



Clínica cotidiana

Signo de Laffont y ecografía a pie de cama. Caso clínico de un absceso hepático

Marta del Palacio Tamarit^a, Patricia Atencio Antoranz^a, Blanca Rodríguez Alonso^a, Guido Rodríguez de Lema Tapetado^b, María Pavón Moreno^b, Jorge Short Apellániz^c

^aMedicina Interna Hospital Fundación Jiménez Díaz

^bUnidad de Ecografía Clínica del Servicio de Urgencias de la Fundación Jiménez Díaz

^cCoordinador Unidad de Ecografía Clínica del Servicio de Urgencias de la Fundación Jiménez Díaz

INFORMACION DEL ARTICULO

On-line el 15 de Octubre de 2020

Palabras clave:

Signo de Laffont, Absceso Hepático, Ecografía

RESUMEN

El signo de Laffont es un dolor epigástrico, región subclavicular, escapular o en hombro derecho que aparece en pacientes que presentan procesos inflamatorios hepatobiliares o hemoperitoneo. El absceso hepático es una entidad rara con una elevada morbimortalidad. Corresponden a casi el 50% de los abscesos intraabdominales viscerales y suelen cursar con fiebre, anorexia, náuseas, vómitos. La ecografía abdominal y el TC de abdomen juegan un papel fundamental en el diagnóstico de esta patología. Habitualmente el tratamiento es antibiótico empírico, pero en caso de recidiva o mala evolución se precisa el drenaje por punción; la ecografía permite diagnosticar y facilita el tratamiento mínimamente invasivo en tiempo real y la monitorización hasta su resolución en Atención Primaria.

©Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia
 Publicado por Ecosmg Galicia.

Laffont's sign and bedside ultrasound. Clinical case of a liver abscess.

ABSTRACT

Keywords:

Laffont's sign, liver abscess, ultrasound.

Laffont's sign is epigastric, subclavicular, scapular, or right shoulder pain that occurs in patients with hepatobiliary or hemoperitoneal inflammatory processes. Liver abscess is a rare entity with high morbidity and mortality. They correspond to almost 50% of visceral intra-abdominal abscesses and usually present with fever, anorexia, nausea, vomiting. Abdominal ultrasound and abdominal CT play a fundamental role in the diagnosis of this pathology. Usually the treatment is empirical antibiotic, but in case of recurrence or poor evolution puncture drainage is required; Ultrasonography allows diagnosing and facilitating minimally invasive treatment in real time and monitoring until its resolution in Primary Care.

Varón de 34 años de edad, sin alergias medicamentosas ni antecedentes médicos conocidos, sin tratamiento habitual, que acude a Urgencias por cuadro de 2 semanas de evolución de fiebre

de hasta 40°C, diaforesis, náuseas y marcado dolor en hombro derecho, con escasa mejoría con analgesia (paracetamol y metamizol); además de deposiciones más líquidas.

En la anamnesis refería como único dato relevante un viaje a Canarias y Grecia 6 meses antes. Tenía pareja estable, homosexual, desde hacía 10 años y negaba relaciones sexuales de riesgo. Trabajaba de encargado en una tienda de complementos. Era natural de Francia, pero residía en España.

En la exploración física estaba hemodinámicamente estable, con auscultación cardiopulmonar normal, abdomen blando y depresible, pero con molestias a la palpación en hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal.

Tras la realización de una radiografía de tórax, que se encontraba dentro de la normalidad, con el marcado dolor de hombro derecho y ante la sospecha que este dolor se tratara del **Signo de Laffont**, se decide realizar una ecografía a pie de cama en hipocondrio derecho.

El signo de Laffont es un dolor epigástrico, región subclavicular, escapular o en hombro derecho que aparece en pacientes que presentan procesos inflamatorios hepatobiliares o hemoperitoneo. Esto se explica ya que el diafragma se encuentra inervado por el nervio frénico que se sale del plexo cervical, del III al IV, de donde también sale la inervación al hombro derecho. Por lo tanto, es un dolor que se produce en ocasiones por la irritación del diafragma.

Dada la clínica del paciente y en espera de los resultados analíticos, se decidió realizar una exploración ecográfica abdominal a pie de cama. En la ecografía se observa una lesión hepática en lóbulo hepático izquierdo de 7x6 cm hipoecoica con ecos en su interior rodeada por un halo hiperecogénico con refuerzo posterior. (figura 1 y figura 2)

La analítica reveló elevación de reactantes de fase aguda, con leucocitosis neutrofílica 16.990 leucocitos (3500-11000), PCR de 30.70 mg/dl (0-0.5) y alteración de la transaminasas con predominio de enzimas de colestasis: GOT 49 UI/l (0-34), GPT 120 UI/l (10-49), GGT 649 UI/l (0-73), LDH 665 UI/l (230-460). Dados los hallazgos, se solicitó un TC abdomen para caracterizar dicha lesión, donde se objetivaron varias lesiones nodulares hipodensas encapsuladas con tabiques en su interior, localizadas en segmentos II-III y VII, con un tamaño de 61 x 71 cm, 3 x 8 cm respecti-

vamente compatibles con abscesos hepáticos.

Se inició antibioterapia empírica con ceftriaxona 2g cada 24 horas y metronidazol 500 mg cada 6 horas, previa extracción de hemocultivos (negativos a los 5 días de incubación), PCR múltiple en heces (incluyendo *E. histolytica*, negativa), coprocultivo (negativo) y serología para *E. histolytica* (negativa). Ante la persistencia de fiebre a pesar de antibioterapia, se realiza drenaje por parte de Radiología Intervencionista, tras lo cual el paciente presenta clara mejoría, manteniéndose el drenaje durante 4 días. Se realiza cultivo microbiológico del material drenado, donde crece *K. pneumoniae* multisensible. El paciente presentó buena evolución posterior, siendo dado de alta con ciclo de 10 días de tratamiento con Amoxicilina/Clavulánico 875/125mg cada 8 horas.



Figura 1.



Figura 2

Figura 1 y Figura 2. Lesión hepática en lóbulo hepático izquierdo de 7x6 cm hipoecoica con ecos en su interior rodeada por un halo hiperecogénico con refuerzo posterior.

COMENTARIO

El absceso hepático es una entidad rara con una elevada morbimortalidad. Corresponden a casi el 50% de los abscesos intraabdominales viscerales y son producidos casi siempre por enfermedades de las vías biliares (por bacilos aerobios gramnegativos o enterococos) y con menor frecuencia por diseminación local o de otras fuentes pélvicas o intraperitoneales (por flora mixta) o diseminación hematógena. Generalmente se manifiesta clínicamente con fiebre, anorexia, náuseas, vómitos, y solo alrededor del 50% muestran signos circunscritos en el cuadrante superior derecho (dolor, hepatomegalia e ictericia). La ecografía abdominal y el TC de abdomen juegan un papel fundamental en el diagnóstico de esta patología. En nuestro caso, el paciente refería intenso dolor en hombro derecho que, junto con la exploración física, hace pensar en un dolor referido^{1,2}. El beneficio de la ecografía en nuestro caso fue muy claro ya que, antes incluso de que se obtuviera el resultado analítico, el paciente ya estaba orientado y estaba pendiente de la realización del TC de abdomen^{3,4}.

Klebsiella pneumoniae se aísla generalmente en abscesos piogénicos hepáticos, que suelen ser polimicrobianos, en pacientes con patología hepatobiliar subyacente. Sin embargo, el absceso primario por *Klebsiella pneumoniae* se produce generalmente en pacientes con ausencia de patología hepatobiliar en pacientes de origen asiático o con viajes recientes a dicha zona. Algunos de los pacientes pueden presentar, además de las manifestaciones típicas con fiebre, dolor en hipocostado derecho y elevación de las transaminasas, afectación metastásica (cerebral, meníngea, ocular...)^{5,6}.

El diagnóstico diferencial en nuestro caso incluye el absceso hepático amebiano, una de las manifestaciones extraintestinales de la infección por *Entamoeba histolytica*, que se produce por la extensión de la ameba a través del sistema porta. Habitualmente, es una patología que se encuentra frecuentemente en países en vías de desarrollo. En países desarrollados es frecuente en inmigrantes, o en viajeros de áreas endémicas. La clí-

nica se manifiesta generalmente con dolor en hipocostado derecho y fiebre, de 1-2 semanas de evolución. Un tercio de los pacientes asocian diarrea, pero algunos refieren cuadro de disentería en los meses previos. La exploración física suele revelar una hepatomegalia dolorosa^{7,8}. El diagnóstico se realiza igualmente por la clínica, la imagen radiológica o ecográfica, y se confirma con pruebas serológicas o antigénicas. Habitualmente no es necesario realizar un drenaje del absceso, solo en casos de riesgo de ruptura, pacientes críticamente inestables, o en casos en los que haya que realizar un diagnóstico diferencial. En estas ocasiones se puede analizar el fluido del absceso para confirmar el diagnóstico. El tratamiento de elección es antibioterapia con metronidazol o tinidazol, que debe ir seguido de un amebicida intraluminal (por ejemplo, paramomicina) para acabar con los quistes intestinales, evitando que se vuelva a producir de nuevo la expansión hacia el hígado u otro territorio.⁹

Figura 1; A nivel del tríceps se visualiza una colección de líquido que mide aproximadamente 7x3 cm con contenido ecogénico y paredes irregulares sugestivo de absceso.

Una reciente revisión sistemática donde se evalúa como objetivo principal fue la precisión de la de POCUS para diagnosticar abscesos en pacientes con infecciones cutáneas y tejidos blandos. De ocho estudios evaluados, aunque difirieron en términos de sensibilidad y especificidad, las estimaciones agrupadas fueron de una sensibilidad del 96,2% (IC del 95%: 91,1 a 98,4) y la especificidad del 82,9% (IC del 95%: 60,4 a 93,9). Esto ayuda a los facultativos a demostrar que POCUS, es una prueba rápida, no invasiva, indolora y fácilmente repetible que puede distinguir entre abscesos y celulitis en la gran mayoría de los casos.¹ Esto podría proporcionar un mayor grado de certeza diagnóstica en pacientes con infecciones de la piel y tejidos blandos que presentan signos y síntomas equívocos, lo que lleva a un tratamiento apropiado de forma más rápida.

El valor de POCUS es identificar un absceso oculto. Se ha demostrado que POCUS altera el manejo del paciente hasta en la mitad de los pa-

cientes con absceso.² POCUS también puede mejorar la precisión diagnóstica de la infección de tejidos blandos en pacientes pediátricos³. El absceso es una forma más grave de infección de tejidos blandos y tiene varios y posibles tipos mixtos de ecogenicidad interna que rodea el tejido subcutáneo inflamado y engrosado. POCUS puede usarse para diagnosticar abscesos ocultos como el caso descrito, decidir la ruta segura para la incisión o drenaje del absceso y evitar complicaciones durante la evacuación del absceso de manera estática o dinámica^{4,5}. El Signo de squish es un movimiento de partículas ecogénicas en respuesta a la compresión y se puede utilizar para diferenciar el absceso de la masa de tejido blando. Es importante aplicar las funciones Doppler para diferenciar un pseudoaneurisma de un absceso anecoico.

En resumen, la evidencia sugiere que POCUS puede distinguir con precisión entre la celulitis y el absceso. La precisión es similar entre la población de pacientes adultos y pediátricos. Se necesitan más estudios para determinar el impacto de añadir POCUS a la evaluación clínica de pacientes que presentan infecciones de piel y tejidos blandos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kasper D. L, Fauci A. S., Hauser S. L, Longo D. L., Jameson J. L., Loscalzo J., editores. Harrison: manual de medicina. 19a. Mexico: McGraw Hill; 2017.
2. Serraino C., Elia C., Bracco C., Rinaldi G., Pomerio F., Silvestri A., et al. Characteristics and management of pyogenic liver abscess: A European experience. *Medicine*. 2018;97(19).
3. Seeto R. K., Rockey D. C. Pyogenic liver abscess. Changes in etiology, management, and outcome. *Medicine*. 2018;1196;75(2),99-113.
4. Rahimian J., Wilson T., Oram V., Holzman R.S. Pyogenic liver abscess: recent trends in etiology and mortality. *Clinical infectious diseases*. 2004;39(11),1654-1659.
5. Fang C. T., Chuang Y. P., Shun C. T., Chang S. C., Wang J. T. A novel virulence gene in *Klebsiella pneumoniae* strains causing primary liver abscess and septic metastatic complications. *Journal of Experimental Medicine*. 2004;199(5),697-705.
6. Wells C. D., Arguedas M. Amebic liver abscess. *Southern medical journal*. 2004;97(7), 673-683.
7. Hughes M. A., Petri Jr W. A. Amebic liver abscess. *Infectious disease clinics of North America*. 2000;14(3),565-582.
8. Wang J. H., Liu Y. C., Lee S. S. J., Yen M. Y., Chen Y. S., Wang, J. H., et al. Primary liver abscess due to *Klebsiella pneumoniae* in Taiwan. *Clinical Infectious Diseases*. 1998;26(6),1434-1438.
9. Abuabara S. F., Barrett J. A., Hau T., Jonasson O. Amebic liver abscess. *Archives of Surgery*. 1982;117(2), 239-244.