

Caso	(649) Abscesos cerebrales, pulmonar y hepático secundarios a diverticulitis en paciente con enfermedad de Crohn
Autores	Julia Oliva Lozano, Ana Llamas Álvarez, María Santos Urios, Núria Serra Serra, Eugenio Ruiz González, Juan José Egea Martínez, Isolina Herráiz Romero
Centro	Hospital General Universitario De Alicante

EXPOSICIÓN DEL CASO

Un hombre de 43 años con enfermedad de Crohn en tratamiento con corticoides y Azatioprina acudió a Urgencias por debilidad, astenia y anorexia de una semana de evolución, junto con un episodio de relajación de esfínteres y disartria. A la exploración se encontraba desorientado en las tres esferas y presentaba agitación psicomotora. En la analítica destacaba leucocitosis de 32.600/L con neutrofilia, PCR de 34 mg/dl y hemoglobina de 10,1 g/dl.

Se realizó TC craneal que mostró una lesión periventricular temporo-occipital derecha, de contornos lobulados y realce en anillo compatible con absceso, que provocaba moderado efecto de masa. El absceso se comunicaba con el ventrículo lateral, el cual presentaba realce ependimario y detritus internos, atribuible a ventriculitis. Se identificó otro absceso temporal izquierdo.

Se completó el estudio con TC toraco-abdomino-pélvico observando abscesos en pulmón e hígado, acompañados de tromboembolismo pulmonar y trombosis parcial de la vena suprahepática izquierda. Se observó además signos de diverticulitis aguda leve en sigma.

Se drenó quirúrgicamente el absceso cerebral más grande y de forma percutánea los abscesos pulmonar y hepático, aislando *Streptococcus intermedius* en todos los cultivos, incluido el del líquido cefalorraquídeo.

El paciente evolucionó favorablemente con antibioterapia intravenosa y el drenaje de los abscesos.

DISCUSIÓN

Una de las complicaciones más frecuentes en la enfermedad de Crohn son los abscesos intraabdominales por lesiones intestinales perforantes. Sin embargo, los abscesos hepáticos piógenos son complicaciones raras, aunque con una incidencia 10-15 veces superior que en la población general probablemente por el estado de inmunodepresión secundario al tratamiento crónico.

Se ha descrito como posible fuente de origen de estos abscesos hepáticos una diverticulitis sigmoidea con pérdida de la integridad de la mucosa intestinal, y posterior diseminación microbiana a través del drenaje venoso portal, aun sin evidencia de brote de la enfermedad de Crohn, como en este caso.

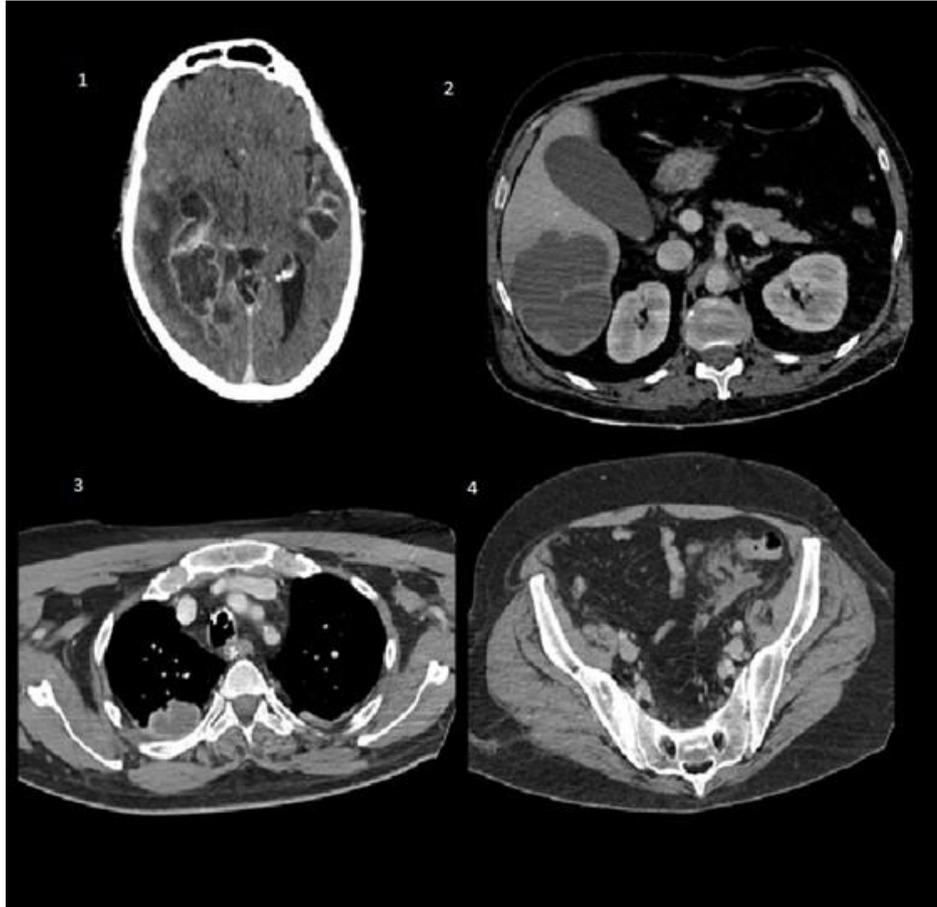
Las bacterias del grupo *Streptococcus milleri* (*S. intermedius*, *S. constellatus*, *S. anginosus*) son las más implicadas en dicha translocación y la formación de abscesos a múltiples niveles. *S. intermedius*, el patógeno aislado en los cultivos de este paciente, presenta especial tropismo por el hígado y el cerebro. Por ello, la enfermedad se complicó con abscesos cerebrales y ventriculitis piógena, hallazgos mucho menos frecuentes pero también descritos en la literatura.

El tratamiento se realiza con antibioterapia intravenosa, drenaje percutáneo de los abscesos mayores de 3-5 cm, y en casos refractarios puede estar indicada la sigmoidectomía.

El uso prolongado y poco controlado de corticoides e inmunosupresores para el tratamiento de la enfermedad de Crohn contribuyó a la gravedad del caso.

CONCLUSIÓN

Los abscesos hepáticos, pulmonares y cerebrales así como la ventriculitis piógena son complicaciones poco frecuentes en la enfermedad de Crohn, pero que pueden llegar a ser mortales por el estado de inmunosupresión crónica de dichos pacientes. La diverticulitis sigmoidea debe considerarse como patología causal en pacientes que presentan abscesos hepáticos piógenos y antecedentes de enfermedad de Crohn, aun en remisión completa con inmunosupresión. Estos abscesos hepáticos se producen por translocación bacteriana y se tratan con antibioterapia y, si es necesario, drenaje percutáneo o quirúrgico. Las bacterias del grupo *Streptococcus milleri* están relacionadas con la formación de abscesos a múltiples niveles. En caso de aislamiento de *S. intermedius* en el cultivo del LCR se debe sospechar un foco infeccioso intraabdominal como origen del cuadro.



1. Abscesos cerebrales bilaterales, con signos de ventriculitis piógena asociada. 2. Absceso en lóbulo hepático derecho. 3. Absceso pulmonar en lóbulo superior derecho. 4. Diverticulitis sigmoidea aguda.

BIBLIOGRAFÍA

- Pielage, M., Vogels, S., Hoencamp, R., & van den Bremer, J. (2019). Treating pyogenic liver abscesses secondary to diverticulitis in a patient using immunosuppressants for Crohn's disease by performing a sigmoid colectomy. *BMJ Case Reports*, 12(12), e231031. doi:10.1136/bcr-2019-231031
- Omatsu, M., Yamakawa, K., Taki, J., & Yazumi, S. (2019). Pyogenic Ventriculitis Secondary to Liver Abscess. *Internal Medicine*, 58(6), 889-890. doi:10.2169/internalmedicine.1758-18
- Shishir Murarka, Fnu Pranav, Varsha Dandavate. (2011). Pyogenic liver abscess secondary to disseminated *Streptococcus Anginosus* from Sigmoid Diverticulitis. *J Glob Infect Dis*. 3(1): 79-81. doi: 10.4103/0974-777X.77300
- Dandurand, C., Letourneau, L., Chaalala, C., Magro, E., & Bojanowski, M. (2016). Pyogenic Ventriculitis as Clinical Presentation of Diverticulitis. *Canadian Journal of Neurological Sciences / Journal Canadien Des Sciences Neurologiques*, 43(4), 576-577. doi:10.1017/cjn.2016.4