ABSCESOS HEPATICOS MULTIPLES POR SALMONELLA TYPHOSA

Drs. MANUEL RODRIGUEZ y OSCAR UNDURRAGA

Cátedra de Pediatría. Prof. Dr. Julio Meneghello. Hospital "Manuel Arriarán".

Universidad de Chile. Instituto de Microbiología. Prof. H. Vaccaro.

Entre las complicaciones de la Fiebre Tifoidea, el absceso hepático es una de las más raras. La literatura médica sólo la señala excepcionalmente como una complicación de la convalecencia de esta enfermedad.

Von Ebertz¹, en 1911, logró recolectar 30 casos de los cuales sólo 9 tuvieron comprobación bacteriológica y de ellos 18 se recuperaron. Kobler², en una revisión de 17.204 autopsias, sólo encontró 3 abscesos como complicación de la fiebre tifoidea.

Con posterioridad a estas publicaciones, aparece en la literatura en forma esporádica y en algunos casos asociados a empiema de la vesícula^{3,4}, citándose también un caso de absceso solitario del hígado por *Salmonella Enteritidis*⁵.

Entre nosotros no se ha publicado nada al respecto. En 1938 Moya⁶ observó un caso de microabscesos hepáticos en la autopsia de un paciente fallecido por fiebre tifoidea en el Hospital San Borja, con comprobación bacteriológica.

Bockus y Jiménez Díaz^{7,8} concuerdan en que esta afección puede considerarse una secuela de la fiebre tifoidea dada la tardanza en aparecer, pese a que los bacilos de Eberth se encuentran muy frecuentemente en el hígado. Jiménez Díaz ha establecido la alta frecuencia con que es posible demostrar en la autopsia de fallecidos por esta enfermedad, lesiones hepáticas del tipo de los focos de infiltración, pero que rara vez llegan a la supuración, interpretándolo como debido a la alta resistencia de este órgano al germen.

Jochmann y Hegler⁹ consideran al absceso como la resultante de una trombo-sis séptica de la vena porta o una supuración de las vías biliares, debiéndose sospechar esta complicación cuando aparece dolor en la zona hepática, con aumento de tamaño del hígado en un sujeto en convalecencia de una fiebre tifoidea. Estos síntomas unidos a la aparición de ictericia orientarían definitivamente el diagnóstico.

El hallazgo en la autopsia de abscesos múltiples del hígado en una enferma que fallece con un cuadro abdominal agudo, en la convalecencia de una fiebre tifoidea y

su comprobación etiológica por bacilo de Eberth, nos ha parecido de interés darlo a conocer, tanto por la contribución que el cuadro clínico presentado por nuestra enferma significa al mejor conocimiento de la patología de esta enfermedad, como por la rareza de esta complicación.

M. R. 54/136526. Enferma de 12 años. Ingresa al Servicio A de Medicina del Hop. Manuel Arriarán el 8-VII-54. Su enfermedad se habría iniciado 40 días antes con sensación febril, decaimiento, inapetencia, vómitos y diarrea. Por estas molestias le colocaron 1.000.000 U. de penicilina y le dieron 8 grs. de sulfatiazol. Se mantuvo en su casa sin control médico sintiendo sólo ligero alivio, sin embargo tan pronto suspendió el tratamiento, volvió a elevarse la temperatura y a decaer intensamente. En estas condiciones se ven obligados a traerla al Hospital.

A su ingreso la fiebre era de 38.3° C., irritable, en pésimas condiciones nutritivas, facies pálida, demacrada, lengua seca cubierta de espesa saburra café. El examen pulmonar sólo reveló respiración ruda. Corazón, tonos apagados. Abdomen meteorizado con resistencia difusa y dolor a la palpación de todo el abdomen. Hígado a 2 cm. Bazo se palpaba difícilmente.

Se hospitaliza con el diagnóstico de Estado Infeccioso; Desnutrición; Reacción Peritoneal. Se indicó cloromicetina 750 mgm. cada 12 horas., estreptomina 300 mgm. cada 8 horas, flebotomía de sueros glucosado y fisiológico, régimen blando y control médico estricto. Se solicitó la investigación de laboratorio requerida por el caso.

En las horas siguientes a su ingreso continúa grave, sensorio obnubilado, pulso 130, muy blando y pequeño, Blumberg dudoso, palpación abdominal dolorosa de preferencia en el hemiabdomen derecho, inmovilidad respiratoria, tacto rectal negativo.

Al día siguiente su estado es de extrema gravedad, febril de 38° C., semipásiva en cama, ictericia de las conjuntivas, pero dudosa de la piel, el examen abdominal se mantiene sin variaciones.

Hemograma: Hematíes: 3.560.000; Leucocitos: 43.000, Hb. 63%. Bas. 0; Eos. 0; Miel.: 0; Juv.: 0; Bac.: 38; Seg.: 52; Linf.: 10; Mon.: 0; Normocitosis, Normocromía, Neutrófilos con reg. prop. de granulaciones tóxicas. Linfocitos y Plaquetas normales.

Hemocultivo: Negativo.

Coprocultivo: Desarrollo abundante de *Salmonella Typhosa*: IX-XII-d.

Urocultivo: Negativo.

Reacción de Widal: Rápida. Eberth H : 1:640; Eberth O : 1:20; Lenta Eberth H : 1:1280; Eberth O : 1:80.

A las 21 horas de ese día, su gravedad es extrema, con signos francos de peritonitis generalizada: vientre en tabla, Blumberg positivo, intenso dolor y sensibilidad a la palpación abdominal, todo lo cual decide la intervención.

Bajo anestesia general etérea se practica laparotomía transrectal derecha, abierto el peritoneo se aprecian las asas intestinales dilatadas, el peritoneo contiene escaso líquido de aspecto bilioso. La exploración del intestino no revela perforaciones ni inflamación de las placas de Peyer o folículos linfáticos. Vesícula biliar sana. Dadas las precarias condiciones de la enferma no se continúa explorando y se cierra la pared sin poder establecer un diagnóstico. Al día siguiente la enferma amanece muy grave, sólo habla incoherencias y fallece a las 12 horas.

Autopsia. — Se comprueba un hígado aumentado de tamaño con varios abscesos entre 2 - 5 cm. de diámetro, limitados por tejido granuloso infiltrado de células redondas de diverso tamaño y escasa formación de tejido colágeno. El parénquima está con intensa tumefacción turbia y con sus células un tanto dislocadas de su ordenación normal. Sudan III negativo. Espacios de Kiernan con discreta infiltración mononuclear. El cultivo del pus reveló un cultivo puro de *Salmonella Typhosa*.

En el resto de la autopsia. llamó la atención una esplenitis aguda de regular intensidad, con pulpa roja edematosa y con escaso pigmento sanguíneo fagocitado. Pulmones congestivos.

Diagnóstico anatómopatológico: Abscesos hepáticos múltiples especialmente del lóbulo izquierdo. Sepsis.

Comentario

Creemos que el cuadro presentado por la enferma y que se iniciara 40 días antes de su ingreso al Servicio, puede interpretarse como una fiebre tifoidea, ya que los datos de la anamnesis, así como los signos subjetivos apoyarían esta suposición. La evolución prolongada, la nula acción de la penicilina y sulfatiazol, son otros argumentos que podrían citarse en favor de esta hipótesis.

La agravación de la enferma alrededor del 40º día de evolución de su cuadro, nos conduce a considerar que estaba en franca convalecencia de su enfermedad primaria.

Es interesante hacer resaltar que el cuadro clínico en el momento del ingreso en nada hacía sospechar una complicación hepática ya que las manifestaciones eran más bien de una peritonitis generali-

zada, que aunque alejada más de lo corriente de la fecha de iniciación de la fiebre tifoidea, hacían pensar en una perforación, hechos que no fueron confirmados en el laboratorio.

Las precarias condiciones de la enferma impidieron una exploración más cuidadosa de la cavidad abdominal, que de realizarse hubiera dado la clave diagnóstica del cuadro peritoneal.

No creemos, sin embargo, que al haberse descubierto la lesión hepática se hubiera podido influenciar favorablemente la evolución, tanto por el avanzado daño hepático, la multiplicidad de los abscesos como por la gravedad de la enferma.

Los clásicos signos de hepatomegalia dolorosa y febril estuvieron, en este caso, enmascarados por el dolor difuso abdominal con acentuada reacción peritoneal y sólo en las últimas horas se localizó el dolor en el hipocondrio derecho.

Creemos que ante un caso de esta naturaleza, es de la mayor importancia realizar una buena exploración de la cavidad abdominal, cuando, pese a las graves condiciones de la enferma, hay una sintomatología que indica un proceso infeccioso en el peritoneo libre o en algunas de las vísceras abdominales.

Resumen

1. Se relata un caso de abscesos múltiples del hígado por *Salmonella Typhosa* con comprobación bacteriológica.

2. Se discute el aspecto clínico presentado por la enferma y su valor en el diagnóstico de esta complicación.

SUMMARY

A case of multiple liver abscesses due to *Salmonella Typhosa*, with postmortem study, is reported.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—VON EBERTZ, E. M. — Abscess of liver occurring in association with or following typhoid fever, *Am. J. Med. Sc.* 141:803, 1911.
- 2.—KOBLE, — *Virchows Arch.* 163:134, 1901.
- 3.—RANIERI, J. — Empyema of gallbladder and abscess of liver, *Minerva Med.* 2:263-266, 1946.
- 4.—MAJOR, R. H. — Multiple abscesses in typhoid fever, *J. Kansas Med. Soc.* 44:265-266, 1943.
- 5.—HIRSCHWITZ, B. I. — Abscess caused by *Salmonella Enteritidis*, *Gastroenterology*, 21:291-299, 1952.
- 6.—MOYA, H. — Comunicación Personal.
- 7.—BOCKUS, H. L. — *Gastroenterology*, W. B. Saunders, Philadelphia, 1946.
- 8.—JIMENEZ, DIAZ, C. — *Lecciones de Patología Médica*, Ed. Científico, Med. Madrid, 1948.
- 9.—JOCHMAN, G. y HEGLER, C. — *Tratado de las enfermedades infecciosas*, Ed. Labor, 1935.