

## Cartas al Director

### Absceso hepático piógeno como manifestación inicial de un adenocarcinoma silente de colon

*Palabras clave:* Absceso hepático piógeno. Cáncer. Carcinoma colorrectal. Etiología.

*Key words:* Pyogenic liver abscess. Cancer. Colorectal Carcinoma. Etiology.

*Sr. Director:*

En nuestro medio los mecanismos etiopatogénicos que con más frecuencia subyacen al absceso hepático piógeno son las infecciones del árbol biliar y los procesos abdominales con bacteriemia portal secundaria (apendicitis, diverticulitis o pancreatitis); su asociación con enfermedades neoplásicas está bien establecida, y suele describirse en el contexto de la extensión metastásica de un tumor primario conocido (1). Excepcionalmente, el absceso hepático piógeno de origen oscuro puede constituir la forma de presentación de un carcinoma de tracto digestivo, en ausencia de metástasis u otras manifestaciones clínicas previas que pudieran orientar el diagnóstico. Aportamos un infrecuente caso de absceso hepático piógeno secundario a un adenocarcinoma silente de ciego.

#### Caso clínico

Se trata de un paciente varón de 72 años, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2 e hipercolesterolemia en tratamiento farmacológico, sin antecedentes familiares de interés ni intervenciones quirúrgicas previas. Ingresa remitido por su facultativo de Atención Primaria ante cuadro de tres semanas de evolución consistente en malestar general, sensación distérmica y dolor sordo en hipocondrio derecho. Niega alteraciones recientes en el tránsito intestinal, rectorragia o deposiciones de aspecto me-

lénico. En la exploración física sólo destaca una palpación abdominal discretamente dolorosa en hipocondrio derecho, sin identificarse visceromegalias. Analíticamente presenta: leucocitos:  $14,3 \times 10^9/L$  (85% de neutrófilos); hemoglobina: 11,7 g/dL (VCM: 89,7 fL, HCM: 29,2 pg); LDH: 203 U/L; GOT: 71 U/L; GPT: 104 U/L; GGT: 311 U/L; fosfatasa alcalina: 526 U/L; bilirrubina total: 0,74 mg/dL. Las serologías para virus hepatotropos, *Brucella* y *Equinococcus*, así como los hemocultivos seriados y la determinación de marcadores tumorales, fueron negativos o en rangos normales. En la ecografía abdominal se identificó una lesión ocupante de espacio en lóbulo hepático derecho (8,5 x 6,8 cm), polilobulada, con áreas de aspecto quístico en su interior. Mediante tomografía computarizada (TC) abdomino-pélvica con contraste se confirmó esta imagen, que presentaba zonas hipodensas con realce periférico, siendo en conjunto altamente sugerente de absceso hepático (Fig. 1). La punción-aspiración con aguja fina obtu-

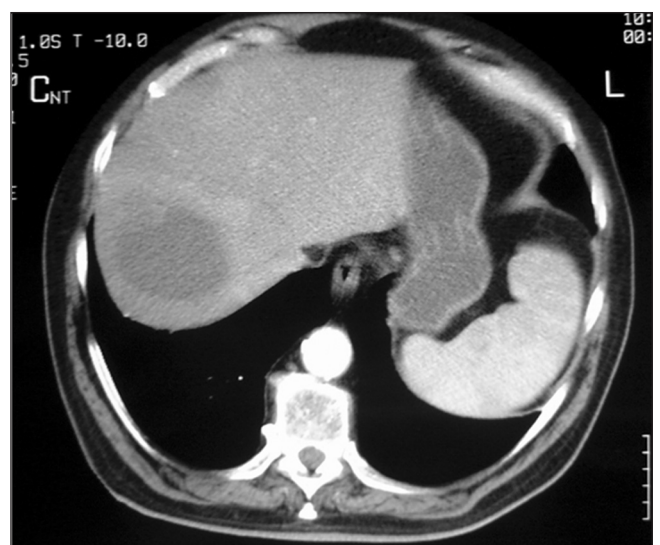


Fig. 1. TC abdominal que muestra la existencia de una lesión ocupante de espacio en el lóbulo hepático derecho (aproximadamente, 8 x 7 cm), con zonas hipodensas en su interior y discreto realce periférico, sugerente de absceso hepático.

vo abundante material purulento, cuyo análisis citológico fue congruente con inflamación aguda de carácter inespecífico, sin evidencia de malignidad. El cultivo microbiológico y el estudio de parásitos en el aspirado fueron negativos. Tras la administración de antibioterapia de amplio espectro (ceftriaxona, metronidazol y gentamicina) y la implantación de drenaje percutáneo se obtuvo una favorable evolución clínica, con práctica remisión de la lesión en un control radiológico posterior. Con el fin de investigar posibles condiciones patológicas subyacentes fue realizada una colonoscopia, que identificó una lesión exofítica próxima a la válvula ileocecal, sospechosa de malignidad; el estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma de ciego. El estudio de extensión no reveló diseminación metastásica ni otras lesiones a nivel hepático, procediéndose a la realización de hemicolectomía derecha con posterior administración de quimioterapia adyuvante (capecitabina). El paciente permanece libre de enfermedad al cabo de 14 meses de seguimiento.

### Discusión

La etiología del absceso hepático piógeno ha experimentado cambios notables en las últimas décadas; la vía portal, frecuente en la era preantibiótica, ha perdido relevancia frente al origen biliar, generalmente en pacientes de edad avanzada sometidos a cirugía del árbol biliar o en presencia de obstrucciones benignas (coledocolitiasis con colangitis asociada) o malignas de la vía. La mayor incidencia de abscesos hepáticos piógenos en pacientes con enfermedad neoplásica ha sido reconocida desde hace años (1); son pocos, sin embargo, los casos recogidos en la literatura en los que un adenocarcinoma silente de colon debute clínicamente en forma de absceso hepático, en ausencia de metástasis o síntomas previos (2-6). Se ha propuesto como mecanismo patogénico la aparición de bacteriemia portal a partir de una disrupción mínima de la mucosa colónica (2). Llamativamente, son varias las comunicaciones que identifican a *Klebsiella pneumoniae* como principal microorganismo patógeno (2-4), más frecuente que los cocos grampositivos (5) o anaerobios (6). Sus manifestaciones clínicas no difieren sustancialmente respecto a los casos sin neoplasia asociada; así se explica que

en ocasiones el diagnóstico del tumor se demore en varios meses desde la resolución del absceso, una vez que el paciente ha desarrollado ya síntomas sugerentes de enfermedad maligna (6). Más excepcional resulta su asociación con patología tumoral benigna, como adenomas tubulovillosos de gran tamaño (4). No existe consenso generalizado acerca de la indicación de una evaluación gastrointestinal completa en los casos de absceso hepático criptogénico, en ausencia de patología biliar, hepática o digestiva evidente (2,5,6). No obstante, creemos que el presente caso ilustra la pertinencia de realizar un abordaje diagnóstico exhaustivo, que incluya el despistaje de una neoplasia colorrectal oculta, en el estudio de todo absceso hepático piógeno de origen oscuro.

M. Fernández Ruiz, J. M. Guerra Vales,  
F. J. Castelbón Fernández y J. Llenas García

*Servicio de Medicina Interna.  
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid*

### Bibliografía

1. Álvarez Pérez JA, González González JJ, Baldonado Cernuda RF, Sanz Álvarez L, Carreño Villareal G, Jorge Barreiro JJ. Abscesos hepáticos piógenos en pacientes con cáncer. *Rev Clin Esp* 2001; 201: 632-7.
2. Lim WC, Lim CC. Silent colorectal carcinoma and pyogenic liver abscess. *J Gastroenterol Hepatol* 2004; 19: 945-6.
3. Matsushita M, Hajiro K, Okazaki K, Takakuwa H, Nishio A. Endophthalmitis with brain, lung, and liver abscesses associated with an occult colon cancer. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 3664-5.
4. Lai HC, Chan CY, Peng CY, Chen CB, Huang WH. Pyogenic liver abscess associated with large colonic tubulovillous adenoma. *World J Gastroenterol* 2006; 12: 990-2.
5. Teitz S, Guidetti-Sharon A, Manor H, Halevy A. Pyogenic liver abscess: warning indicator of silent colonic cancer. Report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 1220-3.
6. Leonardo A, Grisendi A, Pulvirenti M, Della Casa G, Melini L, Di Gregorio C, et al. Right colon adenocarcinoma presenting as Bacteroides fragilis liver abscesses. *J Clin Gastroenterol* 1992; 14: 335-8.