

HISTORIA CLINICA

(Historia clínica elaborada a partir de resumen de caso enviado por cirujano tratante, no contamos con más datos).

Se trata de paciente femenino de 37 años de edad, quien presenta clínica de dolor abdominal, del cual no se precisan características, fiebre y disnea de vario días de evolución, motivo por el cual acude a centro de salud el 25 de agosto del 2018.

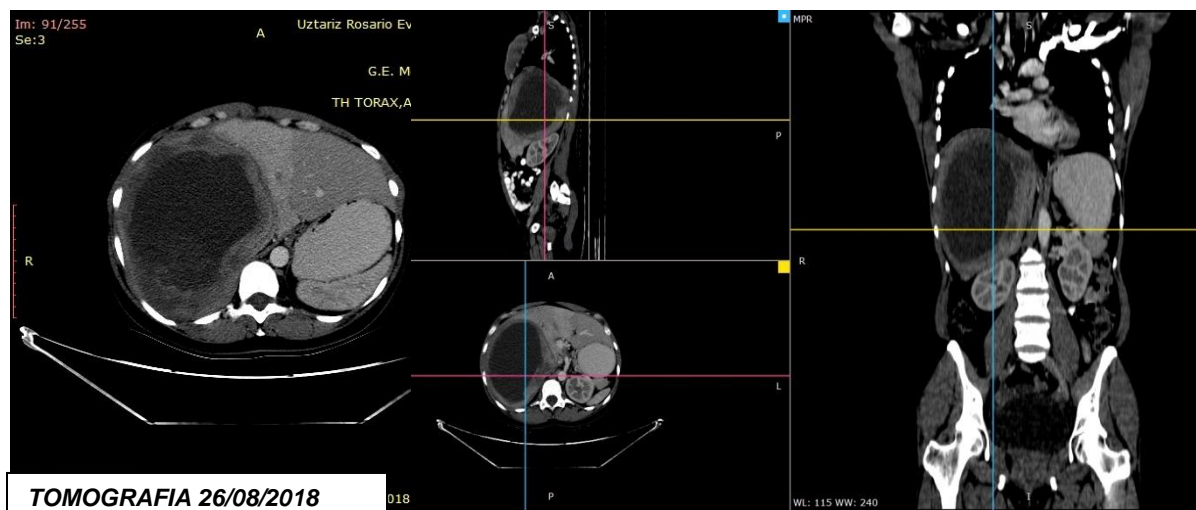
Antecedentes:

- Médicos: Colitis Ulcerosa en tratamiento actual con Mesalazina y Esteroides. Taquicardia Sinusal no tratada., no precisan características
- Quirúrgicos: colocación de Prótesis mamarias y posterior recambio.
- Ginecológicos: 1 gesta 1 parto
- Familiares: Padre falleció 59a Infarto Miocardio - Madre viva, de 58a APS.

El día de consulta 25.08.2018 se realiza examen físico encontrándose la paciente hemodinamicamente estable, afebril, hidratada, con dolor a la palpación superficial en hipocondrio derecho, y hepatomegalia, sin otro hallazgo pertinente.

Se realizan paraclínicos: • Leucocitos 13,45 103 /uL • Hb 10,1 103 /uL • Neutrófilos 85,9 % • Linfocitos 9,7 % • Monocitos 4,1 % • Eosinófilos 0,3 % • Plaquetas 481 103 /uL.

Así mismo realizan TAC de abdomen evidenciando colección intrahepática gigante, imagen sugestiva de absceso hepático en lóbulo derecho.



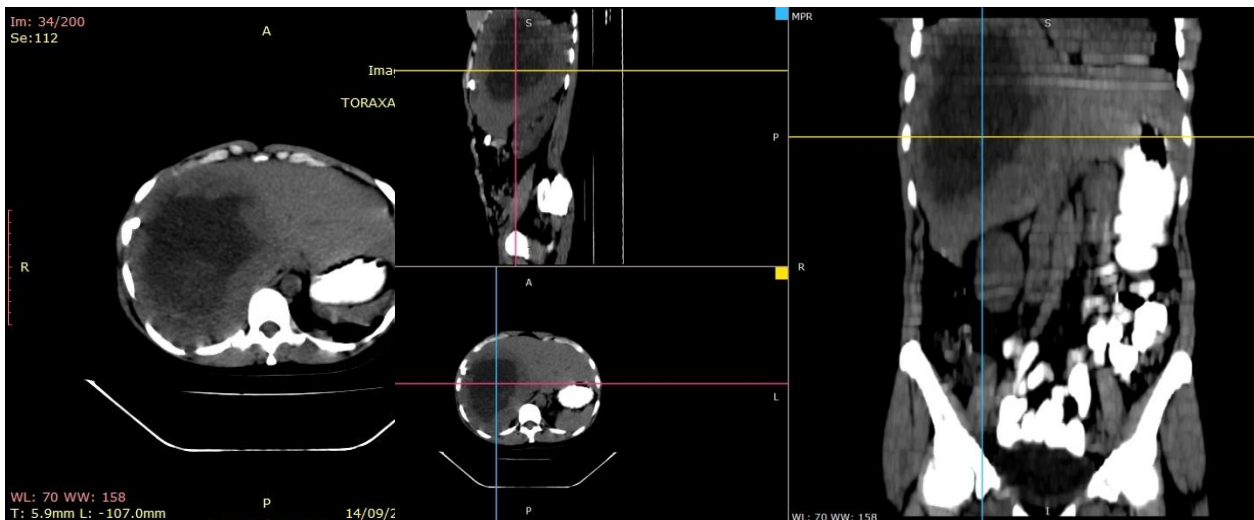
El 26 de agosto se realiza drenaje de absceso hepático por laparoscopia, tomándose muestra para cultivo de secreción, el cual reporto Enterococo feacalis.

Tratamiento: inicialmente empírico con Ciprofloxacina y Metronidazol, y posterior guía con cultivo y antibiograma con Ceftriaxone, Metronidazol y Ampicilina/Sulbactan, permaneciendo hospitalizada con mejoría clínica progresiva.

El día 3 de septiembre se realiza control ecográfico evidenciando nuevamente colección intrahepática, por lo que ese mismo día se realiza drenaje percutáneo ecoguiado, dejándose drenaje con catéter 18 french intrahepático, con evolución satisfactoria, egresando con tratamiento domiciliario.

El 14 de septiembre acude por obstrucción del catéter, motivo por el cual se procede a su retiro. Al examen físico se evidencia disminución de los ruidos respiratorios en base pulmonar derecha, el abdomen se encontraba blando, con dolor en hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal, con hepatomegalia. Se realizan laboratorios que reportan: Leucocitos 13,76 0 /uL • Hb 8,2 gr/dl • Neutrófilos 84 % • Linfocitos 13 % • Monocitos 3 % • Eosinófilos 0,3 % • Plaquetas 780000 • Glicemia 78 mg/dL • Creatinina 0,67 mg/dL • Calcio 8,1 mg/dL • Sodio 133,4 mmol/L • Potasio 4,05 mmol/L • Cloro 101,5 mmol/L • Proteína C 13,5 mg/dL. Un nuevo control tomográfico evidencia recidiva TOMOGRAFIA 14/09/2018 p.

Por lo que se reinterviene el 15 de septiembre dejando drenaje aspirativo tipo



Jackson Pratt con descarga serosa escasa. También se obtiene biopsia hepática.

El cultivo de secreción reportó Stenotrophomonas maltophilia, recibe antibióticoterapia con Vancomicina + Meropenem + Fluconazol. Ampicilina/Sulbactam. Cultivos para TBC negativos.

Se realiza serología IgG para hidatidosis, resultando positiva, por lo que recibe tratamiento con Albendazol.

La evolución es tórpida entre sept/nov 2018, manteniendo drenaje aspirativo y descarga permanente de aspecto seroso

• Leucocitosis: 12000 – 13000 mm • Anemia Hb: 8 – 9 gr/dl • Trombocitosis: 400000- 700000. Se realiza nueva tomografía en donde se evidencia persistencia del absceso hepático con volumetría que demuestra que la relación entre el hígado sano y el afectado es mayor al 50%, para planificar resección amplia y garantizar una función hepática adecuada.

INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICA
SECRETARÍA DE SALUD
TEL: 02225015513638

FECHA: 10/11/2018

SEROLOGÍA PARA HIDATIDOSIS

NOMBRE DEL PACIENTE: EVELYN USTARIZ SH: 25.256

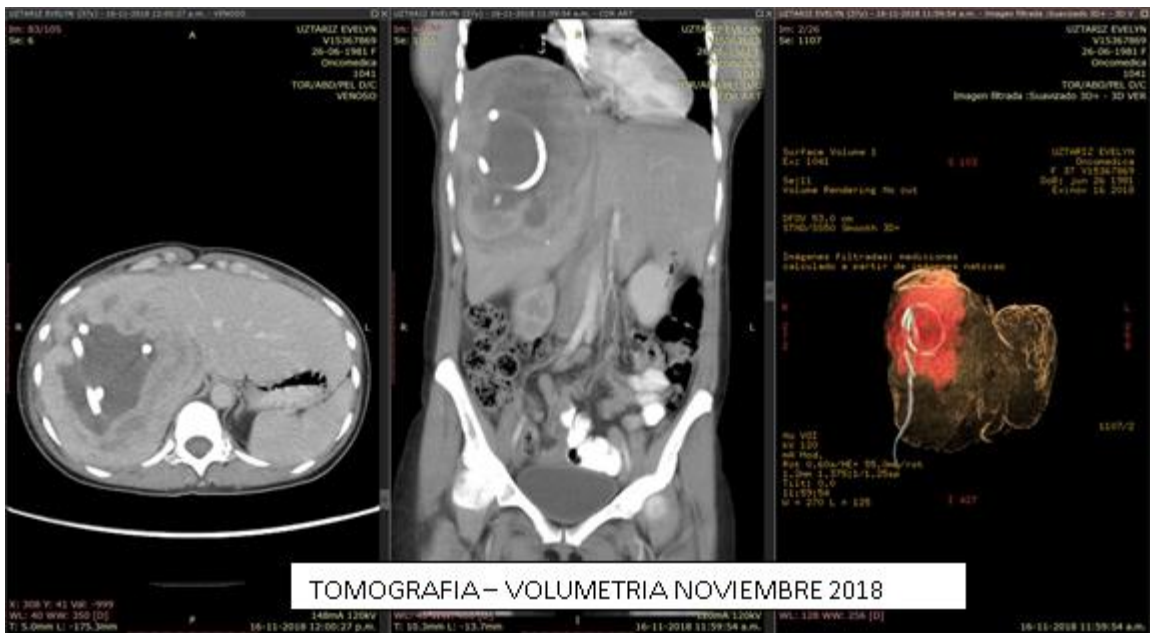
REFERIDO POR: DR. JOSÉ OJEDA

PRUEBA A REALIZAR: ELISA IgG EN SUERO

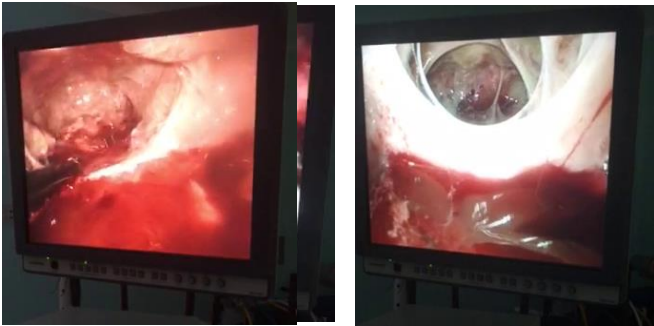
RESULTADO: POSITIVO (I.D.O. 9.291) (VN: 1.000.000)

NOTA: IMPLICA SOSPECHA PRESENTE O PASADA CON EL PARASITO

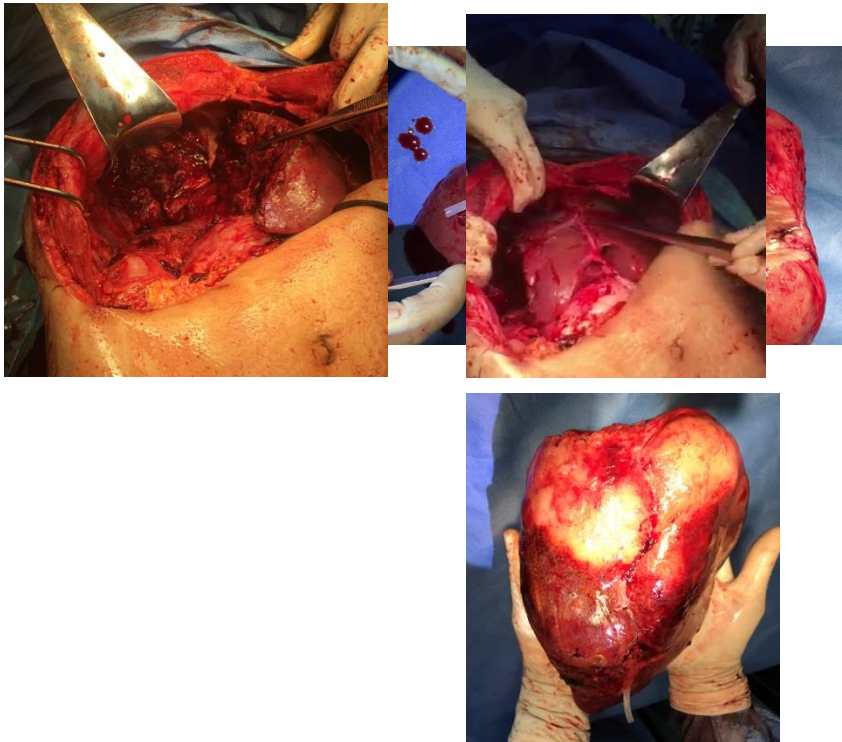
Lic. Marlyne Toledo
BIÓLOGA



El 15-11-2018 Se practica HEPATOTOMIA + DESTECHAMIENTO DEL ABSCESO con drenajes intra hepático, sub frénico derecho y en Fondo de Saco de Douglas. Se toma muestra, que en su resultado posterior no mostro crecimiento de gérmenes.



El 10 de diciembre del 2018 se realiza– HEPATECTOMIA DERECHA REGLADA– con hallazgo intraoperatorios de: LESION EN LOBULO DERECHO – segmentos V-VI-VIII Y VIII, consistencia PÉTREA – firmemente adherido a diafragma, muy friable a la manipulación, se realiza lesión incidental en Vena Cava Inferior y Vena Supra Hepática Derecha , las cuales fueron corregidas en ese momento. Se colocaron 2 drenajes aspirativos en el lecho hepático y otro en pelvis. Se envía las muestras operatorias al servicio de Anatomía Patológica.



La paciente se mantiene en el postoperatorio inmediato en terapia intensiva, con posterior extubación de la VMI, requiriendo múltiples transfusión de hemoderivados, manteniéndose hemodinamicamente estable, egresando de UCI al cuarto día de la intervención.

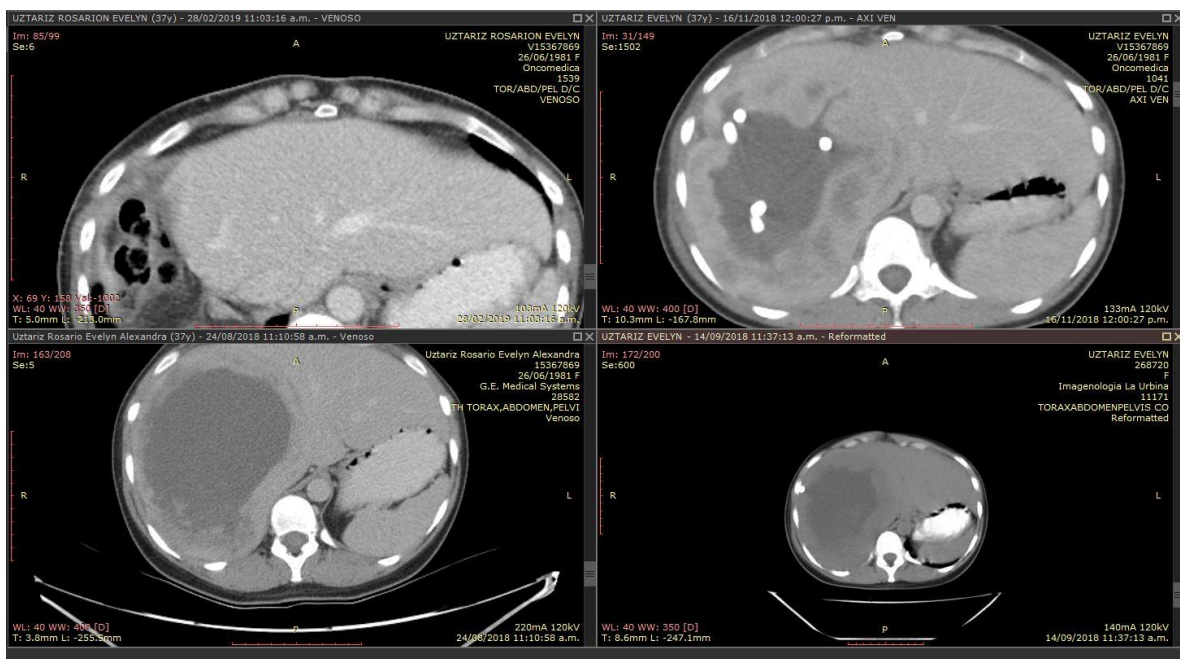
Al quinto día de postoperatorio se evidencia fistula biliar por los drenajes en el lecho hepático, de alto gasto (> 800/cc día), la cual se controló de manera espontánea al mes de la cirugía.

Todos los laboratorios luego de la cirugía se normalizaron y permaneció estable con mejoría clínica.

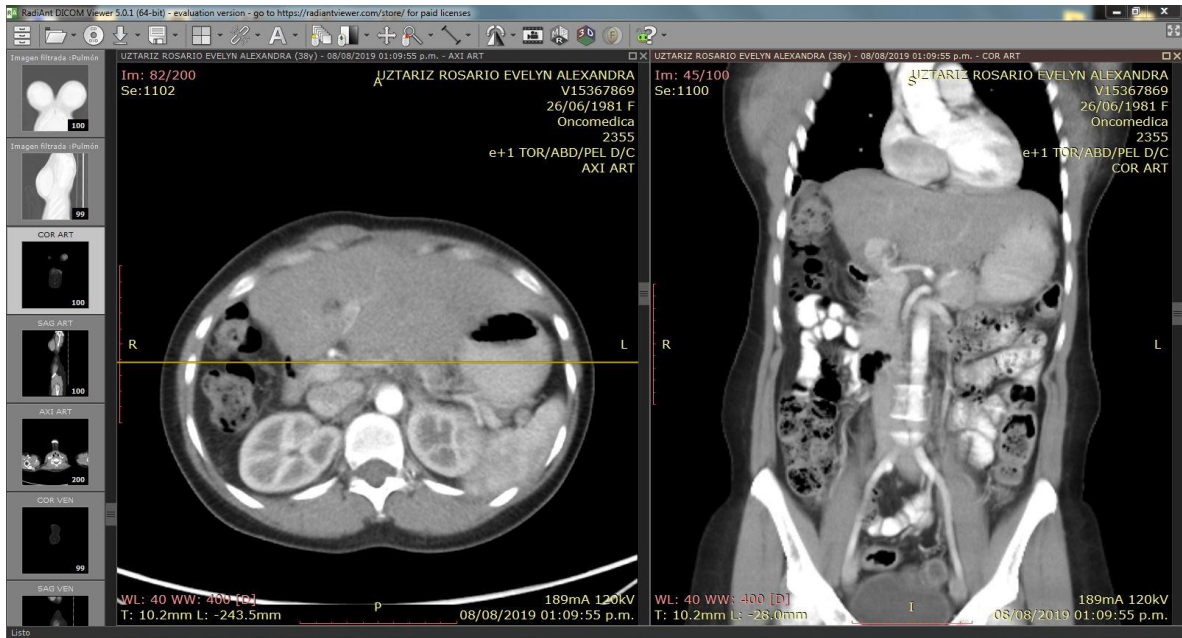
Egresa el día 17/12/2018, con tratamiento domiciliario. Se reciben resultados definitivos de anatomía patológica, cuyos resultados dan el diagnóstico definitivo.

La paciente realiza controles tomográficos sucesivos:

- En marzo de 2019, reportando una volumetría de hígado de más de 1000 cc.



- En agosto del 2019 Se aprecia hepatomegalia compensadora del lóbulo izquierdo sin evidencia de recidiva. Las pruebas de laboratorio son normales



La paciente emigra a España en el año 2019, aun así, se mantiene contacto telefónico. Se practicó control Tomográfico en septiembre de 2020, en la cual se mantiene sin evidencia de recidiva, la paciente se mantiene en buenas condiciones generales.