

Absceso Hepático: Características Clínicas, Imagenológicas y manejo en el Hospital Loayza en 5 años

Leonidas Carrillo Ñañez¹, José Luis Cuadra-Urteaga¹, Silvia Pintado Caballero¹, Carlos Canelo-Aybar¹, Magdalena Gil Fuentes²

RESUMEN

El absceso hepático (AH) sigue siendo causa de alta morbilidad y mortalidad en el mundo. **OBJETIVO:** Conocer las características demográficas, presentación clínico - imagenológica y manejo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en 5 años.

MÉTODOS: Estudio descriptivo – retrospectivo, basado en la revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de AH entre Enero 2003 a Diciembre 2007

RESULTADOS: De 106 historias clínicas revisadas, 46 ingresaron al estudio. La edad media fue de 47,8 años (95% IC 41,9-53,8 años), 21 pacientes eran mayores de 50 años (45,6%) y 52,2% fueron varones. Los síntomas principales fueron fiebre (95,6%) y dolor en hipocondrio derecho (73,5%); el tiempo promedio de enfermedad fue 2,5 semanas. Encontramos elevada frecuencia de hipoalbuminemia, incremento de fosfatasa alcalina, leucocitosis y anemia. El diagnóstico principalmente fue ecográfico (97,8%), como absceso único (73%), ubicado en lóbulo derecho (77%), con un diámetro promedio de 70mm (p25-75: 44-90mm) y 69,6% tuvieron más de 5 cm de diámetro. Todos recibieron antibioticoterapia por 18,6 días en promedio (rango: 3-30); siendo la combinación más frecuente metronidazol y ciprofloxacino. Diecisiete pacientes (36,9%) fueron operados, 7 pacientes (15,2%) recibieron drenaje externo con catéter percutáneo y en 10,9% (5 pacientes) se manejó con aspiración directa.

CONCLUSIÓN: El AH es una patología aguda o subaguda, de mediana edad, sin preferencia de género, cuya sintomatología principal es fiebre y dolor en hipocondrio derecho. Es necesario protocolizar el manejo de esta patología.

PALABRAS CLAVE: Absceso hepático, piógeno, amebiano.

Rev. Gastroenterol. Perú; 2010; 30-1: 46-51

ABSTRACT

The liver abscess (LA) continues to cause a high morbidity and mortality worldwide.

OBJECTIVES: To determine demographic characteristics, clinical presentation, imaging and management at the Arzobispo Loayza Hospital in 5 years.

METHODS: A descriptive retrospective study, based on medical records of patients diagnosed with LA between January 2003 to December 2007.

RESULTS: Of 106 medical records reviewed, 46 entered the study. The mean age was 47.8 years (95% CI 41.9-53.8 years), 21 patients were over 50 years (45.6%) and 52.2% were male. The main symptoms were fever (95.6%) and right upper quadrant pain (73.5%). The average time of disease was 2.5 weeks. We found high frequency of hypoalbuminemia, elevated alkaline phosphatase, leukocytosis and anemia. The diagnosis was mostly based on ecography (97.8%), AH were mainly a single abscess (73%) located in the right lobe (77%), with an average diameter of 70 mm (p25-75: 44-90mm), and 69.6% had more than 5 cm in diameter. Antibiotics were administered for 18.6 days (range: 3-30), being the combination administered more frequently metronidazole and ciprofloxacin. Seventeen patients (36.9%) underwent surgery, 7 patients (15.2%) received external drainage by percutaneous catheter and 10.9% (5 patients) was aspirated directly.

CONCLUSION: LA is an acute or subacute disease of middle age without gender bias, whose main symptoms are fever and right upper quadrant pain. It is necessary to protocolize the management of this condition.

KEY WORDS: Liver abscess, pyogenic, amebic

1. Medicina Interna: Hospital Nacional Arzobispo Loayza Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
2. Médico Cirujano: Serumista Marina de Guerra del Perú.

INTRODUCCIÓN

El Absceso Hepático (AH) es una colección de pus rodeado de cápsula fibrosa que, según su etiología, se pueden dividir en dos grupos: piógenos y amebianos. La enfermedad es relativamente infrecuente en países desarrollados, reportándose entre 5 y 2² casos por 100.000 ingresos hospitalarios¹. Su incidencia es más elevada en hombres, con un predominio de 30 a 60 años³. Tras la introducción de la intervención percutánea guiada por ultrasonografía o tomografía la mortalidad se ha reducido de alrededor del 50 %, hasta un 10 – 26%¹. A pesar de ser una patología infecciosa con métodos diagnósticos y opciones de manejo accesibles²⁻¹⁴, el AH sigue siendo una causa de alta morbi-mortalidad en países en vías de desarrollo¹, con escasas publicaciones accesibles en nuestro medio¹². Nuestro objetivo es conocer las características demográficas, presentación clínico-imagenológica y manejo instaurado en nuestro hospital, lo cual servirá como base para desarrollar investigaciones en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

METODOLOGÍA

Realizamos un estudio descriptivo-retrospectivo basado en la revisión de las historias clínicas de pacientes dados de alta con diagnóstico de AH en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre Enero 2003 y Diciembre 2007, según la información que consta en el servicio de Estadística de nuestro Hospital.

Se consignó la información demográfica básica (edad, sexo y procedencia), el tiempo de enfermedad prehospitolaria, los antecedentes quirúrgicos y comorbilidad del paciente, sus manifestaciones clínicas, los hallazgos de laboratorio hematológicos, bioquímicos y microbiológicos, así como la información radiográfica, ecográfica y/o tomográfica, detallando tamaño, número, disposición lobular o segmentaria del absceso, el manejo instaurado y evolución.

Se definieron como criterios de inclusión: paciente hospitalizado con manifestaciones clínicas compatibles, diagnóstico confirmado por ecografía, tomografía o hallazgo intraoperatorio de AH. Tras la revisión de historias clínicas se excluyeron las que tenían diagnóstico errado o no sustentado, en las que el diagnóstico y tratamiento se haya realizado en otro centro y acuda sólo a controles por consultorio, así como que no tengan un registro de las características clínicas o del tratamiento instaurado.

Los datos se procesaron en el programa estadístico Stata 10.0. Los resultados se presentan en forma de frecuencias y porcentajes para variables categóricas; promedios e intervalos de confianza o mediana y percentiles en función a la distribución de las variables cuantitativas

RESULTADOS

Se registraron 106 historias clínicas con diagnóstico de AH, de las cuales 46 se incluyeron al estudio. De estos pacientes, la edad promedio fue de 47.años (95 IC: 41,9 – 53,8) el

52.17% (24 pacientes) eran varones, en cuanto a la procedencia el 63% (29 pacientes) procedían de Lima Metropolitana (tabla 1).

Tabla 1. Características de los pacientes con diagnóstico de absceso hepático

| Variable | Numero (porcentaje) |
|--------------------------------|---------------------|
| Varones | 24 (52,2) |
| Edad | 47 (41,9-53,8) |
| Procedencia (lima/callao) | 29 (63) |
| Antecedentes | |
| Colecistectomía | 15 (32,6) |
| Litiasis vesicular | 20 (43,78) |
| Consumo de alcohol | 5 (10,86) |
| Infecciones urinarias | 5 (10,86) |
| Diabetes | 1 (2,17) |
| Tiempo de enfermedad (sem) | 2,5 (1,5-6) |
| Diámetro de absceso | 70 (44-90)* |
| Segmento comprometido | |
| Seis | 19 (41) |
| Cinco | 17 (36) |
| Siete | 13 (28) |
| Ocho | 14 (26) |
| Cuatro | 6 (13) |
| Numero segmentos comprometidos | 1,5 (1-2)* |

*números representan mediana (percentil 25- percentil 75)

El tiempo promedio de enfermedad fue de 4.15 semanas (rango 0.42 - 24 semanas), en 19,56% el tiempo transcurrido fue de dos semanas. El cuadro clínico se caracterizó principalmente por fiebre, que fue la molestia referida por el 95.65% de pacientes, seguidos por dolor abdominal en cuadrante superior derecho y pérdida de apetito (Tabla 2).

Tabla 2. Cuadro clínico al momento del diagnóstico de absceso hepático

| Signos/Síntomas | Pacientes (Porcentaje) |
|-----------------|------------------------|
| Fiebre | 44 (99,65) |
| Dolor CSD | 33 (71,74) |
| Anorexia | 32 (69,57) |
| Hepatomegalia | 22 (47,83) |
| Baja Ponderal | 21(45,65) |
| Náusea/vómitos | 18 (39,13) |
| Ictericia | 17 (36,96) |
| Dolor no CSD | 7 (15,22) |
| Cefalea | 5 (10,87) |
| Tos seca | 5 (10,87) |
| Disnea | 4 (8,7) |
| Sudoración | 3 (6,52) |
| Edemas | 3 (6,52) |
| Total | 46 (100%) |

Se encontró a 15 (32%) pacientes con antecedente de colecistectomía, en 6 pacientes el procedimiento se realizó 5 meses previos, de los cuales tres se habían sometido 7 días antes del diagnóstico de absceso.

Como se describe en la tabla 3, encontramos una alta frecuencia de hipoalbuminemia, incremento de fosfatasa alcalina, leucocitosis y anemia.

Tabla 3. Exámenes de laboratorio al ingreso

| Examen | Media (95% IC) | Pacientes* |
|--------------------------|--------------------------|------------|
| Hemoglobina (g/dL) | 10.56 (9,9-11,2) | 44 |
| Leucocitos(mil/mm3) | 17.838 (15,3 – 20,3) | 46 |
| Plaquetas (mil/mm3) | 366.64 (238,6 – 445,7) | 24 |
| Bastones (cel/mm3) | 1233 (733,8 – 1732,2) | 43 |
| Linfocitos (cel/mm3) | 1649,8 (1385,6 – 1913,9) | 46 |
| Glucosa (mg/dL) | 111,7 (90,6-132,8) | 37 |
| Creatinina (mg/dL) | 1,15 (0,92 – 1,38) | 36 |
| Tiempo Protrom(INR) | 1,24 (1,18 – 1,3) | 40 |
| Albumina (g/dL) | 2,7 (2,5 – 2,9) | 31 |
| Proteínas totales (g/dL) | 6,5 (6,15-6,85) | 33 |
| Bilir. Directa (mg/dL) | 2,18(1,02-3,34) | 35 |
| Bilir. Total (mg/dL) | 2.92(0.25- 14.97) | 36 |
| Fosf. Alc(mg/dL) | 385.70(58 - 1744) | 35 |
| TGO (/dL) | 68,5 (34,7-102,3) | 37 |
| TGP (/dL) | 53,5 (35,9-71,1) | 37 |

* pacientes con datos disponibles en la historia clínica

Diecisiete pacientes (56%) tenían hipoalbuminemia leve (2.6-3.59g/dL), 32% (10 pacientes tenían albúmina entre 1.6 y 2.59g/dL. En dos pacientes las cifras de albúmina fueron normales, en otros dos pacientes se encontró hipoalbuminemia severa. En 68.57% había elevación de fosfatasa alcalina, siendo menor la frecuencia de hiperbilirrubinemia (36.96%).

En 25% de pacientes la hemoglobina era menor a 9g/dL y un paciente tenía hemoglobina menor de 7g/dL. Se encontró que 2 pacientes presentaban trombocitopenia severa (13.4 y 21 mil plaquetas), sin sangrado activo. El 39% (18 pacientes) presentaba leucocitosis mayor de 20 mil/mm³, 33% de pacientes tenían leucocitos entre 12 a 19.9 mil/mm³, sólo 12 pacientes (26%) tenían cifras de leucocitos normales y un paciente presentaba leucopenia (tabla 3).

De los pacientes estudiados solo en dos (4%) se registró resultado de serología para amebas; a 14 pacientes (30.43%) se les tomó cultivo de secreción del absceso, encontrándose positividad en dos pacientes (14% de las muestras tomadas), el primero con aislamiento de *Enterobacter* spp. y el otro paciente con hallazgo de *Stafilococo* más *Pseudomona*. En seis pacientes (13%) se registro resultados de hemocultivo con resultados negativos.

La tercera parte de pacientes (30.43%) tenía registro de radiografía de tórax, cuyo hallazgo más frecuente fue el

derrame pleural derecho (44% de las radiografías), seguido de derrame pleural izquierdo (21% de las radiografías) y atelectasia (14% de las radiografías). Menos frecuentes fueron los hallazgos de elevación de hemitórax, condensación pulmonar y absceso pulmonar derechos, con 1 paciente cada uno de ellos.

En 45 pacientes (97.82%) el diagnóstico de absceso hepático se hizo en base a hallazgos ecográficos y en el paciente restante se realizó mediante tomografía axial computarizada contrastada; tenían un diámetro promedio de 70mm, y 32 abscesos (69.56%) presentaban un diámetro mayor de 5cm. Dos tercios de los pacientes (73%) presentaban AH único, 12 pacientes múltiple y en un paciente no se lograba identificar los límites de la lesión. El 77% de los AH se ubicó en el lóbulo derecho (35 pacientes), seguido por el lóbulo izquierdo (16%) y en 3 pacientes se presentó en ambos lóbulos. El número de segmentos comprometidos fue: uno (19 pacientes, 47%), dos (17 pacientes, 41%) o tres (5 pacientes, 12%).

Todos los pacientes recibieron antibioticoterapia endovenosa, por un promedio de 18.6 días (3 a 30 días). En todos los casos se utilizó la terapia combinada, siendo el antibiótico más prescrito el Metronidazol y la terapia combinada mas frecuente fue dicho fármaco con ciprofloxacino. En 48% de pacientes solamente se usó antibioticoterapia.

Adicionalmente al tratamiento antibiótico, 17 pacientes (36.96%) ingresaron a cirugía abierta, 7 pacientes (15.22%) fueron manejados con drenaje más colocación de catéter percutáneo y en sólo 10.87% (5 pacientes) se realizó aspiración más drenaje directo sin colocación de catéter como parte del tratamiento.

En los cinco pacientes que requirieron más de un procedimiento se han tomado los principales datos, observando que estos pacientes tuvieron patología del lóbulo derecho, de gran tamaño o compromiso poli segmentario (tabla 4). No se registró ningún deceso entre los pacientes comprendidos en el estudio.

DISCUSIÓN

El origen de la infección hepática puede ser: 1) biliar (40.1%), por litiasis, estenosis o neoplasia, mediante colangitis ascendente, 2) portal (16.1%), secundario a procesos como apendicitis, diverticulitis o enfermedad inflamatoria intestinal comprometiendo la circulación venosa portal¹, 3) infección en una estructura vecina (5.8%), como la vesícula o colon con extensión directa al hígado 4) bacteriemias de cualquier foco (7.3%)⁸, 5) traumatismos hepáticos (4.5%), 6) criptogénicas (26.2%)⁶. No se identificaron potenciales infecciones portales, bacteriemias o traumatismos como causa mediata de absceso en nuestra serie, sin embargo llama la atención que la tercera parte de pacientes presento antecedente de colecistectomía. A diferencia de otras series, en las que se identificaba un 10 – 15% de pacientes diabéticos², nosotros sólo hemos encontrado un paciente con esta enfermedad.

Alrededor del 10% de la población mundial está crónicamente infectada por *Entamoeba histolytica* y de éste gru-

TABLA N°4 Características de Pacientes con Manejo Múltiple

| Característica | Paciente 1 | Paciente 2 | Paciente 3 | Paciente 4 | Paciente 5 |
|-------------------|--------------------------------|--------------------|--------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Sexo | Masculino | Femenino | Masculino | Femenino | Masculino |
| Edad | 74 | 45 | 22 | 58 | 28 |
| Antecedente | Ninguno | Apendicetomía. | Tifoidea | Quiste Hidatídico | Apendicetomía |
| Baja Peso (kg) | 10 | 7 | 7 | 8 | 10 |
| HB (g/dl) | 7.9 | 9.8 | 14.1 | 8.5 | 8.6 |
| Albúmina | 2.9 | 3.1 | 4.3 | 3 | 2.88 |
| Lóbulo | Derecho | Derecho | Derecho | Derecho | Derecho |
| Numero | Único | Único | Múltiple | Múltiple | Múltiple |
| Diámetro | 7.2cm | 7cm | 8cm | 7.4cm | 3cm |
| Antibiótico | Ciprofloxacino Metronidazol | Cefuroxima | Ciprofloxacino | Ceftriaxona Ceftazidima | Ceftriaxona Metronidazol |
| Manejo inicial | Aspiración Drenaje | Drenaje Catéter | Aspiración Drenaje | Drenaje Catéter | Aspiración Drenaje |
| Falla | Persistencia | Recidiva | Persistencia | Persistencia | Recidiva |
| Manejo final | Cirugía | Cirugía | Cirugía | Cirugía | Cirugía |
| Evolución | Cáncer Hígado | Favorable | Favorable | Anasarca | Favorable |

po el 10% desarrollaran AH amebiano^{1,2}. En poblaciones asintomáticas con alta incidencia de amebiasis, hasta el 11% pueden presentar imágenes ultrasonográficas compatibles con absceso hepático¹.

La etiología varía sustancialmente según el desarrollo del país de origen, ya que en el Reino 94.2% eran piógenos, siendo más frecuente este tipo de AH en mayores de 60 años y con presentación de imágenes múltiples¹⁶; mientras que en un país en vías de desarrollo el 82% fueron de etiología amebiana¹, estableciéndose que los pacientes con AH amebiano son más jóvenes, con abscesos poco resistentes, solitarios y ubicados en el lóbulo derecho, en tanto que la edad mayor de 50 años, hallazgos pulmonares y serología amebiana menor a 1:256 UI fue predictiva de infección piógena¹. La diferenciación es útil, en tanto el AH amebiano no requiere de aspiración para realizar la identificación etiológica y, en muchos casos, puede manejarse sin necesidad de aspiración o drenaje⁸.

Las enterobacterias, especialmente *Escherichia coli* y *Klebsiella spp* son la etiología más habitual entre los abscesos piógenos, también es frecuente aislar *Streptococcus spp.* (enterococo, estreptococos anaerobios como *Peptococcus spp.* y *Peptostreptococcus spp.*, y estreptococos microaerófilos) siendo entre estos *S. milleri* la especie más frecuente³. El elevado porcentaje de abscesos estériles descrito en algunas series suele deberse a un inadecuado procesamiento para cultivo anaerobio², ya que cuando se incluyen técnicas de adecuadas, el porcentaje de positividad llega a ser del 50%, especialmente en los abscesos polimicrobianos⁵. La inmunosupresión por infección VIH, quimioterapia y trasplante ha incrementado el número de abscesos por hongos y gérmenes oportunistas^{4,5}.

No es posible aportar información precisa respecto a la etiología en nuestra serie, debido a que raramente se realizó test de seroameba tras identificar un probable absceso

hepático y sólo la tercera parte de pacientes tenía registro de cultivo de secreción realizado; solo en dos pacientes se pudo aislar un germen, con lo cual tenemos que 14.28% de los cultivos de secreción definían la etiología del absceso, muy por debajo de las estadísticas de otras series.

En ambos tipos de abscesos el 80% de los pacientes presentan síntomas que se establecen en días a semanas previamente al diagnóstico, típicamente menos de 2 a 4 semanas⁹. Los pacientes jóvenes tienen a presentar síntomas de mayor intensidad de menos de diez días de duración, mientras que los ancianos pueden presentar un cuadro clínico subagudo¹. Los abscesos únicos presentan cuadros más larvados, mientras que los múltiples presentan un cuadro clínico sistémico¹.

No hay diferencias marcadas en la clínica de los abscesos amebianos y piógenos, ya que en ambas más del 90% de pacientes experimentan pérdida de peso, fiebre, dolor abdominal, diaforesis nocturna, escalofríos y malestar general⁹, además pueden presentar vómito, cefalea, mialgias, prurito, diarrea, en casos más graves confusión, y shock^{4,5}. Al examen clínico se puede encontrar ictericia y dolor en cuadrante superior derecho que se agrava a la percusión. Otros pacientes cursan sólo con fiebre, por lo cual, el diagnóstico de absceso hepático amebiano siempre debe contemplarse ante la presencia de fiebre de origen desconocido⁵. En los abscesos subdiafragmáticos suele existir sintomatología respiratoria como tos y dolor pleurítico irradiado a hombro derecho². Entre nuestros pacientes la fiebre, anorexia y dolor en cuadrante superior derecho han sido las manifestaciones más frecuentes, en tanto que han coincidido los síntomas respiratorios, como tos, en los pacientes con absceso subdiafragmático o en los segmentos superiores del lóbulo derecho; ninguno de nuestros pacientes debutó como fiebre de origen desconocido, probablemente en relación a la factibilidad de realización rápida de ecografía.

En los AH se puede encontrar leucocitosis asociado a anemia y velocidad de sedimentación incrementada. Dentro del perfil hepático la fosfatasa alcalina, bilirrubinas y transaminasas se encuentran usualmente aumentadas y se evidencia presencia de hipoalbuminemia^{4,5}; nuestros resultados mostraron mayor frecuencia de hipoalbuminemia que otros estudios, lo que se ha descrito asociado a absceso piógenos^{1,16}.

La radiografía simple de abdomen puede mostrar hepatomegalia con niveles hidroaéreos en la cavidad del absceso. La radiología de tórax es a menudo patológica, sobre todo en los abscesos subdiafragmáticos, y las alteraciones más frecuentes son las atelectasias y el derrame pleural^{1,3}. La ecografía abdominal tiene una sensibilidad de 85 % - 95 %, y es el método diagnóstico de elección debido a que no es invasivo y tiene bajo costo, además puede ser usado para guiar la aspiración y cultivo del absceso¹. La tomografía axial computarizada tiene una mayor sensibilidad, 95 % - 100% y es útil para identificar además otras patologías intrabdominales⁶.

Más del 80% de los abscesos hepáticos se localizan en el lóbulo derecho, con una fuerte preferencia por los segmentos 6-8¹⁷, por efecto del flujo sanguíneo mesentérico de la vena Porta (18), el 60%-70% de los AH son únicos y un 30% a 40% múltiples², lo que coincide con nuestros hallazgos, se ha descrito que los AH piógenos de origen portal y hematógenos suelen ser únicos, mientras que los de vía biliar suelen ser múltiples^{1,2,14}. En cuanto al tamaño, casi el 70% de nuestros pacientes tenían abscesos de tamaño mayor de 5 a 6cm, lo que fue determinante para la decisión de invasividad en el manejo.

El manejo del AH amebiano se basa en el uso de metronidazol durante 5 a 10 días, o tinidazol¹. La aspiración quirúrgica debe llevarse a cabo, como terapia combinada con la antibioticoterapia, en las siguientes situaciones: 1) Alto riesgo de ruptura, por una cavidad de más de 5 centímetros, 2) Absceso del lóbulo izquierdo, por su riesgo de desembocadura al espacio pericárdico, 3) Falla al tratamiento después de 7 días¹. En unas semanas el hígado regresa a su tamaño normal en el 50% de los pacientes y la resolución radiológica se observa 3 a 9 meses después¹.

En el AH piógeno, el tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro vía parenteral debe ser instalado tan pronto como se sospeche el diagnóstico⁴. Estos antibióticos incluyen penicilina, un aminoglucósido, y metronidazol, los cuales son efectivos contra *E coli*, *K pneumoniae*, bacteroides enterococos, y estreptococos anaerobios⁵. El régimen antibiótico establecido puede variar según el resultado de los cultivos^{4,5}. El tratamiento debe durar entre dos a cuatro semanas, dependiendo del número de abscesos, la mejoría clínica y el resultado de los cultivos realizados¹. En 1938 Ochsner y DeBakey describieron el tratamiento y mortalidad en pacientes con absceso hepático piógeno, estableciendo la cirugía como modalidad terapéutica de elección⁴, sin embargo, en las últimas décadas, se han introducido nuevas opciones de diagnóstico y tratamiento no quirúrgico⁸. El manejo debe incluir el drenaje del absceso, las técnicas de drenaje incluyen drenaje percutáneo guiado por ecografía o tomo-

grafía, drenaje quirúrgico o drenaje por colangiopancreatografía retrógrada (CPRE), en caso de abscesos menores de 5 cm de diámetro es posible realizar drenaje con catéter o simplemente por aspiración con aguja, si el tamaño es mayor de 5cm es preferible la colocación de un catéter de drenaje, dado que la aspiración con aguja se ha asociado a una falla terapéutica de hasta 50% en estos casos¹⁶. Para el manejo de abscesos de más de 5 cm algunos sugieren la intervención quirúrgica al drenaje percutáneo, si bien la mortalidad, morbilidad, y duración del cuadro no difieren, la tasa de falla al tratamiento puede ser menor con el manejo quirúrgico⁴, el drenaje quirúrgico puede ser preferible también en las siguientes situaciones: abscesos múltiples, abscesos loculados, contenido sumamente viscoso al examen, una mala respuesta tras 7 días de drenaje percutáneo¹⁶. En aquellos casos en las que hay obstrucción del conducto biliar esta indicada la CPRE mas colocación de stent⁴.

En nuestra serie, se ha optado por el manejo antibiótico combinado, cubriendo etiología amebiana y piógena, con resultados favorables en la mayor proporción de casos. El manejo combinado, de cualquiera de las tres formas (aspiración más drenaje directo, drenaje más colocación de catéter percutáneo o cirugía), se ha dado en 52% de la muestra (24 pacientes), de los cuales la mayor parte fue por manejo quirúrgico. En las publicaciones disponibles, durante las tres décadas pasadas se viene usando el drenaje percutáneo para el manejo del absceso hepático, desplazando al antiguo drenaje quirúrgico y representando el tratamiento de elección junto con los antibióticos, excepto en casos de abscesos múltiples de difícil acceso, o cuando el tratamiento médico ha resultado en notable mejoría¹⁸. En nuestro país también se han observado las ventajas del manejo intervencionista no quirúrgico como opción de manejo combinado con la antibioticoterapia¹¹.

Entre el 10% y el 20% de los pacientes presentan complicaciones relacionadas con la extensión a estructuras vecinas o con la ruptura del absceso³. Las más frecuentes son las pleuropulmonares, como derrame pleural y/o empiema y menos comunes son el absceso subfrénico, la peritonitis, pericarditis y la hemobilia².

El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado disminuyen la mortalidad^{4,5}. Los factores que incrementan el riesgo de muerte incluyen shock, síndrome de distres respiratorio del adulto, coagulación intravascular diseminada, inmunosupresión, hipoalbuminemia severa, diabetes, drenaje quirúrgico inefectivo y malignidad^{1,6,14}. En el cuadro 4 mostramos los casos en que se requirió tratamiento combinado y retratamiento, con sus características clínico epidemiológicas, pero no hemos encontrado ningún caso fatal.

En conclusión, el AH en nuestro hospital es una patología aguda o subaguda, que se presenta en pacientes de mediana edad, sin preferencia de género, cuya sintomatología principal es fiebre y dolor en hipocondrio derecho, con la coleditiasis como principal antecedente patológico. Es importante desarrollar protocolos de manejo de esta enfermedad, con el propósito de mejorar la calidad de la información consignada en las historias clínicas, dado que esto representó una clara limitación del estudio.

REFERENCIAS

1. S. LODHI et al. Features distinguishing amoebic from pyogenic liver abscess: a review of 577 adult cases. *Trop Med and Int Health* 2004; 9, 6: 718–23
2. SEETO RK et al. Pyogenic liver abscess. *Medicine (Baltimore)* 1996; 75: 99-113
3. RAHIMIAM J et al. Pyogenic Liver Abscess. Recent Trends in etiology and mortality. *Clin Infect Dis* 2004; 39: 1654 – 59
4. WING CHIU et al. Audit of Management of pyogenic liver abscess in a tertiary referral hospital. *Surgical Practice* 2008; 12: 7-10
5. KRIDGE JE et al. Liver abscesses and hydatid disease. *Brit Med Journal* 2001; 322:537-40
6. JOERG BLESSMANN1. Hepatic ultrasound in a population with high incidence of invasive amoebiasis: evidence for subclinical, self-limited amoebic liver abscesses. *Trop Med and Int Health* 2003; 8(3): 231–3
7. HUANG CJ et al. Pyogenic hepatic abscess: changing trends over 42 years. *Ann Surg* 1996; 223: 600–9
8. ROWAN W et al. Benign conditions of the liver. *Surgery* 2006; 25(1): 22-7
9. HERRERA GOMAR M et al. Absceso hepático amibiano. *Médica Sur México* 2003; 10 (1): 35-7.
10. KIMURA K et al. Amebiasis: modern diagnostic imaging with pathological and clinical correlation. *Semin Roentgenol.* 1997;32:250–275.
11. BAZÁN PORTOCARRERO S et al. Drenaje Percutáneo de absceso piógeno hepático: eficacia del manejo. *Rev. Gastroenterol. Perú* 2003; 23 (1): 17-21
12. HAQUE R et al. Amebiasis. *N Engl J Med* 2003;348:1565–73
13. HUGHES MA et al. Infections of the liver. Amebic liverabscess. *Infect Dis Clin North Am* 2000; 14: 65-82
14. LUIGIA ELZI, MD et al. Low Sensitivity of Ultrasonography for the Early Diagnosis of Amebic Liver Abscess. *Am J Med* 2004; 117: 519-22
15. PEARCE NW et al. Non-operative management of pyogenic liver abscess. *HPB* 2003; 5: 91–5.
16. A.H. MOHSEN. Liver abscess in adults: ten years experience in a UK centre. *Q J Med* 2002; 95:797–802
17. MALTZ G & KNAUER CM. Amebic liver abscess: a 15-year experience. *American Journal of Gastroenterology* 1991 ; 86 : 704–710.
18. WANG J-H et al. Primary liver abscess due to Klebsiella p. *Clin Infect Dis* 1998; 26: 1434-8.
19. GIORGIO A et al. Pyogenic liver abscess: 13 years of experience in percutaneous needle aspiration with US guidance. *Radiology* 1995; 195: 122-124

Correspondencia:

Nombre: Dr. José Luis CUADRA URTEAGA
Dirección: Mz. B Lte. 7 Urb. La Capullana – Surco
E-mail: ppcuadra@yahoo.com
Celular: 998414341