

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), marzo-abril 2026,  
Volumen 10, Número 2.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v10i2](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i2)

# **PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ABSCESO HEPÁTICO MIXTO EN PACIENTE PEDIÁTRICO EN COLOMBIA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

**ATYPICAL PRESENTATION OF MIXED HEPATIC ABSCESS IN  
A PEDIATRIC PATIENT IN COLOMBIA: CASE REPORT AND  
LITERATURE REVIEW**

**Diana Carolina Ruiz Montaña**  
Universidad Libre

**Ricardo Andrés Sánchez Algarín**  
Universidad Simon Bolivar

**Bonny Castro**  
Universidad Libre

**Yifanith Mayela Garcia Berdugo**  
Universidad Libre

**Richard Germán Romero Ruiz**  
Organización Clínica General del Norte

DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v10i2.23555](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i2.23555)

## PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ABSCESO HEPÁTICO MIXTO EN PACIENTE PEDIÁTRICO EN COLOMBIA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

**Diana Carolina Ruiz Montaña<sup>1</sup>**[Dianaruiz922@hotmail.com](mailto:Dianaruiz922@hotmail.com)<https://orcid.org/0009-0005-5447-1072>Universidad Libre  
Colombia**Ricardo Andrés Sánchez Algarín**[md.ricardosanchez@gmail.com](mailto:md.ricardosanchez@gmail.com)<https://orcid.org/0000-0003-2214-9933>Universidad Simón Bolívar  
Colombia**Bonny Castro**[Bonny.ac.09@gmail.com](mailto:Bonny.ac.09@gmail.com)<https://orcid.org/0009-0003-3725-5090>Universidad Libre  
Colombia**Yifanith Mayela García Berdugo**[Yifanithgarciaberdugo2001@gmail.com](mailto:Yifanithgarciaberdugo2001@gmail.com)<https://orcid.org/0009-0002-8169-9564>Universidad Libre  
Colombia**Richard Germán Romero Ruiz**[rrichard1605r@hotmail.com](mailto:rrichard1605r@hotmail.com)<https://orcid.org/0009-0005-0352-6651>Organización Clínica General del Norte  
Colombia

### RESUMEN

El absceso hepático mixto —definido como la coexistencia de infección amebiana y bacteriana en el parénquima hepático— constituye una entidad clínica de excepcional presentación en la población pediátrica. Se presenta el caso de una paciente escolar femenina de 9 años, previamente sana, natural de Colombia, quien consultó por un cuadro de 14 días de evolución caracterizado por fiebre persistente, distensión abdominal, dolor en hipocondrio derecho, astenia y malestar general. La presentación clínica inicial fue muy inespecífica, lo que generó múltiples diagnósticos diferenciales erróneos —incluyendo pielonefritis y artritis séptica— y retrasó el diagnóstico definitivo. Mediante ecografía abdominal y tomografía computada con contraste se identificó una masa hipodensa de aproximadamente 200 cc en el lóbulo hepático derecho asociada a derrame pleural ipsilateral. El diagnóstico de absceso mixto se sustentó en la positividad de *Entamoeba histolytica* en coproscopia, serología IgG positiva para amebiasis y el hallazgo intraoperatorio de material achocolatado acompañado de abundante contenido purulento. Se realizó drenaje quirúrgico con evolución clínica favorable tras el inicio de metronidazol. Este reporte destaca la importancia de considerar la etiología mixta del absceso hepático en pediatría ante cuadros clínicamente atípicos, incluso en niños inmunocompetentes, y resalta la necesidad de un enfoque multidisciplinario para su diagnóstico y manejo oportuno.

**Palabras clave:** absceso hepático; absceso mixto; amebiasis invasiva; *Entamoeba histolytica*; pediatría

---

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [md.ricardosanchez@gmail.com](mailto:md.ricardosanchez@gmail.com)

# ATYPICAL PRESENTATION OF MIXED HEPATIC ABSCESS IN A PEDIATRIC PATIENT IN COLOMBIA: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

## ABSTRACT

Mixed hepatic abscess — defined as the coexistence of amoebic and bacterial infection within the hepatic parenchyma — is an exceptionally rare clinical entity in the pediatric population. We report the case of a 9-year-old previously healthy Colombian female patient who presented with a 14-day history of persistent fever, abdominal distension, right upper quadrant pain, asthenia, and general malaise. The initial clinical presentation was highly unspecific, leading to multiple misdiagnoses — including pyelonephritis and septic arthritis — which delayed definitive management. Abdominal ultrasound and contrast-enhanced computed tomography identified a hypodense mass of approximately 200 cc in the right hepatic lobe, with ipsilateral pleural effusion. The diagnosis of mixed hepatic abscess was supported by the detection of *Entamoeba histolytica* in stool examination, positive IgG serology for amebiasis, and intraoperative findings of chocolate-colored material accompanied by abundant purulent fluid. Surgical drainage was performed, with favorable clinical evolution following the initiation of metronidazole. This report underscores the importance of considering mixed hepatic abscess etiology in atypical pediatric presentations, even in immunocompetent children, and highlights the need for a multidisciplinary approach for timely diagnosis and management.

**Keywords:** hepatic abscess; mixed abscess; invasive amebiasis; *Entamoeba histolytica*; pediatrics

*Artículo recibido 28 febrero 2026*  
*Aceptado para publicación: 28 marzo 2026*



## INTRODUCCIÓN

El absceso hepático es una acumulación focal de material purulento dentro del parénquima hepático, originada por agentes infecciosos de naturaleza bacteriana, parasitaria o fúngica (1). Si bien representa una patología relevante a nivel global por su impacto en la morbilidad, su incidencia en la población pediátrica es considerablemente baja en comparación con los adultos. En países desarrollados, la incidencia anual en niños se estima en menos de 25 por cada 100.000 admisiones pediátricas, mientras que en regiones tropicales y subtropicales en vías de desarrollo —como América Latina— esta cifra puede superar los 79 por 100.000 ingresos (2,3). En Colombia, la magnitud real del problema podría estar subestimada debido al subregistro de casos, el limitado acceso a servicios especializados y las deficiencias en los sistemas de vigilancia epidemiológica (4).

Desde el punto de vista etiológico, los abscesos hepáticos se clasifican en piógenos (bacterianos), amebianos (parasitarios), fúngicos y micobacterianos; sin embargo, las formas piógena y amebiana representan la gran mayoría de los casos reportados (5). El absceso hepático amebiano (AHA) es causado por *Entamoeba histolytica*, un protozoo transmitido por vía fecal-oral mediante la ingesta de quistes, que invade la mucosa colónica y alcanza el hígado a través de la circulación portal (6). Por su parte, el absceso hepático piógeno (AHP) resulta de la infección bacteriana del parénquima hepático, con *Staphylococcus aureus* como el agente causal más frecuente en niños (7). A diferencia de los adultos, en quienes el AHP predomina, en la población pediátrica la etiología amebiana es más frecuente en regiones endémicas como Colombia, especialmente en contextos de deficientes condiciones sanitarias (3,8).

Lo que hace particularmente complejo el diagnóstico de los abscesos hepáticos en pediatría es que su presentación clínica es inespecífica y variable. Los síntomas más frecuentemente reportados incluyen fiebre, dolor en hipocondrio derecho, hepatomegalia y malestar general (9). No obstante, la mayoría de los reportes de la literatura describen cuadros clínicos con características que orientan de manera relativamente clara hacia uno u otro subtipo etiológico: los abscesos amebianos suelen presentarse en pacientes con antecedente de diarrea o exposición a malas condiciones sanitarias, con fiebre de inicio más subagudo y material achocolatado estéril al drenaje; mientras que los abscesos piógenos se



caracterizan por fiebre de mayor intensidad y de inicio más agudo, leucocitosis marcada y cultivos positivos de hemocultivo o del contenido del absceso (5,10).

El absceso hepático mixto —definido como la infección simultánea del parénquima hepático por *E. histolytica* y por bacteria(s)—, constituye una entidad aún más infrecuente y, por tanto, más difícil de sospechar clínicamente. La literatura disponible al respecto es escasa, y los reportes de casos en población pediátrica son excepcionales. En Colombia, un estudio retrospectivo del Hospital San Juan de Dios de Bogotá encontró que, entre los abscesos hepáticos diagnosticados, apenas el 10.5% correspondió a la forma mixta (11). El reconocimiento de esta entidad resulta fundamental, dado que su manejo requiere la combinación de terapia antiparasitaria y antibiótica, y en muchos casos, intervención quirúrgica o drenaje percutáneo (1,8).

El presente reporte describe el caso de una paciente pediátrica de 9 años con un absceso hepático mixto, cuya presentación clínica fue particularmente atípica y generó un retraso diagnóstico significativo, con múltiples diagnósticos alternativos planteados durante su evolución. Este caso ilustra las dificultades inherentes al diagnóstico de una entidad poco frecuente dentro de una patología ya de por sí poco frecuente en pediatría, y resalta la necesidad de mantener un alto índice de sospecha clínica ante cuadros febriles prolongados con compromiso abdominal en niños, especialmente en regiones con condiciones epidemiológicas de riesgo.

## **CASO CLÍNICO**

Paciente femenina de 9 años de edad, previamente sana, con esquema de vacunación completo para la edad, residente en Colombia. Consultó por cuadro clínico de 14 días de evolución caracterizado por fiebre no cuantificada, distensión abdominal, dolor en hipocondrio derecho, astenia, adinamia y malestar general. En un primer nivel de atención, ante la positividad de la puñopercusión lumbar y un uroanálisis reportado como patológico, se planteó diagnóstico de pielonefritis y se inició tratamiento con amikacina por 5 días, sin evidenciarse mejoría clínica.

Ante la ausencia de respuesta al tratamiento inicial, fue remitida a un centro de mayor complejidad. Se tomaron hemocultivos y urocultivos, ambos negativos. El coproscópico reportó presencia de *Entamoeba histolytica*. Los reactantes de fase aguda resultaron elevados (PCR y VSG), mientras que las pruebas de función hepática se encontraban dentro de límites normales. La serología para amebiasis evidenció IgG



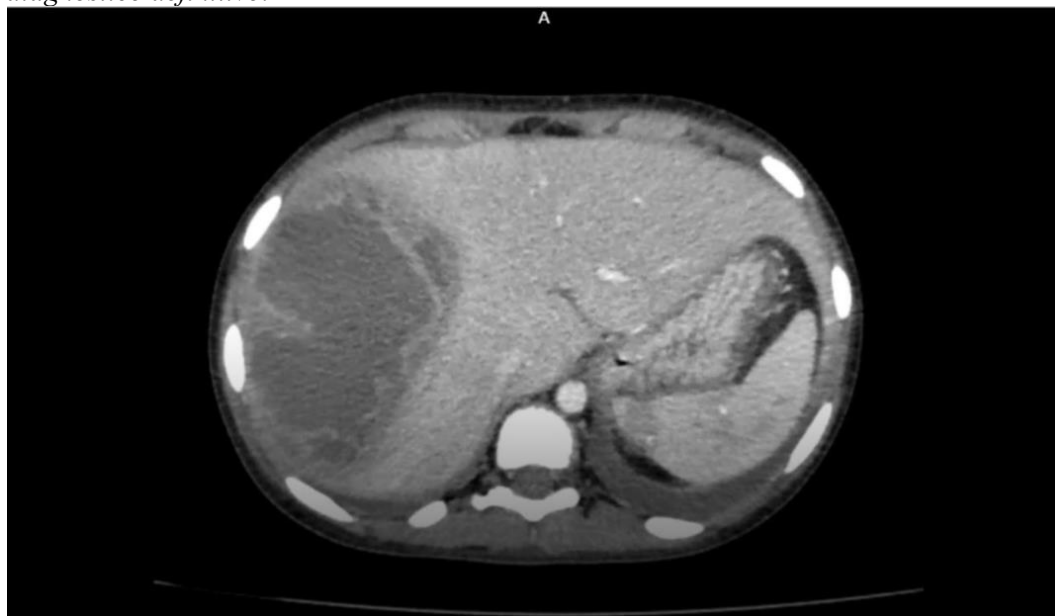
positiva con IgM e IgA negativas, hallazgo que, en el contexto clínico, orientaba hacia una infección amebiana no en fase aguda o con respuesta inmune establecida.

Durante la hospitalización, la paciente desarrolló dolor referido al hombro derecho, signo de Kehr positivo, lo que inicialmente generó sospecha de artritis séptica. Dado que la fiebre persistía a pesar de la antibioticoterapia inicial, se realizó cambio a ceftriaxona más clindamicina, bajo el supuesto de bacteriemia oculta. Posteriormente, ante el empeoramiento de la distensión abdominal y la persistencia del dolor, se realizó ecografía abdominal que evidenció hepatomegalia, y la tomografía computada con contraste identificó una masa hipodensa de aproximadamente 200 cc en el lóbulo hepático derecho. Adicionalmente, los estudios imagenológicos documentaron un derrame pleural de predominio derecho —evidenciado en la radiografía de tórax como velamiento de la base pulmonar derecha con elevación del hemidiafragma ipsilateral— y un derrame pericárdico leve, hallazgos compatibles con extensión inflamatoria por contigüidad diafragmática. La paciente cursó con dificultad respiratoria progresiva en este contexto.

Dado el tamaño del absceso, la presencia de derrame pleural y el deterioro clínico, se decidió manejo quirúrgico con drenaje del absceso. Durante el procedimiento se obtuvo una pequeña cantidad de líquido achocolatado junto con abundante material purulento (>200 cc), hallazgo intraoperatorio que confirmó la naturaleza mixta del absceso. Los cultivos del material drenado no reportaron crecimiento microbiológico —posiblemente en relación con el uso previo de antibióticos—, pero se inició metronidazol. Tanto el derrame pleural derecho como el derrame pericárdico leve se resolvieron de manera espontánea con la antibioticoterapia y el tratamiento antiparasitario, sin requerir intervención torácica ni pericárdica adicional. La paciente presentó una evolución clínica satisfactoria y fue dada de alta tras resolución completa del cuadro.



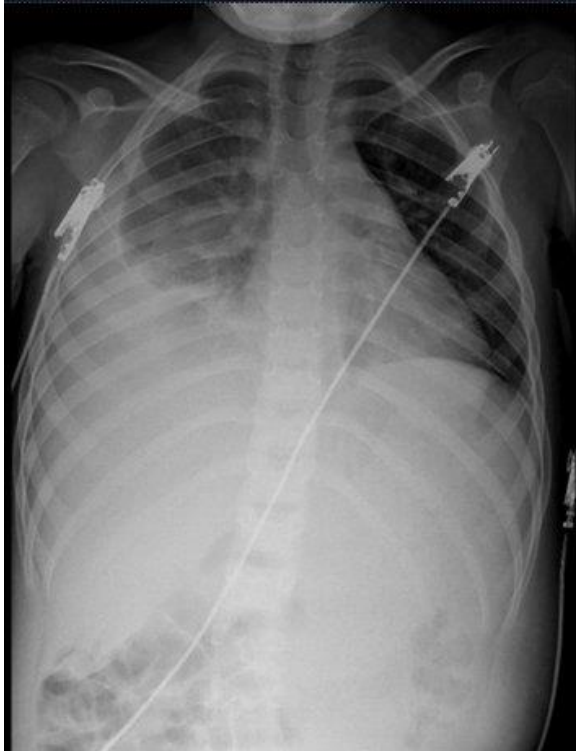
**Figura 1.** Tomografía computada de abdomen con contraste (corte axial). Se observa hepatomegalia con masa hipodensa en el lóbulo hepático derecho, de bordes bien definidos y con realce periférico, compatible con absceso hepático de aproximadamente 200 cc. Hallazgo imagenológico clave para el diagnóstico definitivo.



**Figura 2.** Tomografía computada de abdomen con contraste (reconstrucción coronal). Se evidencia la extensión cefalo-caudal de la lesión hipodensa en el lóbulo hepático derecho, así como la presencia de derrame pleural ipsilateral en la base pulmonar derecha, complicación frecuente del absceso hepático por contigüidad diafragmática.



**Figura 3.** Radiografía de tórax AP. Se observa velamiento homogéneo de la base pulmonar derecha con borramiento del seno costofrénico y elevación del hemidiafragma derecho, compatible con derrame pleural derecho de moderada cuantía. Este hallazgo es característico de la extensión inflamatoria por contigüidad del absceso hepático hacia el espacio pleural (derrame simpático).



**Figura 4.** Tomografía computada de tórax (reconstrucción coronal, ventanas pulmonar y mediastinal). Izquierda: ventana pulmonar con atelectasia compresiva del lóbulo inferior derecho secundaria al derrame pleural. Derecha: ventana mediastinal que confirma el derrame pleural derecho de moderada cuantía con colapso parcial del parénquima pulmonar adyacente. Ambas imágenes son consistentes con derrame simpático por irritación diafragmática del absceso hepático subyacente.



## DISCUSIÓN

### *Epidemiología y contexto*

El absceso hepático es una patología predominante en la población adulta; en pediatría representa una causa infrecuente de hospitalización, con características epidemiológicas distintas según la región geográfica. En países de altos ingresos, su incidencia en niños es de aproximadamente 25 por cada 100.000 admisiones pediátricas, mientras que, en naciones en desarrollo, particularmente en Asia y América Latina, puede alcanzar cifras de hasta 79 por 100.000 (2,3). En Colombia, la verdadera carga de enfermedad por absceso hepático en pediatría podría estar subestimada por el subregistro y el acceso limitado a diagnóstico especializado (4). El reporte de Guzmán y Velasco sobre 14 casos de absceso hepático pediátrico en el Hospital Universitario del Valle en Cali entre 2005 y 2010 constituye una de las pocas series colombianas disponibles, y refleja la escasez de datos locales sobre esta patología (12).

### *Presentación clínica atípica como desafío diagnóstico*

En el presente caso, la presentación atípica fue el principal factor que retrasó el diagnóstico. La tríada clásica descrita en la literatura para el absceso hepático en pediatría incluye fiebre, dolor en hipocondrio derecho y hepatomegalia (9,13). Sin embargo, nuestra paciente no presentó esta tríada de manera clara desde el inicio, sino que la clínica fue de inicio insidioso, con síntomas inespecíficos que motivaron el diagnóstico inicial de pielonefritis —diagnóstico erróneo potencialmente reforzado por un uroanálisis no conclusivo y la positividad de la puñopercusión—. Este hallazgo no es inédito en la literatura pediátrica: Fynn et al. reportaron en Uruguay el caso de una niña de 2 años en quien el diagnóstico de absceso hepático piógeno fue igualmente tardío debido a una presentación clínica inespecífica, con imágenes hepáticas inicialmente interpretadas como tumoración (13).

El signo de Kehr —dolor referido al hombro ipsilateral por irritación diafragmática— estuvo presente en nuestra paciente y generó inicialmente la sospecha de artritis séptica, lo que ilustra cómo manifestaciones atípicas de una patología hepatobiliar pueden llevar a planteamientos diagnósticos completamente alejados del órgano comprometido. En la revisión de Mishra et al. sobre absceso hepático en niños, se menciona que el dolor referido al hombro y la presencia de derrame pleural son complicaciones frecuentemente infradiagnosticadas que reflejan extensión del proceso infeccioso hacia estructuras adyacentes (8).



### ***Diagnóstico diferencial entre absceso amebiano, piógeno y mixto***

La distinción clínica y paraclínica entre el absceso hepático amebiano y el piógeno sigue siendo un desafío, incluso con los recursos diagnósticos modernos. Ralls et al. demostraron en un estudio comparativo que las características ecográficas de ambas entidades se superponen de manera significativa y que la imagen aislada es insuficiente para diferenciarlas; sólo la combinación de datos clínicos, de laboratorio e imagenológicos permitió un diagnóstico correcto en el 86% de los casos de absceso amebiano (10). En la tomografía computada, el absceso amebiano suele aparecer como una masa hipodensa única, redondeada, en el lóbulo derecho, con realce periférico ("signo del doble halo"); mientras que el absceso piógeno puede presentar el denominado "signo del racimo" o múltiples abscesos en cualquier lóbulo (14). En nuestra paciente, la TAC evidenció una masa única en el lóbulo derecho, hallazgo compatible con AHA pero sin que pudiera descartarse la superinfección bacteriana.

Desde el punto de vista microbiológico, el absceso amebiano clásicamente produce un material achocolatado o "pasta de anchoa", estéril en cultivo, mientras que en el absceso piógeno predomina el pus amarillo-verdoso con cultivos positivos (5). El hallazgo intraoperatorio en nuestro caso —material achocolatado coexistiendo con abundante contenido purulento— es un signo diagnóstico que, aunque inespecífico, debe orientar hacia la etiología mixta. Este hallazgo es precisamente el que reportaron Rivero-León y Núñez-Calatayud en su reporte de un absceso hepático amebiano modificado en una paciente adulta, en quien la combinación de material mixto en el drenaje y la falta de respuesta al tratamiento único orientó al diagnóstico definitivo (15).

### ***Absceso hepático mixto: una entidad excepcional en pediatría***

El absceso hepático mixto es, por definición, una entidad infrecuente incluso en adultos. Su incidencia exacta en pediatría es desconocida, y la literatura específica sobre casos pediátricos es escasa. En la serie del Hospital San Juan de Dios de Bogotá, entre 57 casos de absceso hepático identificados entre 1991 y 1995, apenas el 10.5% fueron clasificados como mixtos (11). Esta cifra resulta difícil de extrapolar a la actualidad, dado que el diagnóstico de absceso mixto depende en gran medida de la disponibilidad de técnicas microbiológicas y serológicas sensibles. La editorial de *Pediatric Infectious Disease Journal* titulada "Amoebic, Pyogenic or Mixed? The More You Search, the More You Find!" argumenta que la mayoría de los abscesos amebianos contienen de forma concomitante bacterias, y que los abscesos



verdaderamente mixtos serían más comunes si se emplearan técnicas moleculares para identificar la flora bacteriana del material drenado (1).

En la serie multicéntrica de abscesos hepáticos en niños reportada por Artís et al. en Venezuela, con 161 casos, no se especifica la proporción de abscesos mixtos, pero se reporta una tasa de cultivos microbiológicos positivos del 27.27%, predominantemente gérmenes Gram negativos, en pacientes con coproscópico positivo para protozoarios en el 42.37% de los que tenían parásitos en heces (9). Esta coexistencia de *E. histolytica* y bacterias en el contexto clínico sugiere que la etiología mixta podría ser más frecuente de lo que se documenta formalmente. Franco Andrade et al. reportaron en México en 2025 el caso de un adolescente de 16 años con abscesos hepáticos múltiples piógenos de manejo complejo, subrayando que incluso los abscesos de etiología única en pediatría representan un reto terapéutico mayor (16).

El reporte de caso de un niño de 3 años con absceso hepático amebiano inicialmente confundido con tumor hepático, publicado por Castillo et al. en Venezuela, guarda similitudes con nuestro caso en cuanto a la complejidad diagnóstica y la superposición de hallazgos imagenológicos (17). En ambos casos, el diagnóstico definitivo requirió la integración de múltiples elementos clínicos, paraclínicos y del material drenado, y en ninguno fue posible establecer la etiología de manera categórica en las fases tempranas de la atención.

### ***Mecanismos de superinfección bacteriana en el absceso amebiano***

La superinfección bacteriana de un absceso amebiano puede ocurrir por diferentes mecanismos: translocación bacteriana desde la mucosa colónica ulcerada por *E. histolytica*, bacteriemia secundaria a una infección distante o como consecuencia de intervenciones médicas (1). En nuestra paciente, la administración previa de amikacin y ceftriaxona podría haber enmascarado la presencia de bacterias en los cultivos del material drenado, lo que explicaría los resultados negativos, a pesar de la apariencia macroscópica purulenta del absceso. Esta limitación diagnóstica es bien conocida en la literatura: Giorgio et al., en su revisión sobre absceso hepático desde la perspectiva europea, destacan que el cultivo del material aspirado puede ser negativo hasta en el 40-50% de los abscesos piógenos cuando el paciente ha recibido antibióticos previos (18).



### ***Derrame pleural y pericárdico como complicaciones del absceso hepático***

El derrame pleural es una de las complicaciones extrahepáticas más frecuentes del absceso hepático, particularmente cuando la lesión se localiza en el lóbulo hepático derecho en contacto con el hemidiafragma ipsilateral. Su patogenia puede explicarse por dos mecanismos principales: el derrame simpático o reactivo, producido por la irritación diafragmática secundaria al proceso inflamatorio subyacente sin comunicación directa entre ambas cavidades; y la extensión transdiafragmática propiamente dicha, en la que el material purulento atraviesa el diafragma y contamina el espacio pleural, dando lugar a un empiema torácico (20,21). En el caso de nuestra paciente, el derrame pleural derecho de moderada cuantía observado tanto en la radiografía de tórax como en la TAC coronal es más consistente con el mecanismo simpático, dado que no se documentó comunicación directa entre el absceso y el espacio pleural, y que el derrame se resolvió completamente con el tratamiento médico-quirúrgico del absceso sin necesidad de drenaje torácico independiente.

El derrame pericárdico asociado al absceso hepático es una complicación considerablemente más infrecuente y potencialmente grave. Su mecanismo de producción es análogo al pleural: la contigüidad del lóbulo hepático izquierdo con el pericardio facilita la extensión transdiafragmática hacia el saco pericárdico, con riesgo de pericarditis purulenta y taponamiento cardíaco (21). Cho et al. reportaron un caso de pericarditis secundaria a extensión transdiafragmática de absceso hepático del lóbulo izquierdo, que progresó a taponamiento cardíaco a pesar del tratamiento antibiótico inicial, requiriendo drenaje quirúrgico emergente (21). A diferencia de ese reporte, la paciente del presente caso presentó un derrame pericárdico leve que evolucionó favorablemente sin intervención, lo que refuerza la importancia de establecer un monitoreo ecocardiográfico seriado en todos los pacientes pediátricos con absceso hepático y compromiso diafragmático documentado, incluso cuando el derrame pericárdico parezca inicialmente de escasa magnitud.

### ***Tratamiento y desenlace***

El tratamiento del absceso hepático mixto debe abordar simultáneamente ambas etiologías. El metronidazol es el agente de elección para *E. histolytica*, con tasas de respuesta clínica superiores al 90% en el absceso amebiano sin complicaciones (6). En casos de absceso mixto, o cuando se sospecha superinfección bacteriana, se recomienda añadir cobertura antibiótica de amplio espectro,



particularmente contra Gram negativos y anaerobios (5,8). El drenaje, ya sea percutáneo guiado por imagen o quirúrgico abierto, está indicado cuando el absceso supera los 5-10 cm, cuando no hay respuesta al tratamiento médico, cuando existe amenaza de ruptura o cuando se presenta con derrame pleural asociado (18). En nuestra paciente, el tamaño del absceso (200 cc), la presencia de derrame pleural y el deterioro clínico justificaron plenamente la decisión quirúrgica, con excelente evolución posterior.

La serie de casos de Sotillo et al. en Panamá, con cuatro pacientes pediátricos con absceso hepático piógeno, reportó hospitalizaciones prolongadas (hasta 38 días) y la necesidad de modificaciones del esquema antibiótico en todos los casos, lo que refleja la complejidad del manejo incluso en abscesos de etiología única (7). En nuestro caso, la evolución fue más favorable, probablemente porque el componente parasitario —tratado con metronidazol— representaba la fracción predominante de la infección.

Es importante señalar que, dado que nuestra paciente presentó IgG positiva con IgM e IgA negativas en la serología para amebiasis, podría interpretarse como una infección amebiana en resolución o de larga data, antes que una infección aguda activa. Sin embargo, la IgG puede permanecer positiva durante meses a años tras una infección amebiana; su interpretación debe hacerse siempre en el contexto clínico y epidemiológico global del paciente (6). La serología amebiana positiva, junto con el coproscópico positivo para *E. histolytica*, el material achocolatado en el drenaje y la excelente respuesta al metronidazol, constituyen en conjunto un criterio suficiente para establecer el componente amebiano del absceso.



**Tabla 1.** Comparación de hallazgos clínicos y paraclínicos entre absceso hepático piógeno y amebiano presentados por paciente del caso clínico (✓)

CARACTERÍSTICA	ABSCESO PIÓGENO	ABSCESO AMEBIANO
<b>Causa</b>	Bacterias (S. aureus, gram negativos)	Entamoeba histolytica ✓
<b>Edad habitual</b>	Cualquier edad ✓	20–50 años
<b>Inicio de síntomas</b>	Agudo ✓	Subagudo ✓
<b>Fiebre alta</b>	✓	Variable
<b>Dolor abdominal sordo</b>	Variable	✓
<b>Malestar general / astenia</b>	✓	✓
<b>Tos / dolor pleurítico / irradiación</b>	✓	✓
<b>Sin síntomas digestivos previos (diarrea)</b>	✓	—
<b>Hepatomegalia</b>	✓	✓
<b>Leucocitosis</b>	✓ (marcada)	Variable
<b>Alteración de pruebas de función hepática</b>	Variable	✓
<b>Hemocultivos positivos</b>	Frecuente ✓	Raro / Negativo
<b>Serología para amebiasis</b>	Negativa	✓ Positiva (IgG / IgM)
<b>Contenido al drenaje</b>	Pus amarillo-verdoso ✓	Material achocolatado estéril ✓
<b>Tratamiento principal</b>	Antibioterapia + drenaje ✓	Metronidazol ✓

✓ = hallazgo característico / predominante en paciente del caso clínico. Fuente: elaboración propia basada en Kurland & Brann (2004), Mishra et al. (2010) y Stanley (2003).



## CONCLUSIONES

El absceso hepático mixto es una entidad clínica excepcional en pediatría, caracterizada por la coexistencia de infección amebiana y bacteriana en el parénquima hepático. Su rareza, combinada con una presentación clínica frecuentemente atípica, impone desafíos diagnósticos significativos que pueden llevar a retrasos en el tratamiento con consecuencias potencialmente graves para el paciente.

El presente caso ilustra que, incluso en niños inmunocompetentes previamente sanos, esta entidad debe ser considerada en el diagnóstico diferencial ante un cuadro febril prolongado con compromiso abdominal, especialmente cuando el paciente reside en regiones endémicas para amebiasis como Colombia. La ausencia de respuesta a un esquema de tratamiento único —ya sea antibiótico o antiparasitario— debe alertar al clínico sobre la posibilidad de una etiología mixta.

La integración de múltiples estrategias diagnósticas es fundamental: la coproscopía, la serología amebiana, los reactantes de fase aguda, los cultivos del material drenado y los hallazgos intraoperatorios deben analizarse de manera conjunta para alcanzar el diagnóstico definitivo. La TAC con contraste sigue siendo el estándar de oro imagenológico, aunque no permite establecer la etiología de forma inequívoca. El manejo exitoso de este caso se sustentó en tres pilares: drenaje quirúrgico oportuno, cobertura antiparasitaria con metronidazol y antibioticoterapia de amplio espectro. Este enfoque multidisciplinario —que involucra pediatría, infectología pediátrica, gastroenterología y cirugía pediátrica— es esencial para optimizar los desenlaces clínicos en pacientes pediátricos con absceso hepático, particularmente cuando la etiología es mixta o atípica.

Finalmente, la escasez de reportes de caso pediátricos de absceso hepático mixto en la literatura latinoamericana —y particularmente colombiana— subraya la importancia de la publicación sistemática de estos casos. Cada reporte contribuye a ampliar el conocimiento sobre la epidemiología, la presentación clínica y el manejo de esta entidad, y sirve como herramienta educativa para mantener el índice de sospecha clínica entre los pediatras y médicos que atienden niños en regiones de riesgo.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amoebic, Pyogenic or Mixed? The More You Search, the More You Find! (2021). *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 40(11), e453. [https://journals.lww.com/pidj/fulltext/2021/11000/amoebic\\_pyogenic\\_or\\_mixed\\_the\\_more\\_you\\_search,35.aspx](https://journals.lww.com/pidj/fulltext/2021/11000/amoebic_pyogenic_or_mixed_the_more_you_search,35.aspx)
- Thavamani, A., Umapathi, K. K., Khatana, J., Roy, A., Augustin, T., & Radhakrishnan, K. (2020). Incidence trends, comorbidities, and outcomes of pyogenic liver abscess among children: A nationwide population-based analysis. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 71(1), 106–111. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002700>
- Artís, M., Arredondo, C., Méndez, O., Vásquez, M., Rosendo, Y., Villalobos, D., & Goyo, J. (2012). Abscesos hepáticos en pacientes pediátricos: Estudio multicéntrico. *GEN*, 66(1), 5–10. <https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0016-35032012000100003>
- Ortiz-Zuluaga, M. A., Duarte-Sánchez, M. J., & Restrepo-Gutiérrez, J. C. (2025). Abscesos hepáticos: revisión de su etiología, diagnóstico y tratamiento. *Hepatología*, 6(2), 184–210. <https://doi.org/10.22516/hepatologia.v6n2>
- Kurland, J. E., & Brann, O. S. (2004). Pyogenic and amebic liver abscesses. *Current Gastroenterology Reports*, 6(4), 273–279. <https://doi.org/10.1007/s11894-004-0078-2>
- Stanley, S. L. (2003). Amoebiasis. *The Lancet*, 361(9362), 1025–1034. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12830-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12830-9)
- Sotillo, J., Bustamante, G., Rojas, M., & Luciani, K. (2019). Absceso hepático piógeno en pediatría: serie de casos. *Pediatría Panamá*, 48(1), 13–19. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/1000417/pag-9.pdf>
- Mishra, K., Basu, S., Roychoudhury, S., & Kumar, P. (2010). Liver abscess in children: an overview. *World Journal of Pediatrics*, 6(3), 210–216. <https://doi.org/10.1007/s12519-010-0220-1>
- Sharma, M. P., & Kumar, A. (2006). Liver abscess in children. *Indian Journal of Pediatrics*, 73(9), 813–817. <https://doi.org/10.1007/BF02790392>



- Ralls, P. W., Barnes, P. F., Radin, D. R., Colletti, P., & Halls, J. (1987). Sonographic features of amebic and pyogenic liver abscesses: a blinded comparison. *American Journal of Roentgenology*, 149(3), 499–501. <https://doi.org/10.2214/ajr.149.3.499>
- Marín, E., Pinilla, A. E., & López, M. C. (2000). Absceso hepático amebiano: revisión de 100 años de esta patología en Colombia. *Acta Médica Colombiana*, 25(5). <https://www.actamedicacolombiana.com/ojs/index.php/actamed/article/download/3901/2879/>
- Guzmán, A., & Velasco, C. (2011). Absceso hepático en menores de 15 años del Hospital Universitario del Valle Evaristo García de Cali, Colombia 2005–2010: reporte de 14 casos. *Revista Gastrohnup*, 13(1), 42–50.
- Fynn, E., Machado, K., Acosta, A., & Gutiérrez, S. (2019). Absceso hepático piogénico en pediatría: a propósito de un caso clínico de difícil diagnóstico. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 90(3), 53–62. <https://doi.org/10.31134/ap.90.2.5>
- Sungdong, P. (2023). CT appearance of amoebic and pyogenic liver abscesses. *The ASEAN Journal of Radiology*, 11(3), 141–154. <https://doi.org/10.46475/ajr.v11i3.740>
- Rivero-León, A., & Núñez-Calatayud, M. (2022). Absceso hepático amebiano modificado: reporte de un caso. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 37(2), 242–248. <https://doi.org/10.22516/25007440.787>
- Franco Andrade, U. de J., Franco Andrade, C. H., González Maturano, V. I., Tolentino Alarcón, E., & Hernández Islas, A. (2025). Abscesos hepáticos múltiples en un paciente pediátrico: presentación de un caso clínico de controversial tratamiento. *Educación y Salud Boletín Científico ICSA UAEH*, 13(26), 86–91. <https://doi.org/10.29057/icsa.v13i26.14412>
- Castillo, S. (2020). Liver abscess mimicking tumor: A pediatric case report. *AVFT*, 4. [https://www.revistaavft.com/images/revistas/2020/avft\\_4\\_2020/21\\_liver\\_abscess.pdf](https://www.revistaavft.com/images/revistas/2020/avft_4_2020/21_liver_abscess.pdf)
- Giorgio, A., Ciraci, E., De Luca, M., Stella, G., & Giorgio, V. (2025). Hepatic abscess and hydatid liver cyst: European infectious disease point of view. *World Journal of Hepatology*, 17(2), 103325. <https://doi.org/10.4254/wjh.v17.i2.103325>
- Parada-Cabal, A.-C., Gómez-Urrego, J.-F., Cardona-Polo, J., Lozada-Jiménez, J.-J., Bustillos-Serna, C.-F., & Ramírez-Perdomo, A.-F. (2023). Manteniendo el índice de sospecha de absceso hepático



en pediatría. *Salutem Scientia Spiritus*, 9(2), 132–137.

<http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/salutemscientiaspiritus/article/view/1371>

Porcel, J. M., & Light, R. W. (2006). Diagnostic approach to pleural effusion in adults. *American Family Physician*, 73(7), 1211–1220. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4753987/>

Cho, W. H., Kim, D. H., Kim, J. H., & Kim, M. J. (2018). A rare case of pericarditis and pleural empyema secondary to transdiaphragmatic extension of pyogenic liver abscess. *BMC Infectious Diseases*, 18(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s12879-018-2953-8>

