

Bibliografía

1. António M. Síndrome do QT longo. En: Pires A, editor. *Conceitos básicos de cardiologia pediátrica*. 1.ª ed. Coimbra: Mar da Palavra Edições; 2009. p. 77–89.
2. Sanpedro FC, Dourdil AN. Síncope en pediatria. En: *Protocolos diagnósticos terapéuticos en cardiologia pediátrica*. Badajoz: Asociación Española de Pediatría; 2005.
3. Martins P. Síncope. En: Pires A, editor. *Conceitos básicos de cardiologia pediátrica*. 1.ª ed. Coimbra: Mar da Palavra Edições; 2009. p. 185–9.
4. Maeda S, Fortes E, Oliveira U, Borba V, Lazaretti-Castro M. Hypoparathyroidism and pseudohypoparathyroidism. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2006;50:664–73.
5. Donghi V, Mora S, Zamproni I, Chiumello G, Weber G. Pseudohypoparathyroidism, an often delayed diagnosis: a case series. *Cases Journal*. 2009;2:6734.
6. Weinhaeusel A, Thiele S, Hofner M, Hiort O, Noehammer C. PCR-based analysis of differentially methylated regions of GNAS enables convenient diagnostic testing of pseudohypoparathyroidism type 1b. *Clin Chem*. 2008;54:1537–45.
7. López M, Carrasco C. Pseudohipoparatiroidismo o déficit de vitamina D. *Rev Méd Chile*. 2004;132:1527–31.
8. Beur S, Ding C, Germain-Lee E, Cho J, Maret A, Levine M. Discordance between genetic and epigenetic defects in pseudohypoparathyroidism type 1b revealed by inconsistent loss of maternal imprinting at GNAS1. *Am J Hum Genet*. 2003;73:314–22.
9. Laspa E, Bastepe M, Jüppner H, Tsatsoulis A. Phenotypic and molecular genetic aspects of pseudohypoparathyroidism type 1b in a greek kindred: evidence for enhanced uric acid excretion due to parathyroid hormone resistance. *J Clin Endocrinol Metab*. 2004;89:5942–7.
10. Liu J, Nealon JG, Weinstein LS. Distinct patterns of abnormal GNAS imprinting in familial and sporadic pseudohypoparathyroidism type 1B. *Hum Mol Genet*. 2005;14:95–102.

T. Almeida Campos^{a,*}, C. Moura^b, C. Castro-Correia^a y M. Fontoura^a

^a *Unidad de Endocrinología, Unidad Autónoma de Gestão, Centro Hospitalario São João, Oporto, Portugal*

^b *Servicio de Cardiología Pediátrica, Unidad Autónoma de Gestão, Centro Hospitalario São João, Oporto, Portugal*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: teresaalmeidacampos@gmail.com

(T. Almeida Campos) .

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.06.016>

Absceso hepático por *Streptococcus constellatus*

Liver abscess due to *Streptococcus constellatus*

Sr. Editor:

El absceso hepático es una entidad poco frecuente en la etapa infantil en la que se ha observado un aumento de casos en los últimos años debido al aumento de los viajes al extranjero, así como la inmigración procedente de zonas endémicas. Los pocos casos encontrados suelen tener etiología amebiana y factores de riesgo^{1,2}.

Se trata de un varón de nacionalidad española de 18 meses, sin antecedentes de interés, que consulta por fiebre (máximo 38 °C) de 3 días de evolución y dolor abdominal. No refería viajes al extranjero ni traumatismo abdominal previo. La exploración física evidenció una temperatura de 36,9 °C, regular estado general, abdomen distendido, timpánico, depresible, doloroso a la palpación en el hipocondrio derecho y el epigastrio. El resto de la exploración fue normal.

Se realizaron las siguientes pruebas complementarias: hemograma: leucocitos 27.220 μ /l (neutrófilos 62,6%, linfocitos 18%, monocitos 18,2%), hemoglobina 11,3 g/dl, hematocrito 33%, plaquetas 454.000/ μ l, PCR 19,63 mg/dl, VSG 60 mm/h, bioquímica y enzimas hepáticas: normales, coagulación: normal, excepto fibrinógeno de 842,2 ng/dl. Abdomen simple anteroposterior: efecto masa a nivel periumbilical. Ecografía abdominal: líquido libre en ambos flancos. Se visualiza en el lóbulo hepático izquierdo una masa avascular, heterogénea, de 5 \times 3 cm, que desplaza

estructuras vecinas (fig. 1). Ante este hallazgo, el aumento del perímetro abdominal, la tendencia a la hipotensión y el decaimiento progresivo del paciente, se decide realizar una laparoscopia exploradora, donde, tras la disección del epiplón adherido a la pared anterior y el hígado, se visualiza salida de pus del segmento anteromedial del lóbulo hepático izquierdo compatible con absceso hepático. Se lleva a cabo la limpieza exhaustiva de la cavidad y el drenaje Jackson-Pratt, y se toman muestras para cultivo. Se solicita serología parasitaria, coprocultivo y estudio parasitario en heces, resultando ambos negativos. Se realiza un estudio cardiológico que fue normal. El hemocultivo fue negativo y el cultivo de absceso resultó positivo a *Streptococcus constellatus* (*S. constellatus*). Además del tratamiento con drenaje quirúrgico, recibió meropenem 240 mg/8 h y metronidazol 150 mg/8 h hasta resultado de cultivo del absceso. Tras ello, se inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico 100 mg/kg/6 h hasta completar 3 semanas. El paciente evolucionó satisfactoriamente, desapareciendo la fiebre y la sintomatología, y con resolución total del absceso en 4 semanas. Dado lo inusual del caso, se realizó un estudio inmunológico (cuantificación de inmunoglobulinas séricas, recuento leucocitario T y B y estudio de subpoblaciones y niveles séricos de factores del complemento C₃, C₄, CH₅₀), siendo este normal. Hasta el momento, el paciente no ha presentado nueva infección bacteriana grave.

Los abscesos piógenos hepáticos son infrecuentes en niños y generalmente se presentan en varones. Existe predisposición tras traumatismo, en pacientes inmunodeficientes, diabéticos o afectados de anemia drepanocítica^{1,2}. Se localizan comúnmente en el lóbulo hepático derecho, si bien nuestro paciente lo presentó en el izquierdo y no presentaba factores de riesgo. Los patógenos implicados son cocos grampositivos, anaerobios y enterobacterias, siendo



Figura 1 Ecografía abdominal. Líquido libre a nivel de ambos flancos. A nivel del lóbulo hepático izquierdo se visualiza masa avascular, heterogénea, midiendo aproximadamente 5 × 3 cm, que desplaza estructuras vecinas.

S. aureus el más frecuente^{2,3}. Suelen ser abscesos múltiples y de origen polimicrobiano², lo que hace más singular nuestro caso, con absceso único y etiología monomicrobiana por *S. constellatus*, una de las especies que, junto a *S. anginosus* y *S. intermedius*, forma el grupo de *S. milleri*, que a su vez constituye una variedad de *S. viridans*; es habitual en el tubo digestivo, las vías respiratorias altas y el aparato genital femenino. Cuando produce enfermedad, se asocia a infecciones supuradas invasoras en los tejidos descritos en pacientes con factores de riesgo, pero son procesos excepcionales en otras localizaciones y en poblaciones no predispuestas⁴⁻⁶. La patogenia del absceso se caracteriza por alguno de los siguientes factores: infección abdominal, infección de vía biliar, iatrogenia o traumatismo abdominales. En un pequeño grupo no se encuentra origen como en el caso presentado. La presentación clínica más común es la fiebre y el dolor en hipocondrio derecho acompañado de síntomas digestivos inespecíficos^{7,8}. En cuanto al diagnóstico es importante una anamnesis detallada y exploración física completa, así como técnicas de imagen. En este sentido, la ecografía permite un diagnóstico de fácil accesibilidad y bajo costo. Si bien en etapa de supuración el diagnóstico es evidente, en etapas más precoces o tardías debe plantearse el diagnóstico diferencial con hematomas, quistes o tumores sólidos, por lo que el estudio de elección es TC abdominal. El estudio analítico es inespecífico, con aparición frecuente de leucocitosis y alteración de enzimas hepáticas⁷. Para diferenciar la etiología es necesario un estudio microbiológico. En el caso del absceso amebiano será de utilidad la realización de serología de *E. histolytica* y en el piógeno el cultivo del líquido. El hemocultivo en niños es con más frecuencia positivo en abscesos múltiples que en solitarios. El tratamiento empleado en caso de origen piógeno debe incluir drenaje percutáneo, si existe estabilidad clínica, o quirúrgico combinado con antibioterapia sistémica^{3,9}, cubriendo de forma empírica enterobacterias, cocos grampositivos y

anaerobios, y posteriormente si es posible mediante antibiograma, durante 2-4 semanas en caso de lesiones solitarias y 12 semanas en caso de abscesos múltiples¹⁰. En nuestro paciente el empeoramiento del estado clínico hizo imposible la realización de drenaje percutáneo.

El absceso hepático debe tenerse en cuenta en caso de dolor agudo en niños, pues, a pesar de su baja incidencia, se trata de una entidad de accesible diagnóstico y tratamiento y un pronóstico que ha variado favorablemente en las últimas décadas.

Bibliografía

1. Jiménez E, Tiberio G, Sánchez J, Jiménez FJ, Jiménez G. Pyogenic hepatic abscesses: 16 years experience in its diagnosis and treatment. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1998;16:307-11.
2. Lasuen del Olmo N, Martínez de Compañón Martínez de Mari-gorta Z, Cols Roig M, Roca Martínez J, Capdevila Cirera A. Pyogenic liver abscess in a healthy boy. *An Pediatr (Barc)*. 2005;63:80-1.
3. Mishra K, Basu S, Roychoudhury S, Kumar P. Liver abscess in children: an overview. *World J Pediatr*. 2010;6:210-6.
4. Jordano Q, Falco V, Almirante B, Gasser I, Pigrau C, Pahissa A. Meningitis estreptocócicas no neumocócicas: características clínicas y microbiológicas de 13 casos. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:739-41.
5. Cabellos C, Viladrich PF, Corredoira J, Verdaguier R, Ariza J, Gudiol F. Streptococcal meningitis in adult patients: current epidemiology and clinical spectrum. *Clin Infect Dis*. 1999;28:1104-8.
6. Stelzmueller I, Fille M, Hager J, Dossett L, Sifri CD, Bonatti H. Group *Milleri* streptococci in paediatric infections. *Eur J Pediatr Surg*. 2009;19:21-4.
7. Palacián Ruiz P, Monforte Cirac ML, Roc Alfaro L, Lomba Fuentes E, Bouthelie Moreno M, De Juan Martín F, et al. Amoebic liver abscess. *An Pediatr (Barc)*. 2009;71:571-2.
8. Srivastava A, Yachha SK, Arora V, Poddar U, Lal R, Baijal SS. Identification of high-risk group and therapeutic options in children with liver abscess. *Eur J Pediatr*. 2012;171:33-41.
9. Salahi R, Dehghani SM, Salahi H, Bahador A, Abbasy HR, Salahi F. Liver abscess in children: a 10-year single centre experience. *Saudi J Gastroenterol*. 2011;17:199-202.
10. Zerem E, Hadzic A. Sonographically guided percutaneous catheter drainage versus needle aspiration in the management of pyogenic liver abscess. *AJR Am J Roentgenol*. 2007; 189:W138.

A. Sangil González^{a,*}, M. Sandiumenge Durán^a,
I. López Martínez^a, I. Melián Domínguez^a
Y
F. González López^b

^a Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, España

^b Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ampasg2@hotmail.com
(A. Sangil González).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.05.016>