

Absceso hepático por bacilo gram positivo

Cátedra Abierta
Enfermedades Infecciosas
Junio 2017

Dra. Jimena Prieto

Especialista en Enfermedades Infecciosas

Infectóloga del Programa de Trasplante Hepático

Estudiante de Magister del PROINBIO

Supervisión

Dr. PhD. Julio Medina

Prof. Catedra Enfermedades Infecciosas

Infectólogo del Programa de Trasplante Hepático

- Paciente de 61 años.
- Antecedentes personales:
 - Hepatopatía crónica autoinmune en fase cirrótica con hipertensión portal expresada por varices esofágicas y síndrome ascítico edematoso. (Debut enfermedad año 2011)
 - Bajo tratamiento con aziatropina 50 mg vo día desde el año 2011
 - No PBE. No hemorragias digestivas
 - Paracentesis periódicas 20-30 días
 - Sin otros antecedentes personales o antecedentes ginecológicos a destacar
- En lista de espera de trasplante hepático

De la valoración pre trasplante hepático infectológica (4/2016)

Enfermedades en la niñez: varicela, sarampión, paperas

Viaje al exterior: no de interés epidemiológico

Alergia antibióticos: no

Exposición antibióticos previa-reciente: no en los últimos 6 meses

PPD: si dos realizados 0 mm

Sin colonización nasal por *Staphylococcus*. No colonización rectal por *Klebsiella productora de carbapenemasa*, *Enterococcus R a vancomicina* o *Acinetobacter sp*

Eco doppler color abdominal (10/2016): Hígado disminuido de tamaño, de contornos irregulares y ecogenicidad disminuida, sin nódulos sólidos. Por encima del hilio y por detrás de vena porta imagen quística de 20mm

- 25.4.17

- Consulta en centro de salud para evacuación reglada de ascitis.
- Asintomática previo al procedimiento.
- Posterior al procedimiento refiere astenia, adinamia y un control febril (38° axilar)
- Sin un foco evidente clínico.

Estudio	25.4.17	27.4.17
Golbulos blancos	4300	
Linfoctos	100	
hemglobina	12,9	
Plaquetas	101000	
PCR	71.19	178
Creatininemia	1,04	1,37
BT	6,62	
TGO	75	
TGP	59	
FAL	521	
GGT	123	

RXTX sin foco consolidación

Cultivos	25.4.17
Hemocultivo	Bacilo gram positivo. Sensible: cipro, VAN, AMP, Clindamicina, Genta
Urocultivo	Sin desarrollo
Liq ascitis	Sin desarrollo. No se realiza recuento de PMN

Con resultado de hemocultivo día 27.4.17 se otorga alta a internación domiciliaria con ciprofloxacina

- En la evolución (27.4.17- 4.5.17)
 - Paciente sin fiebre, persiste astenia y adinamia. Sin evidencia de foco clínico evidente.

Estudio	25.4.17	27.4.17	28.4.17	2.5.17	4.5.17
Globulos blancos	4300			10200	
Linfocitos	100			200	
Hemoglobina	12,9			13,7	
Plaquetas	101000			98000	
PCR	71.19	178	192	213	214
Creatininemia	1,04	1,37		0,96	1,3
BT	6,62				
TGO	75				
TGP	59				
FAL	521				
GGT	123				

Ante esta evolución se decide realizar consulta con Infecciosas

Inicio ciprofloxacina

- 5.5.17 (Primer consulta Infecciosas)

- Sin clínica sugestiva de foco infeccioso al interrogatorio. Sin complicaciones infecciosas previas en los últimos 12 meses, ni exposición a antimicrobianos.

- Al examen clínico paciente con muy mal estado general nutricional (presente previamente pero acentuado en el ultimo mes). Lucida, frecuencia respiratoria :16 rpm Piel y mucosas: ictericia universal (ya presente). Bucofaringeo: sin mouget oral, sin focos odontologicos. Cardio vascular Ritomo regular 80 cpm Sin soplos. Pleuropulmonar MAV +. No estertores. Abdomen: importante matidez desplazable, sin elementos de irritación peritoneal. Importante hernia umbilical sin elementos de sufrimiento. No ulceras de decúbito. VVP miembro superior izquierdo de 36 hs de emplazada sin elementos de flebitis.

Planteos?

- Planteos
 - Paciente inmunodeprimida + bacteriemia a Bacilo gram positivo sin claro foco responsable
- Intrabdominal?
 - Abscesos profundos?
 - PBE
- Respiratorio ?
 - Neumonía vinculada a los servicios de la salud en una paciente inmunodeprimida?
- Endocarditis?

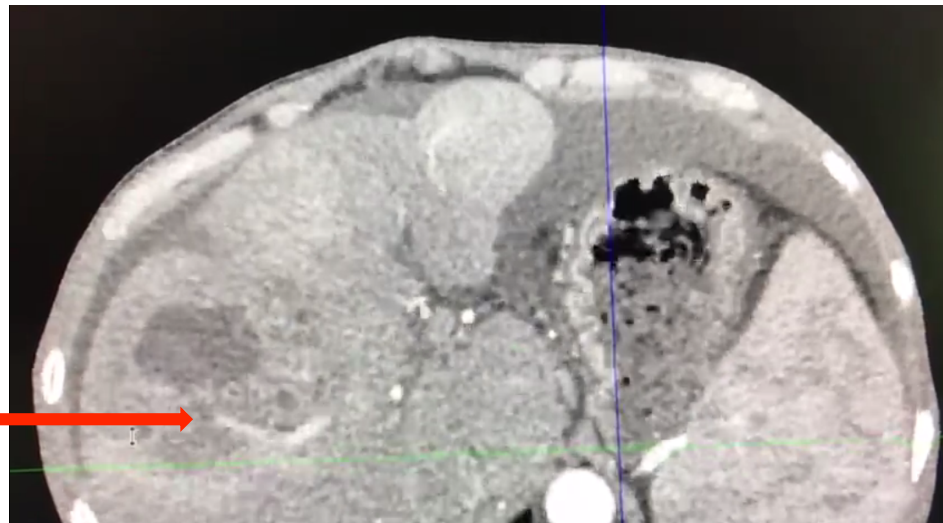
- Diagnósticos etiológicos probables
 - Si se confirmase una neumonía
 - *Rhodococcus*
 - *Nocardia*
- Si se confirmase un absceso hepático
 - *Bacillus sp*
 - Otros?
- Si se confirmase endocarditis o eventual compromiso digestivo
 - *Listeria monocytogenes*

Conducta :
Solicitar rápidamente estudios para definir foco , microorganismo aislado y
dirigir plan antimicrobiano

- Estudios solicitados (urgente)
 - TC Torax Abdomen y Pelvis.
 - Punción liquido de ascitis con envió a cultivo y recuento de PMN
 - Ecocardiograma TT
 - Dos set de HC
 - Coprocultivo si presentaba diarrea.
 - Tipificar Bacilo gram positivo (MALDI- TOF)
- Ante estabilidad clínica de la paciente se suspende ciprofloxacina a la espera de resultados de paraclínica solicitada.

- 6.5.17

- Paciente persiste clínicamente incambiada, Apirexia. Sin SIRS.
- ECO transtorácico: sin elementos sugestivos de endocarditis
- Punción liquido de ascitis 100 PMN. Cultivo sin desarrollo.
- TC Torax abdomen pelvis: Hígado de contornos irregulares, disminuido de tamaño con hipertrofia del lóbulo caudado. Presenta densidad heterogenea. Persiste ocupando gran parte del lóbulo derecho lesión focal quística con mulltipes septos, que desplaza estructuras vasculares. Actualmente mide 98 mm AP por 75 mm T por 85 mm. Se visualiza rama de la arteria hepática en el centro de la lesión. No se observan adenomegalias. Moderada cantidad de liquido libre perihepatico, peri esplénico, interasas, en ambas goteras y fondo de saco de douglas.



Planteos?

Inmunodeprimida + bacteriemia a BG positivo + Lesión hepática
sugestiva de HCC

- Planteos

- Bacteriemia a bacilo gram positivo sin claro foco.
- Abdominal? Translocación bacteriana?

- Conducta

- 1) Consulta con servicio de trasplante hepático para revisar imágenes
- 2) Iniciar ampicilina 3 gr iv cada 6 horas asociado a bactrim 2 amp iv cada 8 horas en vistas a cubrir adecuadamente Bacilo gram positivo aun no tipificado
- 3) Solicitud de CEA Y CA 199 (por planteo imageneologico)

- 10.5.17 (5 día seguimiento)
 - Se discute en ateneo de trasplante hepático
 - Se valoran las imágenes se plantea posibilidad de que la lesión hepática corresponda a absceso hepático y no patología tumoral.
 - Se mantiene tratamiento antimicrobiano en base a ampicilina y TMP SMX
 - Se solicita traslado de la paciente a unidad de Trasplante hepático para punción biópsica diagnóstica

Primer planteo absceso hepático a bacilo gram positivo.
Pendiente tipificación por MALDI TOF

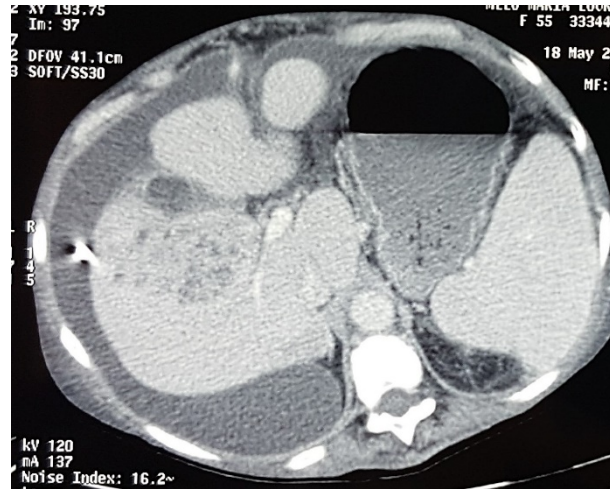
Hora 1730 : Se recibe informe de MALDI –TOF:
Actinomyces naeslundii (score 2,3)

Planteo:

Probable absceso hepático secundario a *Actinomyces naeslundii*

- 12.5.17
 - Trasladaada desde COMERO. Bajo Ampicilina 3 gr iv cada 6 horas asociado a TMP SMX 2 amp cada 8 horas iv.
 - Intervenida quirúrgicamente. Laparoscopia diagnostica. Toma de muestras. Aspecto macroscópico necrótico. Tumoral?
- 16.5.17
 - Paciente estable. VVC yugular derecha. Alimentación parenteral.
 - Cultivo de masa/ colección no desarrolla microorganismos
 - HC del 12/5/17 no desarrolla microorganismos
 - Se inicia fluconazol 200 mg iv cada 12 horas (FR IFI)
- 17.5.17
 - Elementos de hipoperfusión periférica. Distensión abdominal.
 - Con planteo de foco abdominal.
 - Se hemocultiva (dos sets) . Nueva TC TX ABD PELVIS.
 - Se escala a meropenem, se mantiene ampicilina y fluconazol.

- 18.5.17
 - Paciente sin cambios clínicos
 - TC: hígado con alteración de su morfología a expensas de áreas con múltiples pequeñas aéreas quísticas a nivel de los segmentos 5 y 8 donde se visualiza extremo de drenaje. Se observa por delante de la lesión un área quística bien definida de 30 mm de contornos algo lobulados quiste hepático de 20 mm inmediatamente por delante de la bifurcación portal



- Se decide reintervenir quirúrgicamente con planteo de foco intrabdominal.

- 19.5.17
 - ECOLAPAROSCOPIA
 - Acto anestésico quirúrgico: 1 hora drenaje de absceso hepático material hematopurulento 20 cc . Se coloca drenaje
 - Se recibe CEA Y CA 19.9 negativos
- Se recibe informa anatomia patológica del dia 12.5.17

CONCLUSION HISTOPATOLOGICA:

1 al 3. Secciones biópsicas de muestra fragmentada y representativa, de parénquima hepático donde se reconoce la presencia de numerosos tractos transversales gruesos e irregulares. Presentan moderado exudado inflamatorio mixto, y marcada proliferación ductal. Destaca la presencia de focos de necrosis constituida "sucia" con abundante fibrina, pioleucocitos y PMN neutrófilos. Se encuentra rodeada por playas de macrófagos espumosos y células epitelioides, que en sectores esbozan granulomas. No se observan "granos" actinomicóticos ni otros microorganismos con las técnicas convencionales. No se observan proliferaciones neoplásicas.

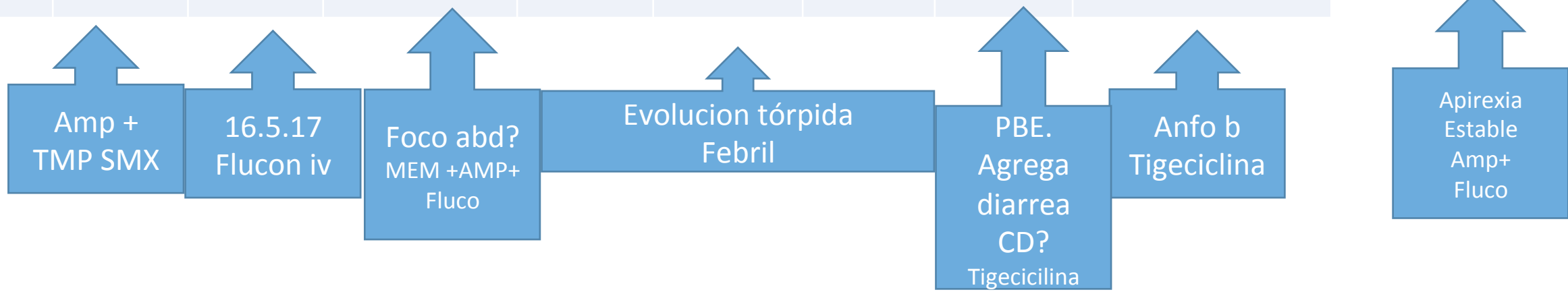
En suma: Muestra hepática con proceso inflamatorio subagudo, supurado y necrotizante. No se observan elementos de especificidad inflamatoria con las técnicas convencionales. No se observan elementos de malignidad en el material examinado.

Diagnóstico

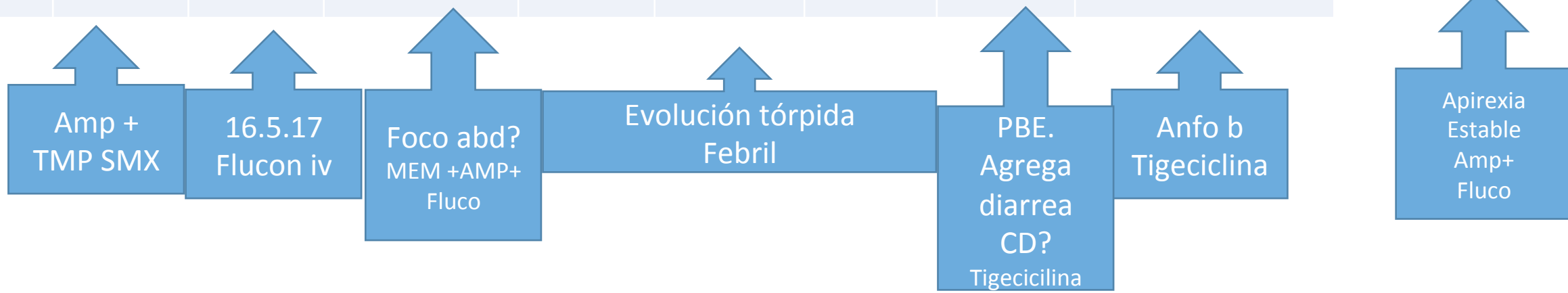
- Pilar imageneológico
 - Masa hepática quística difícil de distinguir de proceso tumoral
- Pilar microbiológico
 - Bacilo gram positivo en HC
 - MALDI TOF score alto para *Actinomyces naeslundii*
- Pilar anatomía patológica
 - Descarta patología neoplásica
 - Proceso inflamatorio

Absceso hepático secundario a *Actinomyces naeslundii*

	12.5.17	15.5.17	17.5.17	19.5.17	20.5.17	22.5.27	25.5.17	30.5.17	5.6.17
PCR	89,3	87		119	105	109	154		98
PCT	1,6	0,8			3	0,5	1		0,6
PCR	0,76	0,6		0,6	0,78	0,6	0,7		0,8
HC	SD		Pendiente resultado				SD	Levadura 1 de 2 frascos	SD
Liq ascitis	SD		SD 60 PMN		SD		700 PMN	40PMN.Levadura S azoles, anfo	
Cateter yugular				SD				Levadura S azoles anfo	SD
Biopsia Hep	SD			SD					Sin catéteres centrales
GDH/toxina CD							NEG	NEG	



	12.5.17	15.5.17	17.5.17	19.5.17	20.5.17	22.5.27	25.5.17	30.5.17	5.6.17
PCR	89,3	87		119	105	109	154		98
PCT	1,6	0,8			3	0,5	1		0,6
PCR	0,76	0,6		0,6	0,78	0,6	0,7		0,8
HC	SD		C. Albicans (1 3 frascos)		Resultado HC 17.5		SD	Levadura 1 de 2 frascos	SD
Liq ascitis	SD		SD 60 PMN		SD		700 PMN	40PMN.Levadura S azoles, anfo	
Cateter yugular				SD				Levadura S azoles anfo	SD
Biopsia Hep	SD			SD					Sin catéteres centrales
GDH/ toxina CD							NEG	NEG	



- Planteos
 - Absceso hepático secundario a *Actinomyces naeslundii*
 - Infección fúngica invasiva a *Candida albicans* y *Cándida parapsilosis* con probable compromiso hepático
- Se mantiene ampicilina 3 gr iv cada 6 horas mínimo 1 año
- Se mantiene fluconazol mínimo 6 semanas.
- Se solicitan hemocultivos de control en 72 hs para valorar persistencia de fungemia
 - Valorar eficacia de antifungico
 - Oportunidad para activar en lista de trasplante.

Aprendizajes

Tener presente que el actinomicosis puede presentarse como masas hepáticas difíciles de distinguir de los procesos neoplásicos.

Recordar que contamos en Uruguay con una técnica altamente específica para hacer diagnóstico de género y especie bacteriana como es el MALDI TOF

Revisión

Generalidades

- Actinomycosis son bacterias de la familia Actinomycetaceae (genero Actinomyces)
- Único reservorio el humano. Colonizan la flora de la orofaringea el tracto gastrointestinal y el tracto urogenital.
- Bacilos Gram-positivos, anaerobios o microaerofilos.
- Se caracterizan por formar infecciones cronicas granulomatosas .
- Pueden comprometer : cara, estructuras oseas, respiratoria, gastrointestinal, urinaria, digestivo, ginecologica, piel y partes blandas entre otras.

Compromiso hepático

- La compromiso hepático es una presentación poco frecuente (5% del global de los casos)
- La diseminación al hígado se produce por
 - extensión desde un foco abdominal contiguo
 - vía hematógena desde otros focos abdominales o extraabdominales más distantes
- La presentación habitual consiste en uno o varios abscesos o lesiones que sugieren la presencia de una neoplasia

Liver Abscess After Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography With Presence of *Actinomyces naeslundii*[☆]

Absceso hepático post-colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con presencia de *Actinomyces naeslundii*

Rare disease

CASE REPORT

Actinomyces naeslundii and *Eikenella corrodens* as rare causes of liver abscesses

Nathan Thomas Jaqua, Adam J Smith, Terry T Shin, Jay Jahanmir

Actinomycosis hepática. Reporte de dos casos

Hiram Jaramillo-Ramírez,* María-Elena Marín,** Tupac Pérez,** Jorge González-Altamirano,*** Antonio de la Peña-Celaya***

RESUMEN



ELSEVIER



<http://intl.elsevierhealth.com/journals/ijid>

REVIEW

Actinomycosis: a great pretender. Case reports of unusual presentations and a review of the literature

Francisco Acevedo^{a,*}, Rene Baudrand^a, Luz M. Letelier^{a,b}, Pablo Gaete^b

Actinomycosis hepática primaria

C.J. Castellón Pavón^a, A.M. Foruria Franco^a, M.A. González Núñez^b, S. Morales Artero^a, A. Martínez Sapiña^c y E. del Amo Olea^a

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

^cServicio de Microbiología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres. España.

ANNALS of Hepatology

CASE REPORT

January-March, Vol. 9 No.1, 2010: 96-98

Actinomycotic liver abscess: A rare complication of colonic diverticular disease

Vijay Joshi,* Anastasios Koulaouzidis,** Steve McGoldrick,* Mark Tighe,* Chew Tan*

*North Cheshire NHS Trust, United Kingdom.

** CLDD, Royal Infirmary of Edinburgh, United Kingdom.

Diagnóstico

- Microbiológico
 - El diagnóstico microbiológico es difícil de realizar debido a su crecimiento lento
 - La identificación de estos microorganismos a partir de un foco estéril confirma el diagnóstico.
 - Deben cultivarse en medios anaerobios, son de crecimiento lento, suele aparecer en 5- 7 días, aunque el aislamiento primario puede requerir de 2 a 4 semanas.

Diagnóstico

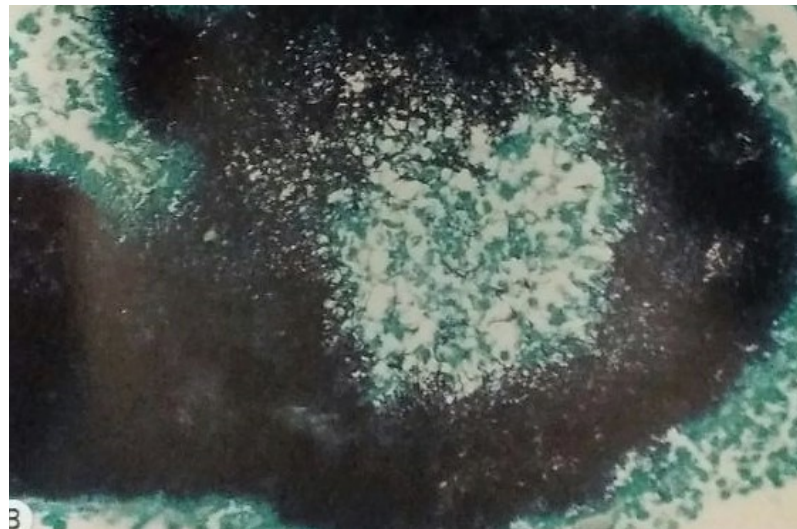
- MALDI TOF (matrix-assisted laser desorption ionization time-of-flight)
 - Ioniza y separa las proteínas de las bacterias
 - Marca picos de proteínas
 - En base a los picos que generan se comparan con bases de datos y determina ante que microorganismo estamos.
- Score < 1,7 no puede determinar microorganismo
- Score 1,7-2 determina género
- Score > 2 determina especie

Diagnóstico

- Imagenológico
 - TC demuestran la presencia de una lesión en forma de masa con áreas focales de menor atenuación o de una masa quística de pared gruesa que suelen realzarse con contraste. Las lesiones parecen invasivas, lo que sugiere la presencia de un tumor.

Diagnóstico

- Anatomopatológico
 - Demostrar la presencia de granos (gránulos de azufre) en el pus o en el corte histológico de una muestra obtenida mediante cirugía.



Tratamiento

- Es necesario tratar esta enfermedad con dosis elevadas y durante un período prolongado.
 - Esterilizar
 - Evitar recaídas
- Medico-Quirurgico
- De elección:
 - Ampicilina 200 mg/kg/d por 4 a 6 semanas, luego amoxicilina 500 mg vo c/ 8 hs por 3-6 meses.

Gracias por su atención