

ABSCESO EN ÁNGULO HEPÁTICO: DIAGNÓSTICO RETROSPECTIVO DE PERFORACIÓN INTESTINAL

AUTORES: Guzmán Vizcaíno, M.M. Armenteros López, A. Aguilera Rodríguez, E. Rodríguez Lucenilla, M.I. Gómez Bueno, S. Díez- Delgado Rubio, F.J. UGC de Pediatría. Hospital Universitario Materno Infantil Torrecárdenas (Almería)

INTRODUCCIÓN

El íleo meconial es un problema frecuente en recién nacidos prematuros, especialmente en los de muy bajo peso al nacimiento (menores de 1500 gramos). La realización de enemas de desimpactación es una práctica clínica utilizada en las unidades neonatales, sin embargo, es una técnica que puede tener efectos adversos y que no está totalmente respaldada por la evidencia científica.

CASO CLÍNICO

Prematuro de 28+3 semanas (1055 gramos), preeclampsia materna y CIR tipo 3. Nacimiento mediante cesárea urgente por registro no tranquilizador. Apgar 7/10. REA tipo III. pH cordón 7.17.

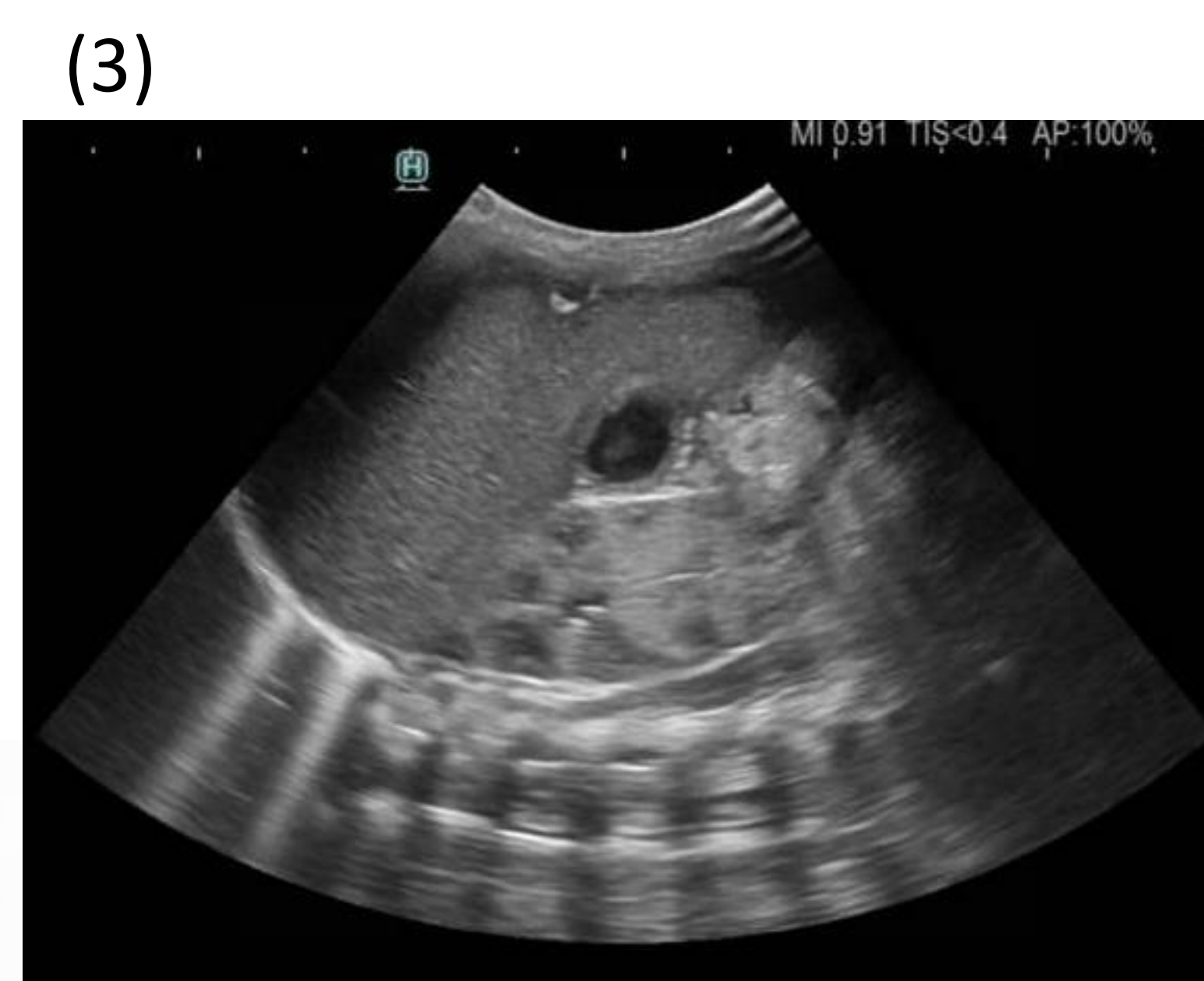
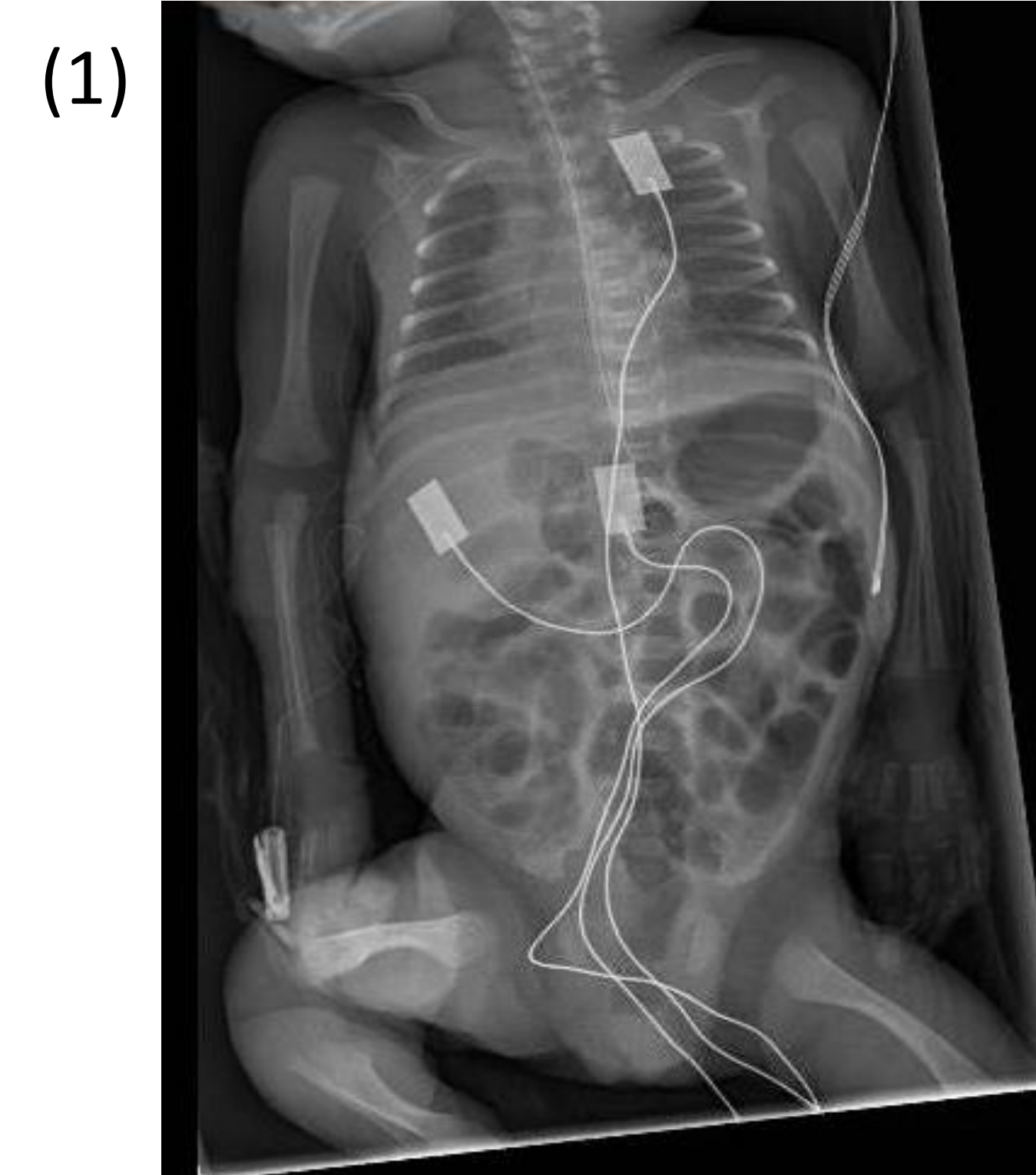
Recibe nutrición parenteral desde el primer día, iniciándose nutrición enteral trófica con leche materna a las 24 horas de vida. Expulsa meconio en primeras 24 horas de vida, precisando durante los siguientes días enemas con suero fisiológico.

A los 11 días de vida presenta empeoramiento clínico con taquicardia, apneas y distensión abdominal tras realización de enema de desimpactación. Se realiza radiografía abdominal objetivándose asas distendidas pero sin aire extraluminal. En despistaje infeccioso elevación de reactantes de fase aguda. Se extraen cultivos y se inicia antibioterapia empírica (ceftazidima y vancomicina), así como dieta absoluta. Precisa intubación, conexión a ventilación mecánica invasiva y soporte vasoactivo.

En hemocultivo crece *Enterobacter Aerogenes*, sensible a cefotaxima, por lo que se desescala antibioterapia y se completa un total de 14 días. Se mantiene a dieta absoluta durante 7 días.

En control ecográfico abdominal realizado de forma rutinaria a los 30 días de vida, se objetiva imagen de colección de aproximadamente 14x9 mm, en zona perihepática (confluencia entre segmento 6 hepático y ángulo hepático de colon), compatible, en el contexto clínico previo, con perforación colónica con formación de plastrón.

Disminución significativa de tamaño de absceso hepático en controles previos a alta.



En la imagen (1) se muestra la radiografía del paciente en decúbito supino, en la que se puede observar dilatación de asas intestinales, sin presencia de aire extraluminal ni neumatosis intestinal.

En las imágenes (2) y (3) se muestran imágenes ecográficas del absceso hepático. Se visualiza en segmento 6, de localización periférica subcapsular, una imagen de aspecto quístico, bien delimitada, con pared, de aproximadamente 14 x 9 mm.

CONCLUSIONES

La presencia de absceso en ángulo hepático en un recién nacido prematuro, que previamente ha presentado clínica de sepsis grave tras un enema, podría corresponder con una perforación intestinal. En nuestro caso, la ecografía abdominal rutinaria nos hizo plantear este diagnóstico ya que, aunque en el momento agudo no existiera neumoperitoneo, se podría tratar de una perforación con formación de plastrón.

BIBLIOGRAFÍA

1. Geetha O, Cherie C, Natalie TWH, Merchant K, Chien CM, Chandran S. *Streptococcus gallolyticus subspecies pasteurianus* causing early onset neonatal sepsis complicated by solitary liver abscess in a preterm infant. Access Microbiol. 2021 Feb 3;3(3):000200. 2. Khan NA, Choudhury SR, Jhanwar P. Ruptured Liver Abscess in Neonates: Report of Two Cases. J Neonatal Surg. 2016 Jul 3;5(3):31. 3. Mannan K, Tadros S, Patel K, Aladangady N. Liver abscess within the first week of life in a very low birthweight infant. BMJ Case Rep. 2009;2009:bcr05.2009.1874.