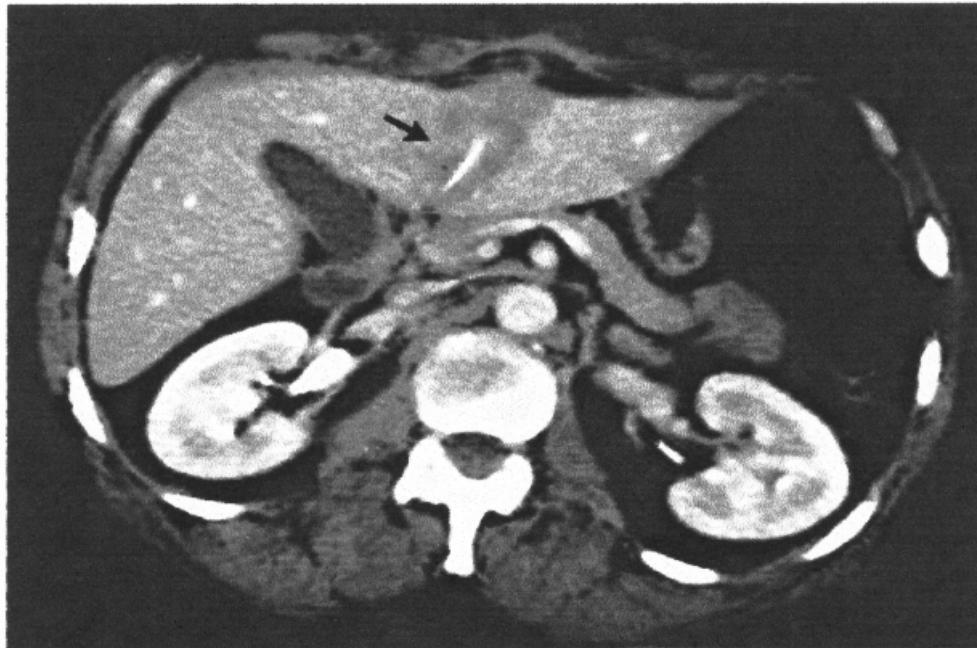




---

## Images in Clinical Medicine

---

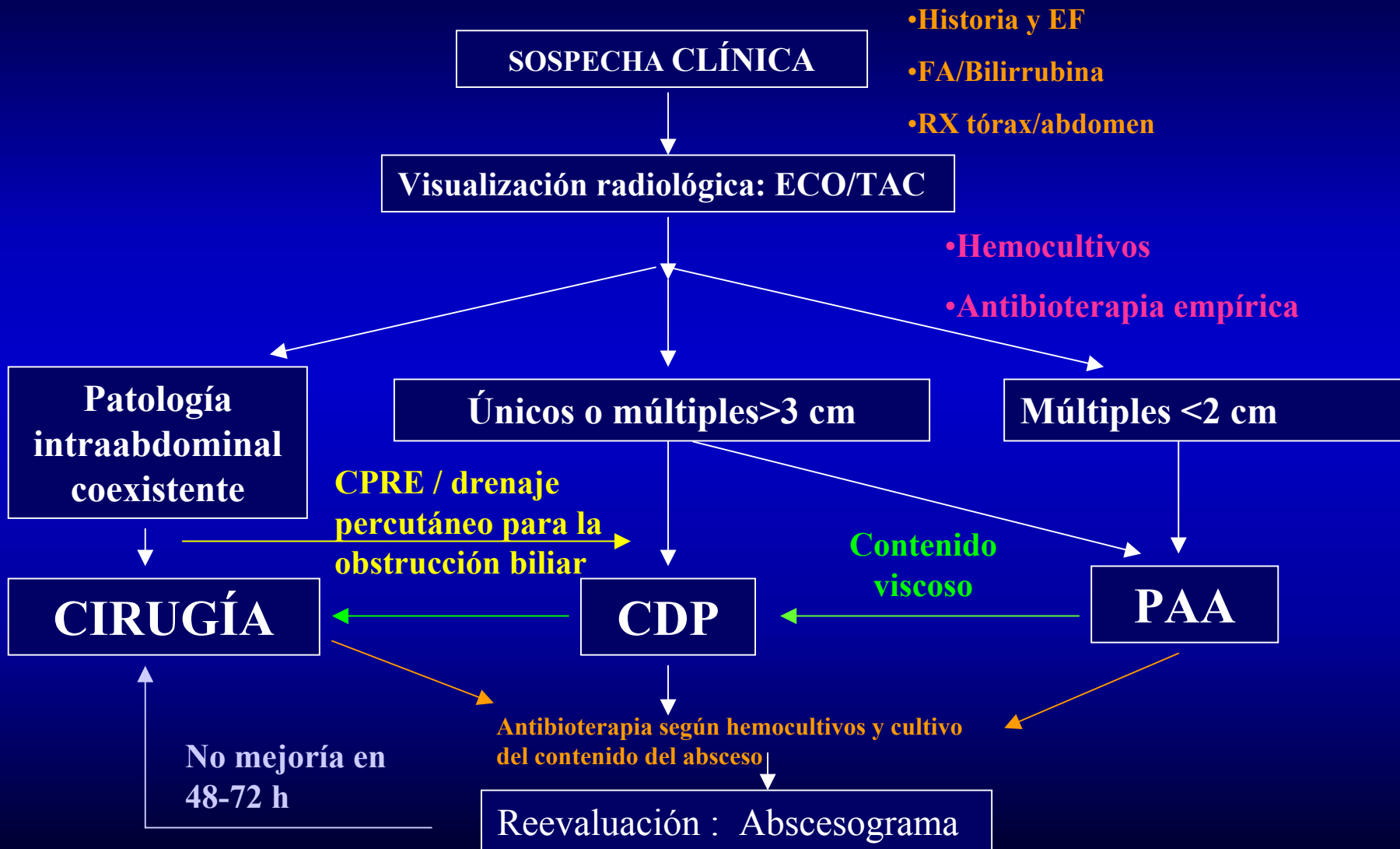


*Liver Abscess Due to Eikenella corrodens from a Fishbone*

# ¿Qué hacer...?

- 1) **Tratamiento médico.**
- 2) **Extracción del cuerpo extraño por endoscopia.**
- 3) **Laparoscopia exploradora .**
- 4) **Cirugía abierta.**

# ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TERAPEUTICO



**Gracias por vuestra atención...**

# Abscesos hepáticos piógenos

- **CLINICA:**


- **SÍNTOMAS:**

- ✓ Fiebre : 90%-100%
- ✓ Escalofríos :33-88%
- ✓ Astenia , náuseas, vómitos.
- ✓ Anorexia: 38-80%
- ✓ Pérdida de peso: 25-68%
- ✓ Tos seca( 11-28%)–hipo- dolor pleurítico derecho (irritación diafragmática).
- ✓ Dolor en hipocondrio derecho, irradiado a hombro: 90-100%
- ✓ dolor torácico pleurítico: 9-24%
- ✓ FOD

- **SIGNOS:**

- ✓ Normal: 38%
- ✓ Hipersensibilidad en hipocondrio derecho:41-72%
- ✓ Hepatomegalia: 51-92%
- ✓ Masa:18%
- ✓ Ictericia:23-43%
- ✓ Signos torácicos(↓MV basal derecho) :11-48%

## Abscesos hepáticos piógenos

- **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:**
- **ANALÍTICA:**
  - **Anemia de enf. Crónica: 50-80%.**
  - **Leucocitosis ( N↑): 75-96%.**
  - **Hipoalbuminemia.**
  - **↑ Fosfatasa alcalina: 95-100%.**
  - **↑ Transaminasas: 48-60%.**
  - **↑ Enzimas de colestasis.**
  - **↑ Bilirrubina: 28-73%.**
  - **↑ AP: 71-87%**
- **HEMOCULTIVOS :+ 50%.**
- **Cultivo del contenido de los abscesos** 

Diagnóstico

Microbiológico

73-100%

## Abscesos hepáticos piógenos

- **TÉCNICAS DE IMAGEN:**
- **RX TÓRAX:** Patológica 1:2
  - Inespecíficos: Elevación del hemidiafragma derecho, nivel hidroaéreo subdiafragmático, atelectasia, neumonitis, consolidación y derrame pleural.
- **RX ABDOMEN:**
  - Nivel aéreo / hidroaéreo intrahepático o aire en la vía biliar.
- **ECOGRAFÍA:** S: 79-87%.
  - Masa hipoecogénica oval o redondeada con bordes irregulares. Septos internos o cavidades residuales.
  - Evaluación de la vía biliar.

## Abscesos hepáticos piógenos

- **TÉCNICAS DE IMAGEN:**
- **TAC con contraste:**
  - de elección. S: 95-100%.
  - >1cm
  - Áreas hipodensas bien delimitadas y con realce periférico con contraste ev. Gas(20%).
- **RNM:**
  - ↓intensidad en T1 spin-echo, ↑ intensidad en T2, realce periférico en anillo con bordes internos definidos con gadolinio y edema perilesional.
- **Gammagrafía con tecnecio, galio o indio:**
  - S:80-85%