

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
“RAFAEL DONAYRE ROJAS”



**“PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS,
CLÍNICAS Y DE MANEJO DEL ABSCESO HEPÁTICO EN EL
HOSPITAL III IQUITOS ESSALUD – PERU. ENERO 2007 –
DICIEMBRE 2012”.**

TESIS

Para Optar el Título de Médico – Cirujano

Presentado por:

Bachiller en Medicina Humana

DE LA VEGA VÁSQUEZ JUAN CARLOS.

Asesor:

Dr. OSWALDO FIDEL PRETELL LOBATON

IQUITOS – PERU

2013



UNAP

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"Rafael Donayre Rojas"
SECRETARÍA ACADÉMICA

ACTA DE SUSTENTACIÓN

En la ciudad de Iquitos, a los **doce** días del mes de **mayo** del **dos mil trece**, siendo las **12:00 horas**, el jurado de tesis designado según **Resolución Decanal N° 297-2013-FMH-UNAP**, con cargo a dar cuenta al consejo de facultad, integrado por los señores docentes que a continuación se menciona:

Dr. Néstor Najer Llerena	Presidente
Dr. Abdías Muñoz Torrejón	Miembro
Dr. Pedro Portocarrero Nogueira	Miembro

Se constituyeron en las instalaciones del Salón de Grados de la Facultad de Medicina Humana, para proceder a dar inicio al acto de sustentación pública de la tesis titulada: **"PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y DE MANEJO DEL ABSCESO HEPÁTICO EN EL HOSPITAL III IQUITOS ESSALUD-PERÚ, ENERO 2007-DICIEMBRE 2012"**, del bachiller en medicina **JUAN CARLOS DE LA VEGA VÁSQUEZ**, para optar el **TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO** que otorga la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA**, de acuerdo a la ley universitaria 23733 y el estatuto general de la UNAP vigentes.

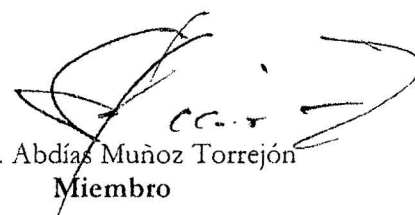
Luego de haber escuchado con atención la exposición del sustentante y habiéndose formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas de forma *satisfactoria*.

El Jurado llegó a la siguiente conclusión:

3. La Tesis ha sido *aprobada por mayoría*.
4. Observaciones *debe revisar literatura confiable sobre mortalidad*

Siendo las *13 y 20* se dio por concluido el acto de sustentación pública de tesis, felicitándole al sustentante por su *trato*.


Dr. Néstor Najer Llerena
Presidente


Dr. Abdías Muñoz Torrejón
Miembro


Dr. Pedro Portocarrero Nogueira
Miembro

DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada a mi familia, en especial mi madre, quien me dio todo el apoyo que un hombre necesita para cumplir sus sueños.

A mi tía Patricia, porque nunca esperó recibir nada a cambio, sólo verme triunfar.

A Dios, que todos los días me iluminó, me dio fuerzas y guio mis pasos para concluir este sueño dorado.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis Padres, hermanos, y mi tía, quienes me acompañaron en este largo camino y me dieron siempre su apoyo.

A la UNAP, por ser mi Alma Mater, y brindarme las herramientas necesarias para ser un buen médico.

Al Dr. Oswaldo Fidel Pretell Lobaton, quien me enseñó y asesoró en este trabajo de manera incondicional y desinteresada.

A los docentes que me enseñaron y guiaron para ser un excelente profesional.

A Dios, que siempre ilumina mi sendero.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA	I
PAGINA DE DEDICATORIA	II
PAGINA DE AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE DE CONTENIDOS	IV-V
RESUMEN	VI-VII
CAPITULO I	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2. JUSTIFICACIÓN	3
1.3. OBJETIVOS	5
CAPITULO II	6
2. MARCO TEORICO	7
2.1. INTRODUCCIÓN	7
2.2. ETIOPATOGENIA	7
2.3. PRESENTACIÓN CLÍNICA	9
2.4. DIAGNÓSTICO	10
2.5. TRATAMIENTO	12
2.6. ANTECEDENTES	15
CAPITULO III	16
3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	17
CAPITULO IV	21
4. METODOLOGÍA	22
CAPITULO V	25
V.1. RESULTADOS	26
CAPITULO VI	39
VI.1. CONCLUSIONES	40
CAPITULO VII	41
VII.1. RECOMENDACIONES	42
ANEXO 1	43
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

INDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Tabla 1: Esquema antibiótico de elección para abscesos bacterianos.	13
Figura N°1: Distribución de pacientes con A.H. según grupo etáreo.	26
Figura N°2: Distribución de pacientes con A. H. según sexo.	27
Tabla N°2: Principales manifestaciones clínicas de los pacientes con A. H.	28
Tabla N°3: Principales antecedentes patológicos de los pacientes con A. H.	29
Tabla N°4: Estancia hospitalaria de los pacientes con A. H.	29
Tabla N°5: Datos de laboratorio de los pacientes con A. H.	30
Tabla N°6: Examen imagenológico utilizado.	31
Figura N°3: Distribución según la localización del A. H.	31
Tabla N°7: Tamaño del absceso hepático.	32
Tabla N°8: Distribución según número de abscesos hepáticos.	32
Figura N°4. Distribución según asociación antibiótica.	33
Figura N°5. Distribución según antibióticos utilizados.	33
Tabla N°9: Tratamiento de los pacientes con A. H.	34

TITULO: PRINCIPALES CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS, CLÍNICAS Y DE MANEJO DEL ABSCESO HEPÁTICO EN EL HOSPITAL III IQUITOS ESSALUD – PERU. ENERO 2007 – DICIEMBRE 2012.

AUTOR: De La Vega Vásquez Juan Carlos

RESUMEN:

Objetivo: Describir las características epidemiológicas, clínicas y de manejo de los abscesos hepáticos en el hospital III ESSALUD Iquitos durante los años 2007 – 2012.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo con todos los pacientes que presentaron diagnóstico de egreso de absceso hepático comprendidos entre Enero del 2007 a Diciembre del 2012 del Hospital III ESSALUD Iquitos. Se estudiaron la edad, sexo, manifestaciones clínicas, antecedentes patológicos, estancia hospitalaria, morfología y topografía del absceso, así como el manejo de dichos pacientes.

Resultados: Fueron incluidos en el estudio 31 casos. Se encontró que la edad media fue de 47 años; El 64.5% correspondían al sexo masculino; entre las manifestaciones clínicas, las que más destacaron fueron el dolor abdominal en el cuadrante superior derecho, con 31/31 (100%) N° de casos y la fiebre con 29/31 (93.55%) N° de casos. Se encontró que el 22.58% de pacientes presentaron como antecedente enfermedad disentérica y la estancia hospitalaria media fue de 15.9 días. Se hallaron elevaciones discretas de bilirrubinas (Media de 1.42 ± 1.3), transaminasas (AST: 67.96 ± 58.4 y ALT: 75.17 ± 49) en los pacientes, así como leucocitosis en 20/31 pacientes y anemia 13/31 pacientes al momento del ingreso hospitalario. En el 80.6% de los pacientes la localización del absceso fue en el lóbulo derecho; el promedio del diámetro del absceso fue de $6.94\text{cm} \pm 2.68$, y el 83.87% de los pacientes presentaron absceso hepático único. La terapia antibiótica más utilizada consistió en la asociación de Metronidazol más Ceftriaxona (20/31 pacientes) y el 71% de pacientes ingresaron a cirugía abierta.

Conclusiones: El absceso hepático en el hospital III Iquitos Essalud, es una patología que se presenta en personas de mediana edad, sin preferencia notable de género, cuya clínica principal es el dolor abdominal en cuadrante superior derecho y fiebre, con una elevada frecuencia de intervenciones quirúrgicas dado el gran tamaño del absceso hallado en la mayoría de casos.

PALABRAS CLAVE: Absceso hepático, piógeno, amebiano.

TITLE: MAIN FEATURES EPIDEMIOLOGY, CLINICAL AND MANAGEMENT OF LIVER ABSCESS AT HOSPITAL III IQUITOS ESSALUD – PERU. JANUARY 2007 - DECEMBER 2012.

AUTHOR: De La Vega Vásquez Juan Carlos

ABSTRACT:

Objective: To describe the epidemiological, clinical and management of liver abscesses at the III ESSALUD Iquitos hospital during the years 2007-2012.

Material and methods: A descriptive retrospective study with all patients experiencing discharge diagnosis of liver abscess between January 2007 to December 2012 at Hospital III ESSALUD Iquitos. We studied the age, sex, clinical, medical history, hospital stay, morphology and topography of the abscess, and the management of these patients.

Results: Were included in the study 31 cases. It was found that the average age was 47 years; the 64.5% were males; between the clinical manifestations, the most common were abdominal pain in the right upper quadrant with a 31/31 (100%) number of cases of fever and 29/31 (93.55%) number of cases. It was found that 22.58% of patients had antecedent dysenteric disease and the average hospital stay was 15.9 days. We found discrete bilirubin elevations (average 1.42 ± 1.3), transaminases (AST: 67.96 ± 58.4 and ALT: 75.17 ± 49) in patients, and leukocytosis in 20/31 patients, and anemia 13/31 patients at hospital admission. In 80.6% of patients was the location of the abscess in the right lobe; the average diameter of the abscess was $6.94\text{cm} \pm 2.68$, and 83.87% of patients had only liver abscess. Most used Antibiotic therapy consisted of metronidazole plus ceftriaxone association (20/31 patients) and 71% of patients admitted to surgery.

Conclusion: Liver abscess at hospital III Essalud Iquitos is a condition that occurs in middle age, with no significant gender preference, whose clinic is pain in the right upper quadrant abdominal and fever, with a high frequency of surgical interventions given the large size of the abscess found in most cases.

KEY WORDS: liver abscess, pyogenic, amebic.

CAPÍTULO I

“PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y DE MANEJO DEL ABSCESO HEPÁTICO EN EL HOSPITAL III IQUITOS ESSALUD – PERU. ENERO 2007 – DICIEMBRE 2012”.

I.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los abscesos hepáticos constituyen una acumulación de pus rodeado de una cápsula fibrótica en el parénquima hepático.¹

Los abscesos hepáticos son principalmente piógenos o amebianos, y su mayor proporción va a depender de la zona geográfica estudiada y de las condiciones sanitarias²; siendo en los países desarrollados con mayor proporción de etiología piógena, y en los países en vías de desarrollo de etiología amebiana.

La causa básica de los abscesos piógenos es diversa, siendo las causas más frecuentes la colangitis, diverticulitis, traumas abdominales y apendicitis. La enfermedad es relativamente infrecuente en países desarrollados, reportándose entre 5 y 22 casos por 100.000 ingresos hospitalarios³, en otras series se reporta una incidencia de 20 por cada 100.000 admisiones hospitalarias.⁴

Su incidencia es más elevada en hombres que en mujeres, con un predominio en edad, de 30 a 60 años⁵.

Los síntomas y signos que se presentan son inespecíficos encontrándose dolor en el hipocondrio derecho, fiebre, náuseas, vómitos, pérdida de peso y malestar general. Esto contribuye a la dificultad para hacer el diagnóstico.

El tratamiento del absceso hepático consta básicamente de antibióticos endovenosos, drenaje percutáneo y/o quirúrgico⁶.

A pesar de ser una patología infecciosa con métodos diagnósticos y opciones de manejo accesibles, el absceso hepático sigue siendo una causa frecuente de morbi-mortalidad en países en vías de desarrollo como el Perú.

A nivel mundial, y sobre todo nacional son pocas las series publicadas sobre este tema, encontrándose como principal limitación para la identificación etiológica del absceso hepático (bacteriano vs parasitario) la falta de protocolos de diagnóstico o la insuficiencia de los exámenes microbiológicos hospitalarios.

I.2. JUSTIFICACIÓN

El absceso hepático es considerado una patología rara en los países desarrollados, pero en el Perú, sobre todo en región amazónica, dada las condiciones climáticas la incidencia de Absceso hepático puede ser mayor.

A nivel mundial, los abscesos hepáticos son una causa elevada de morbi-mortalidad, constituyendo por los costos de hospitalización y las ausencias laborales, un problema de salud pública.

Alrededor del 10% de la población mundial está crónicamente infectada por *Entamoeba histolytica* y de éste grupo el 10% desarrollarán absceso hepático amebiano⁷.

La presentación clínica de los abscesos hepáticos es inespecífica, por lo cual la ayuda diagnóstica por imágenes juega un papel relevante.

A pesar de los adelantos diagnósticos y nuevos esquemas terapéuticos, el absceso hepático sigue siendo, aún hoy en día, un reto médico, ya que se siguen comunicando casos diagnosticados tardíamente y cifras de mortalidad en torno al 15- 25%,⁸

En este sentido, dada la escasez de investigaciones previas a nivel mundial y nacional, así como la importancia de hacer diagnósticos tempranos para tener una menor morbimortalidad, he decidido hacer este trabajo de investigación con el objeto de conocer

con más detalle las características epidemiológicas, clínicas y de manejo de los abscesos hepáticos en nuestra región. Por todo ello pregunto:

¿Cuáles son las características epidemiológicas, clínicas y de manejo, del absceso hepático en el hospital III Iquitos ESSALUD durante los años 2007 – 2012?

I.3. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

- Describir las características epidemiológicas, clínicas y de manejo de los abscesos hepáticos en el hospital III ESSALUD Iquitos durante los años 2007 – 2012.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar las características epidemiológicas: edad y sexo de los pacientes con absceso hepático.
- Identificar las principales manifestaciones clínicas de los pacientes con abscesos hepáticos.
- Identificar los principales antecedentes patológicos de los pacientes con abscesos hepáticos.
- Identificar los principales hallazgos de laboratorio de los pacientes con abscesos hepáticos.
- Describir los principales hallazgos radiológicos de los abscesos hepáticos.
- Determinar el tiempo de estancia hospitalaria de los pacientes con absceso hepático.
- Describir el tratamiento realizado a los pacientes con abscesos hepáticos.

CAPÍTULO II

II. MARCO TEÓRICO

II.1 INTRODUCCIÓN

Se define como absceso hepático a la colección infecciosa organizada localizada dentro del parénquima hepático, siendo el hígado la víscera maciza abdominal de mayor susceptibilidad a la formación de abscesos.

La situación de Perú por su condición de país tropical y en vías de desarrollo hace de su población vulnerable a este padecimiento.

En México la incidencia de absceso hepático amebiano, en el periodo comprendido entre los años 1995 y 2000, fue de 10 casos por cada 100000 habitantes⁹.

En los Estados Unidos, como en otros países desarrollados, es una patología infrecuente reportándose cuarenta y nueve (49) de quinientos mil (500.000) ingresos hospitalarios.

En general, se admite que los abscesos piógenos afectan con mayor frecuencia al sexo masculino¹⁰, aunque también existen autores que no encuentran ningún predominio sexual.

Los abscesos hepáticos son principalmente piógenos o amebianos, y la mayor proporción va a depender de zona geográfica estudiada y de las condiciones sanitarias; siendo los países desarrollados con mayor proporción de etiología piógena, y los países en vías de desarrollo de etiología amebiana¹¹.

II.2. ETIOPATOGENIA

Los abscesos hepáticos piógenos pueden ocurrir por diferentes rutas o vías de diseminación.

En los abscesos de origen biliar, por enfermedad biliar o colangíticos, la obstrucción puede ser debida a causas benignas, como coledocolitiasis, estenosis y colangitis esclerosante, o por neoplasias malignas, como carcinoma de páncreas o de las vías biliares.¹²

Los abscesos de origen portal suelen ser secundarios a la infección de un órgano cuyo drenaje venoso se realiza en el sistema portal, como puede ocurrir en el transcurso de una apendicitis, una diverticulitis, una pancreatitis, o una colitis ulcerosa.

Los abscesos por extensión directa se producen como consecuencia de una infección de vecindad que, por contigüidad, afecta al parénquima hepático (colecistitis aguda, empiema vesicular, abscesos subfrénicos u otros abscesos abdominales contiguos, úlceras perforadas, etc.).

Los abscesos postraumáticos son consecuencia de traumatismos abdominales abiertos o cerrados, en especial los que afectan directamente al hígado, y en general éstos son solitarios y bien definidos.¹³

Los abscesos por infección hematógena se dan por ejemplo por el abuso de drogas intravenosas y limpiezas dentales.

Aunque menos frecuentes, también se han descrito abscesos piógenos post cirugía hepática tras la ligadura de la arteria hepática por un proceso tumoral, post embolización en una hiperplasia nodular focal y tras una biopsia hepática.

En una proporción variable de pacientes con absceso hepático, la etiopatogenia es desconocida, son los llamados abscesos criptogénicos. En dichos enfermos no se recoge ningún antecedente patológico, ni se evidencia ningún foco infeccioso en los estudios diagnósticos, intervención quirúrgica o necropsia.

Casi 40% de los abscesos son monomicrobianos, casi 40% son polimicrobianos y en 20% de los casos los cultivos son negativos. El agente causal más frecuente son los gramnegativos. E. coli se encuentra en casi el 66% de los casos, aunque también son comunes Streptococcus faecalis, Klebsiella y Proteus vulgaris. Asimismo se observan con frecuencia microorganismos anaerobios como Bacteroides fragilis, Fusobacterium spp y Clostridium spp.

Staphylococcus y Streptococcus son más comunes en pacientes con endocarditis y catéteres a permanencia infectados.

La identificación del germen causal es posible en el 48-84% de los casos y la razón más probable de un cultivo estéril es el tratamiento antibiótico previo. La positividad en los hemocultivos y cultivos de pus en pacientes con Absceso hepático piógeno oscila entre el 38-69% y el 67-90%.¹⁴

Los abscesos hepáticos amebianos son causados por el agente *Entamoeba histolytica* el cual existe en forma vegetativa y los quistes son capaces de sobrevivir fuera del cuerpo humano. La forma quística pasa a través del estómago e intestino delgado sin ser lesionado, y más tarde se transforma en el intestino del colón en un trofozoíto. De ahí invade la mucosa colónica formando úlceras, penetra el sistema venoso portal y alcanza el hígado¹⁵.

La ameba se multiplica y obstruye raíces portales intrahepáticas con el infarto focal subsiguiente de los hepatocitos. Contiene enzimas proteolíticas que destruyen el parénquima hepático. El absceso hepático amebiano contiene una porción central necrótica que está ocupada por un material purulento de color pardo rojizo, viscoso. Se ha hecho referencia a que el material tiene aspecto de pasta de anchoas o de salsa de chocolate¹⁶.

II.3. PRESENTACIÓN CLÍNICA

Tanto en los abscesos hepáticos piógenos y amebianos los síntomas que se presentan son inespecíficos, no encontrándose diferencias marcadas en la clínica¹⁷, los cuales pueden incluir dolor en el hipocondrio derecho, náuseas, vómitos, pérdida de peso y malestar general, combinado clásicamente con una pirexia “oscilante”. La ictericia ocurre hasta en 30% de los individuos afectados. Esto contribuye a la dificultad para hacer el diagnóstico.

El dolor que describen los pacientes es punzante en punta de costado con hipersensibilidad de los espacios intercostales inferiores derechos. Puede ser pleurítico existiendo a veces dolor referido al hombro derecho por irritación del nervio frénico ipsilateral. La transmisión de los ruidos cardiacos hacia la zona hepática se conoce como signo de Acosta-Ortiz.

El absceso piógeno puede generar diversas complicaciones, como la bacteriemia y el shock séptico, la rotura del absceso hacia la cavidad peritoneal, la perforación en la cavidad pleural o en el pericardio y las lesiones sépticas metastásicas, las cuales son observadas,

sobre todo, en infecciones por *Klebsiella pneumoniae* en pacientes diabéticos, pudiendo manifestarse éstas como endoftalmitis o uveítis, absceso pulmonar, cerebral o prostático, osteomielitis y/o artritis piógena y absceso del psoas.

II.4. DIAGNÓSTICO

EXAMENES DE LABORATORIO

Los datos de laboratorio en ambos tipos de absceso son semejantes: elevación de la VSG, leucocitosis con desviación izquierda y alteración discreta de las pruebas hepáticas. En los casos secundarios a infección de la vía biliar, la bilirrubina está normalmente alta.

En los amebianos suele haber un aumento moderado de la fosfatasa alcalina y la ictericia es rara pero cuando existe es moderada.

Un absceso hepático puede alterar la síntesis de albúmina, generando hipoalbuminemia y, también, elevación de los valores de vitamina B12, sobre todo en jóvenes, como consecuencia de la liberación de los depósitos hepáticos tras necrosis hepatocelular.

MICROBIOLOGÍA

El diagnóstico microbiológico de los abscesos piógenos se basa en la identificación del germen mediante cultivo obtenido de la lesión hepática por PAAF o por hemocultivo.

En los amebianos se utilizan varios métodos: la detección de antígenos específicos (adhesina Gal-GalNac) y de anticuerpos séricos frente a *E. histolytica*, el estudio coproparasitario, la PAAF del absceso y las técnicas de biología molecular.

La prueba serológica (hemaglutinación indirecta) es la más sensible (positiva en el 90-100% de los casos) mientras que el estudio coproparasitario y el cultivo del absceso son menos rentables¹⁸.

La técnica de PCR se considera de referencia en los inmigrantes de zonas endémicas y en viajeros habituales que tienen anticuerpos de *E. histolytica* durante varios años tras la infección.

En la actualidad, la presencia de adhesina Gal-GalNac en el suero es una técnica muy específica para el diagnóstico de absceso hepático amebiano, siempre que el sujeto no haya recibido tratamiento con amebicidas¹⁹.

RADIOLOGÍA

Un 25-60% de los pacientes presentan alguna anormalidad en la radiografía de tórax²⁰. Los hallazgos más comunes son la elevación del hemidiafragma derecho, las atelectasias basales y el derrame pleural. Aunque esta exploración no tiene un valor diagnóstico real, es necesaria para establecer el diagnóstico diferencial de las lesiones pleuro parenquimatosas, debiendo realizarse antes de estudios más sofisticados.

La radiografía simple de abdomen es, en general, de poca ayuda diagnóstica, puede demostrar signos anormales en la tercera parte de los pacientes, como hepatomegalia, nivel aire-líquido intrahepático o gas en la vía biliar extrahepática²¹. La existencia, en particular, de gas en la cavidad del absceso, patente en el 10-33% de los casos, se relaciona, frecuentemente, con infecciones por *Klebsiella* en pacientes diabéticos y con procesos supurativos por anaerobios.

La ecografía es una técnica inocua, barata, rápida y con alta sensibilidad diagnóstica que varía entre el 80 y el 96%, siendo considerada por algunos como de elección en el diagnóstico inicial, además puede ser usado para guiar la aspiración y cultivo del absceso²².

La ecografía hepática muestra abscesos piógenos en forma de lesiones redondeadas u ovals hipocóicas con bordes bien definidos y cantidades variables de ecos internos.²³

Las limitaciones técnicas son el difícil acceso a segmentos posteriores; la identificación de abscesos microscópicos múltiples y la existencia de infiltración grasa.

La TAC abdominal con contraste es la técnica de elección para el diagnóstico de los abscesos hepáticos. Su sensibilidad alcanza casi el 100%, mayor que la de la ecografía, que es la primera exploración a realizar debido a su bajo coste y fácil disponibilidad; además, puede aportar información acerca de la existencia de una enfermedad abdominal asociada relacionada con el absceso, como apendicitis, diverticulitis, etc.

En la TAC los abscesos se muestran hipodensos, con reforzamiento periférico y pueden contener niveles hidroaéreos que indican microorganismos productores de gas; el absceso amebiano también tiene aspecto de bordes deshilachados en la zona de edema periférico, y la cavidad central tiene tabiques así como niveles de líquido.

Tanto la TAC como la ecografía pueden dar falsos negativos en los abscesos menores de un centímetro de diámetro, en las lesiones proximales a la cúpula diafragmática y en aquellos que están en periodo temprano de su formación.

Más del 80% de los abscesos hepáticos se localizan en el lóbulo derecho, con una fuerte preferencia por los segmentos 6-8²⁴, por efecto del flujo sanguíneo mesentérico de la vena Porta, el 60%-70% de los Abscesos Hepáticos son únicos y un 30% a 40% múltiples.

II.5. TRATAMIENTO

Las bases actuales del tratamiento incluyen la corrección de la causa subyacente, drenaje percutáneo o drenaje quirúrgico, y/o administración intravenosa de antibióticos.

La antibioterapia aislada ha sido utilizada, de forma selectiva, en pacientes clínicamente estables con abscesos solitarios pequeños o múltiples, sin comorbilidades graves.

El tratamiento inicial de antibióticos debe tener espectro contra gramnegativos y anaerobios, aunque algunos autores sugieren antibioticoterapia de amplio espectro; las combinaciones antibióticas utilizadas son múltiples, así se han usado cefalosporinas de segunda o tercera generación solas o asociadas con anaerobicidas (metronidazol o clindamicina), aminoglucósidos más anaerobicidas, etc.

Algunos otros autores inician precozmente tratamiento empírico del absceso hepático bacteriano de acuerdo a esquemas, los cuales se pueden adaptar de acuerdo a la etiología del absceso. Uno de los esquemas más importantes según F. Barreras M. et al. Se resume en la tabla 1^o.²⁵

Tabla 1. Esquema antibiótico de elección para abscesos bacterianos

Esquema 1° línea e.v.	Esquema 2° línea e.v.	Esquema oral
Ceftriaxona 1-2 g/d o Ciprofloxacino 400 mg c/12 h + Metronidazol 500 mg c/8 h	Piperazilina/Tazobactam 3.375 g c/6 h o Ertapenem 1 g c/d	Moxifloxacino 400 mg c/d
Ampicilina 1 g c/6h + Gentamicina 5 mg/kg/d + Metronidazol 500 mg c/8 h e.v.	Imipenem 500 mg c/6 h e.v.	Amoxicilina/Clavulanato 875/125 mg c/12 hrs
Ampicilina/Sulbactam 1 g c/6 hrs	Vancomicina 500 mg c/6h	
Moxifloxacino 400 mg c/d		

En general, se admite que los enfermos con abscesos múltiples de origen biliar deberían de ser tratados, al menos, durante 3-4 semanas por vía parenteral y, posteriormente, 2-4 semanas más con antibióticos por vía oral, aunque en pacientes con un absceso solitario drenado puede realizarse un curso antibiótico corto²⁶²⁷.

En el caso de los abscesos hepáticos de origen amebiano, el tratamiento preferido consiste en metronidazol 750mg cada 8h por siete diez días, el cual tiene éxito en el 95% de los casos. La fiebre por lo común cede en 3 a 5 días, y el tiempo necesario para la resolución del absceso va a depender del tamaño inicial.²⁸

El tratamiento invasivo de los abscesos hepáticos pueden ser divididos en drenaje percutáneo o quirúrgico abierto. Cuando son comparados el drenaje percutáneo con el quirúrgico abierto, ambos muestran una tasa de resolución y mortalidad similares²⁹, sin embargo la anestesia general y el stress que provoca una cirugía, son evitados, además el control mediante una guía, sea ultrasonográfica o tomográfica, provee mayor seguridad en la accesibilidad, así como también brinda la posibilidad de un drenaje completo sin la necesidad de una extensa exploración quirúrgica.³⁰

Otras series señalan la importancia del drenaje quirúrgico dándole su lugar en caso de abscesos múltiples, abscesos cuyo contenido es viscoso y con tendencia a obstruir el catéter, en enfermedades asociadas donde se requiera una corrección quirúrgica primaria o en aquellos donde el manejo percutáneo fracasa.³¹

La aspiración y la colocación de un catéter de drenaje son beneficiosos en una pequeña cantidad de casos de absceso hepático, porque el contenido es muy viscoso y el drenaje es ineficaz.

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 días.³²

La resección quirúrgica anatómica se realiza en individuos con abscesos resistentes al tratamiento.

Morbimortalidad y factores de riesgo

Entre las complicaciones más comunes se encuentran la recidiva del absceso y/o sepsis relacionada con el mismo, y ciertas complicaciones respiratorias, como atelectasia, neumonía y derrame o empiema.

Paralelamente al descenso de la mortalidad en los últimos años, se ha constatado un incremento en la tasa de morbilidad, y esto es debido principalmente a que en el momento del ingreso hospitalario muchos de los enfermos con abscesos hepáticos ya presentan complicaciones, como bacteriemia y shock, rotura o fistulización del absceso, afecciones pleuroulmonares, etc.

Dado que la mortalidad para los casos diagnosticados y tratados con celeridad no debería de exceder del 10% por lo general, diversos autores han tratado de definir los factores de riesgo. Entre ellos no existe un consenso, pero entre ellas figuran en la bibliografía: edad avanzada, diabetes, enfermedad biliar, periodo sintomático largo, etc. La mayoría de series coincide que dentro de los factores asociados a desarrollo de absceso hepático la Diabetes Mellitus es la más importante; siendo los factores de mal pronóstico la presencia de fallo orgánico o sepsis, por lo que estos pacientes deberían ser tratados, preferentemente, en una unidad de cuidados intensivos.

II.6. ANTECEDENTES

SILVIA BAZAN et al. (2003). En su estudio retrospectivo realizado en el Hospital Edgardo Rebagliatti Martins, comprendido entre Enero 2001 y Junio 2002, con 24 pacientes, encontró que 17 pacientes presentaron un solo absceso y 7 más de dos; El diámetro promedio fue de 6.78cm.; la localización más frecuente fue en lóbulo derecho.

LEONIDAS CARRILLO ÑAÑEZ et al. (2010). En su estudio realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en 5 años, reporta que la edad media fue de 47,8 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 diagnóstico principalmente fue ecográfico (97,8%), como absceso único (73%), ubicado en lóbulo derecho (77%), con un diámetro promedio de 70mm, y 69,6% tuvieron más de 5 cm de diámetro. Todos recibieron antibioticoterapia 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.

A. COSME et al. (2010). En su estudio comparativo de 58 años, de absceso hepático piógeno versus amebiano, concluyó que las características clínicas que sugieren un origen piógeno son: la edad superior a 50 años, el sexo masculino, la diabetes y la bilirrubina y transaminasas moderadamente elevadas. En el amebiano, la edad menor de 45 años, la diarrea y la localización solitaria del absceso en el lóbulo derecho.

R. ALTRUDI et al (2010). En un estudio retrospectivo comprendido desde enero de 1995 a octubre de 2007, con 61 pacientes; reporta que 34/61 pacientes (56%) tuvieron un recuento de glóbulos rojos elevados, 29/61 (48%) de la ALT; el 64% tuvieron un absceso hepático único, 90% ubicado en el lóbulo derecho. El 82% de los pacientes fue manejado con drenaje radiológico guiado por ultrasonido o por TAC.

J. PUEBLA CLARK et al (2012). En un estudio retrospectivo efectuado en el Hospital General del Estado de Sonora entre noviembre de 2005 y noviembre de 2007, con 50 pacientes; reporta que la edad promedio al diagnóstico fue de 40 años, y 78% de los pacientes eran de sexo masculino. La estancia media intrahospitalaria fue de 11 días. El ultrasonograma reportó 38 de los abscesos como únicos.

CAPÍTULO III

III. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

DATOS PERSONALES

Nombre del dato	Definición conceptual	Escala de medición	Fuente de verificación	Valores o sub categorías del dato
Edad	Determina el tiempo transcurrido - según unidades: días, meses o años- desde que nació hasta la fecha.	Nominal	El Paciente o familiar. Documento de identidad.	Valores categóricos Predeterminados como: 0 a 20 años , 21- 40 años , 41- 60 años, Más de 60 años.
Sexo	Es el sexo biológico del paciente, basado en las características biológicas relacionados a la reproducción sexual.	Nominal	Sexo biológico del paciente, Otros rasgos fenotípicos del paciente como los caracteres sexuales secundarios.	Valores Categóricos predeterminados como: Masculino / Femenino.

DATOS CLÍNICOS

Nombre del dato	Definición conceptual	Escala de medición	Fuente de verificación	Valores o sub categorías del dato
Manifestaciones clínicas	Signos y síntomas que presentó el paciente.	Nominal	El Paciente o familiar, Historia clínica.	Valores Categóricos predeterminados como: a) Fiebre b) Dolor CSD c) Hepatomegalia d) Anorexia e) Náuseas/Vómitos f) Ictericia g) Tos seca h) Disnea
Antecedentes patológicos	Enfermedades asociadas que presentaron los pacientes antes del ingreso hospitalario.	Nominal	Historia clínica.	Valores Categóricos predeterminados como: a) Diabetes Mellitus b) Enfermedad biliar c) Traumatismo abdominal d) Apendicectomizado e) Colectectomizado f) Neoplasia. g) Enfermedad disentérica h) Ninguna
Estancia hospitalaria	Tiempo medido en días que permaneció el paciente en el hospital	Discreta	Historia clínica.	Valores Categóricos no predeterminados (abierto)

EXÁMENES AUXILIARES

Nombre de las Sub Variables	Definición conceptual	Escala de medición	Fuente de verificación	Valores o sub categorías
Datos de Laboratorio	Son los exámenes auxiliares de laboratorio que se realizaron en el momento de admisión del paciente con absceso hepático.	Nominal	Historia clínica.	Laboratorio a) Recuento leucocitario b) Hemoglobina c) Bilirrubina total d) AST y ALT (UI/L) e) Creatinina f) T. de protrombina g) Glucosa
Examen imagenológico	Examen auxiliar ultrasonográfico o radiológico utilizado para el diagnóstico del absceso hepático.	Nominal	Historia clínica	Valores Categóricos predeterminados como: a) Ecografía b) Tomografía Axial C. c) Ambos
Localización del absceso	Ubicación del absceso dentro del parénquima hepático.	Nominal	Historia clínica	Valores Categóricos predeterminados como: a) Lóbulo derecho b) Lóbulo izquierdo c) Ambos lóbulos
Tamaño del absceso	Medida del diámetro del absceso hepático en centímetros.	Nominal	Historia clínica	Valores Categóricos predeterminados como: a) 1 a 3cm. b) Mayor de 3 a 5cm. c) Mayor de 5cm.
Número de abscesos	Cantidad numérica de abscesos hepáticos.	Nominal	Historia clínica	Valores Categóricos predeterminados como: a) 1 b) 2 c) 3 d) Mayor de 3

TRATAMIENTO

Nombre de las Sub Variables	Definición conceptual	Escala de medición	Fuente de verificación	Valores o sub categorías
Antibioticoterapia	Antibióticos endovenosos utilizados durante la hospitalización del paciente	Nominal	Historia clínica	Valores Categóricos no predeterminados (abierto)
Tratamiento quirúrgico	Método invasivo utilizado para la resolución del absceso	Nominal	Historia clínica	Valores Categóricos predeterminados como: a) Cirugía abierta b) Drenaje Percutáneo

CAPÍTULO IV

IV.1. METODOLOGÍA

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño utilizado en el presente estudio de investigación fue el no experimental descriptivo, retrospectivo.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Criterios de Inclusión

Todos los pacientes que presentaron diagnóstico de egreso de absceso hepático comprendidos entre Enero del 2007 a Diciembre del 2012 del Hospital III ESSALUD Iquitos.

Criterios de Exclusión

Se excluyeron del estudio los pacientes que tenían diagnóstico no sustentado por exámenes imagenológicos, en las que el diagnóstico y tratamiento se haya realizado en otro centro y acuda sólo a controles por consultorio, así como aquello que no tengan un registro de las características clínicas o del tratamiento instaurado.

Ubicación, Tiempo y Espacio

Hospital III ESSALUD Iquitos, entre los años 2007 – 2012

Ubicado en la Región Loreto, Provincia de Maynas, Distrito de Punchana.

MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Población. La población de estudio estuvo constituida por todos los pacientes con diagnóstico de egreso de hospitalización de absceso hepático entre los años 2007-2012, en el hospital III ESSALUD Iquitos.

Muestra: Se trabajó con la población de estudio que cumplían con los criterios de inclusión.

Tamaño de la muestra: Se tomó la población hospitalizada con diagnóstico de egreso de absceso hepático del hospital III ESSALUD Iquitos durante los años 2007 – 2012, que conforman un total de 45 casos.

Selección de la muestra: Se revisó las historias clínicas de los pacientes en el hospital III ESSALUD Iquitos durante los años 2007 – 2012 y que habiendo tenido diagnóstico de egreso de absceso hepático cumpla con los criterios de inclusión del presente trabajo.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

1. Para la recolección de datos se solicitó autorización a la dirección y a la unidad de estadística del Hospital III Iquitos - ESSALUD, donde se dio a conocer el propósito de la investigación y el responsable de la misma.
2. Para la obtención de los datos se revisó las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de egreso de absceso hepático.
3. Para recolectar la información se usó un instrumento que es la ficha de recolección de datos.
4. Los datos del presente estudio fueron tomados personalmente por el sustentador.

LIMITACIONES

No hubo limitaciones para la obtención y revisión de las historias clínicas de la unidad de estadística del Hospital III Iquitos – ESSALUD

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos obtenidos se compilaron y analizaron mediante el programa Excel 2010 y se expresaron en términos de promedio, porcentaje, desviación estándar y números absolutos.

PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS

Por la naturaleza de este estudio, no se transgredió con los derechos de nuestra población, respetando su anonimato.

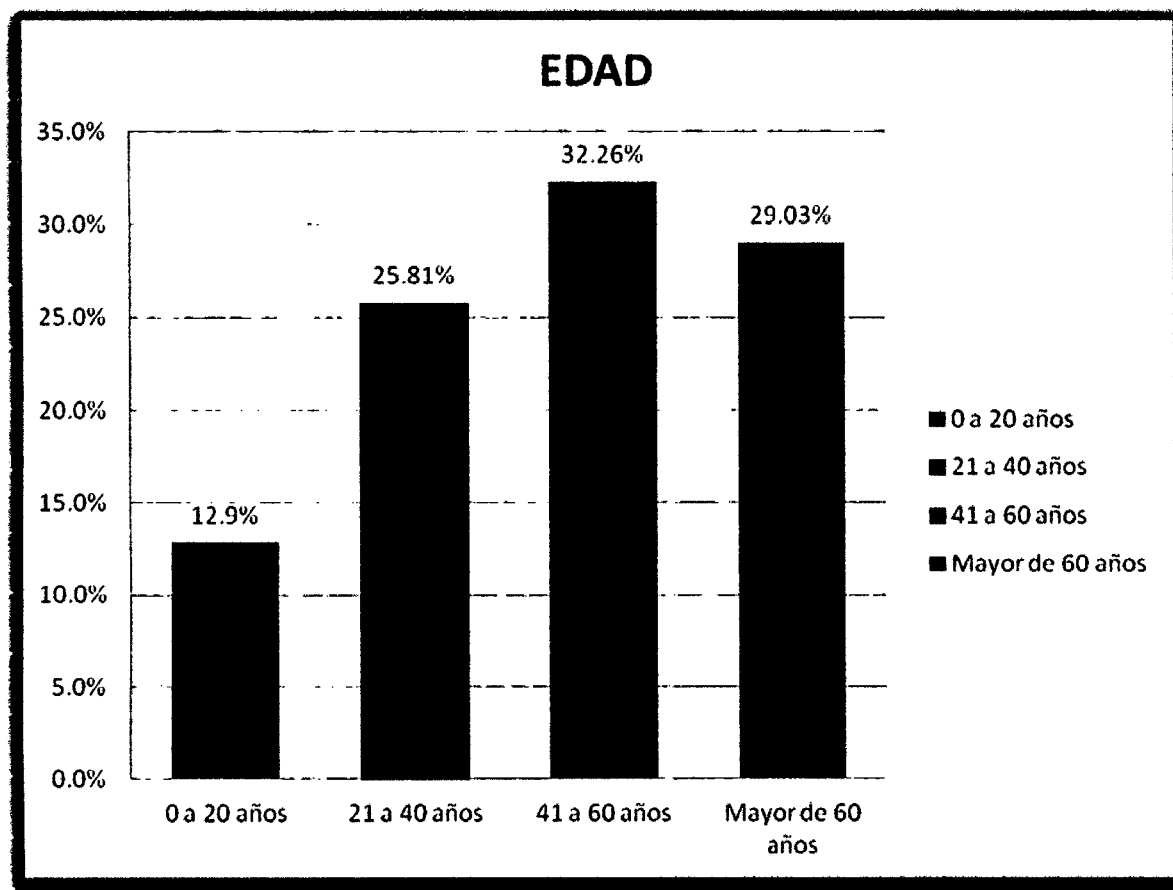
CAPITULO V

V.1. RESULTADOS

En la Unidad de Inteligencia Sanitaria se reportaron 45 casos con diagnóstico de absceso hepático desde el 2007 a 2012. De las cuales 14 no se incluyeron: en 7 no se hallaron historias clínicas en el Archivo, 4 historias clínicas tenían datos incompletos (no reporte operatorio, no resultados de laboratorio o informe de TAC) y en 3 los diagnósticos de las historias clínicas fueron equivocados.

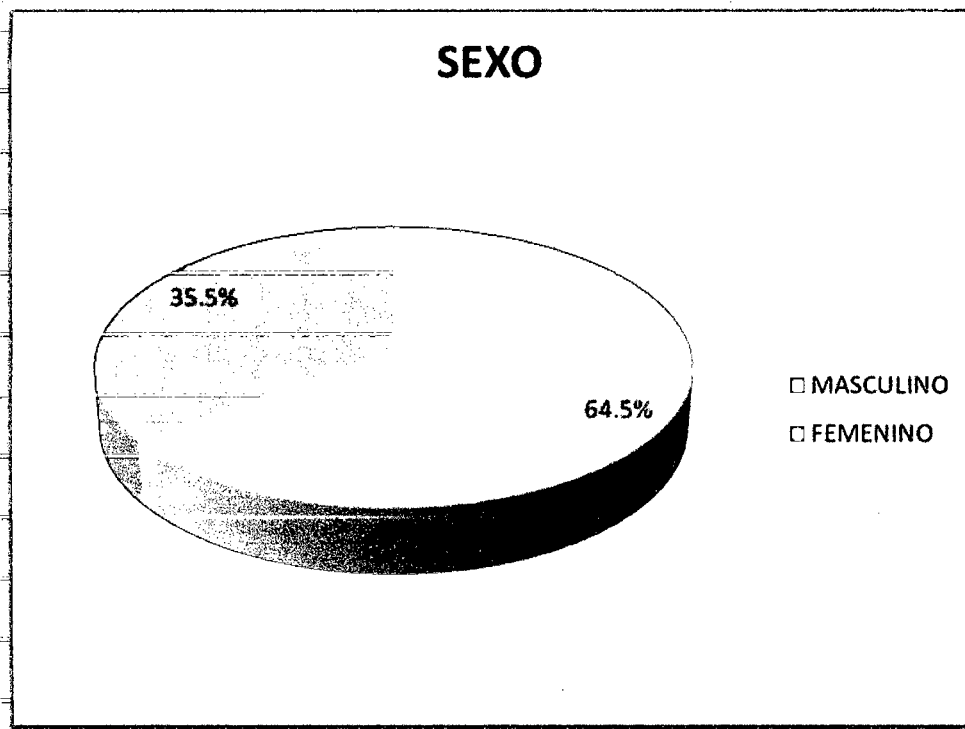
Se encontró que la edad promedio de estos pacientes fue de 47 años, siendo la distribución del grupo etáreo como se muestra en la figura N° 1. Se destaca que el mayor número de casos se encuentra comprendido entre la edad de 41 a 60 años, con un porcentaje de 32.2%, seguida del grupo de pacientes mayor de 60 años, con 29%; luego se encuentra el grupo etáreo de 21 a 40 años, con 25.8% de casos, y finalmente el grupo etáreo de 0 a 20 años con 12.9% de casos.

Fig. N°1 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON A.H. SEGÚN GRUPO ETÁREO



Con respecto al sexo, se encontraron 20/31 casos (64.5%) que correspondían al sexo masculino, y 11/31 casos (35.5%) al sexo femenino. Tal y como se muestra en la figura N°2.

Fig. N°2. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON A. H. SEGÚN SEXO



Entre las manifestaciones clínicas, las más frecuentes en nuestro estudio son el dolor abdominal en el cuadrante superior derecho y la fiebre, con 31/31 (100%) N° de casos y 29/31 (93.55%) N° de casos respectivamente, tal como se muestra en la Tabla N°2. Los demás síntomas y signos se presentan en menos del 40% de los casos.

TABLA N°2: PRINCIPALES MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON A. H.

TABLA N°2		
MANIFESTACIONES CLÍNICAS	N	(%)
FIEBRE	29/31	(93.55%)
DOLOR CSD	31/31	(100%)
HEPATOMEGALIA	12/31	(38.71%)
ANOREXIA	11/31	(35.48%)
NAUSEAS/VOMITOS	11/31	(35.48%)
ICTERICIA	10/31	(32.26%)
TOS SECA	1/31	(3.23%)
DISNEA	5/31	(16.13%)

Se encontraron a 7/31 (22.58%) pacientes con antecedentes de enfermedad disentérica; 4/31 (12.90%) pacientes colecistectomizados; 3/31 (9.68%) pacientes con diabetes mellitus, y 2/31 (6.45%) con antecedentes de enfermedad biliar y de haberse sometido a una apendicectomía. (Tabla N°3).

TABLA N°3: PRINCIPALES ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE LOS PACIENTES CON A. H.

TABLA N°3		
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	N°	(%)
DIABETES MELLITUS	3/31	(9.68%)
ENFERMEDAD BILIAR	2/31	(6.45%)
TRAUMATISMO ABDOMINAL	0	
APENDICECTOMIZADO	2/31	(6.45%)
COLECISTECTOMIZADO	4/31	(12.90%)
NEOPLASIA	0	
ENFERMEDAD DISENTÉRICA	7/31	(22.58%)
NINGUNA	14/31	(45.16%)

La estancia hospitalaria se muestra en la Tabla N°4; donde se aprecia un tiempo promedio de hospitalización de 15.9 días. Con un mínimo de 8 días y un máximo de 40 días.

TABLAN°4: ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES CON A. H.

TABLA N°4	
ESTANCIA HOSPITALARIA	MEDIA + DE
DIAS	15.97+ 8.15

DE: DESVIACIÓN ESTÁNDAR.

Como se describe en la tabla N°5, encontramos que la media del recuento leucocitario al momento del ingreso era de $14,415 /\text{mm}^3 \pm 6,195$; la hemoglobina de 10.95 ± 1.99 g/dl; la bilirrubina total de 1.42 ± 1.3 mg/dl; AST de 67.96 ± 58.4 U/l; ALT de 75.17 ± 49 U/l; creatinina de 1.22 ± 1.2 mg/dl; tiempo de protrombina de 17.19 ± 2.5 seg; y glucosa de 125.97 ± 94.35 mg/dl.

Al momento del ingreso hospitalario, sólo 20/31 (64.5%) pacientes presentaron leucocitosis, 13/31 (41.9%) pacientes anemia y a 7/31 (22.5%) pacientes hiperglicemia.

TABLA N°5: DATOS DE LABORATORIO DE LOS PACIENTES CON A. H.

TABLA N°5	
DATOS DE LABORATORIO	MEDIA \pm DE
RECUESTO LEUCOCITARIO (/mm ³)	14,415 \pm 6,195
HEMOGLOBINA (g/dl)	10.95 \pm 1.99
BILIRRUBINA TOTAL (mg/dl)	1.42 \pm 1.3
AST (U/L)	67.96 \pm 58.4
ALT (U/L)	75.17 \pm 49
CREATININA (mg/dl)	1.22 \pm 1.2
T. DE PROTROMBINA (seg)	17.19 \pm 2.5
GLUCOSA (mg/dl)	125.97 \pm 94.35

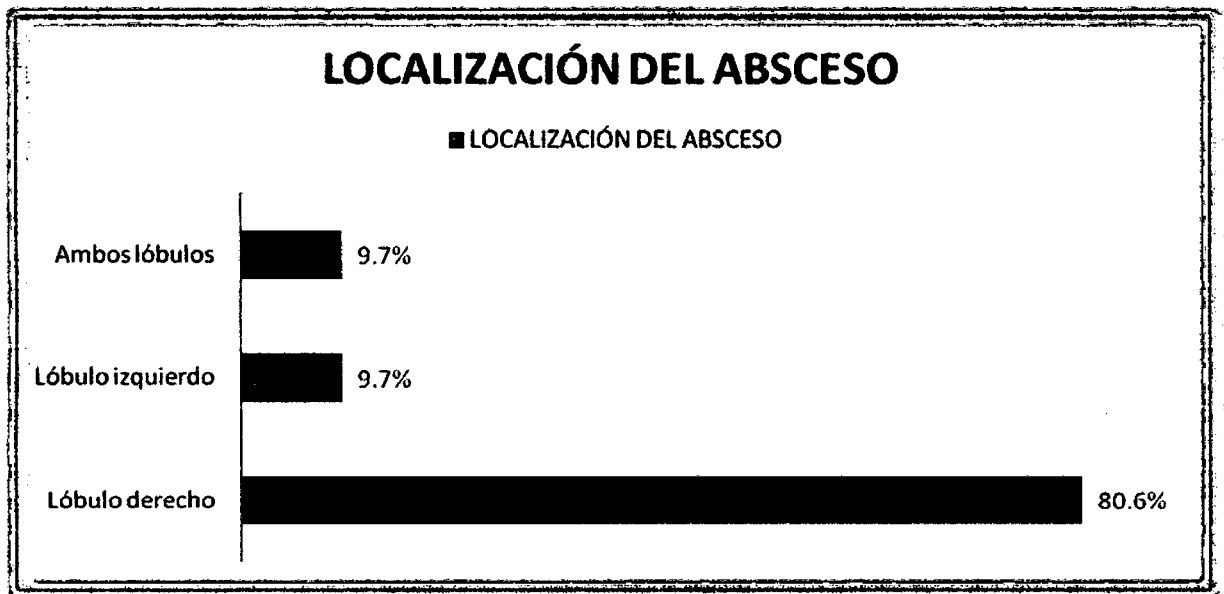
En 26/31 pacientes (83.87%) el diagnóstico de absceso hepático se hizo en base a hallazgos ecográficos y tomográficos, sólo en 5 pacientes se hizo en base mediante ecografía (Tabla N°6).

TABLA N°6: EXAMEN IMAGENOLÓGICO UTILIZADO

TABLA N°6		
EXAMEN IMAGENOLÓGICO UTILIZADO	N°	(%)
ECOGRAFÍA	5/31	(16.13%)
TAC	0	
AMBOS	26/31	(83.87)

En 25/31 (80.6%) pacientes la localización del absceso se encontró en el lóbulo derecho, en 3/31 (9.7%) pacientes en el lóbulo izquierdo y en ambos lóbulos, tal como se muestra en el gráfico N°3.

Figura N°3. DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA LOCALIZACIÓN DEL A. H.



Veinticuatro pacientes (77.4%) tenían un diámetro del absceso mayor de 5cm, 6/31 (19.3%) pacientes un diámetro comprendido entre 3 a 5cm, y sólo un paciente tenía diámetro menor de 3cm. El promedio del diámetro del absceso fue de 6.94cm con una desviación estándar de ± 2.68 .

TABLA N°7: TAMAÑO DEL ABSCESO HEPÁTICO

TABLA N°7		
TAMAÑO DEL ABSCESO	N°	(%)
1 a 3cm.	1/31	(3.23%)
Mayor de 3cm a 5cm.	6/31	(19.3%)
Mayor de 5cm.	24/31	(77.4%)

Como se muestra en la Tabla N°8, encontramos a 26/31 (83.87%) pacientes con absceso hepático único, 3/31(9.68%) pacientes con 2 abscesos hepáticos, y sólo 1/31 (3.23%) con 3 y más de 3 abscesos hepáticos.

TABLA N°8: DISTRIBUCIÓN SEGÚN NÚMERO DE ABSCESOS HEPÁTICOS

TABLA N°8		
NÚMERO DE ABSCESOS	N°	(%)
1	26/31	(83.87%)
2	3/31	(9.68%)
3	1/31	(3.23%)
Mayor de 3	1/31	(3.23%)

Se encontró que la terapia antibiótica más utilizada consistió en la asociación de Metronidazol más Ceftriaxona (20/31 pacientes), seguida de Ciprofloxacino más Metronidazol (8/31 pacientes); en todo caso, utilizaron en algún momento Metronidazol 27/31 pacientes (87%), Ceftriaxona 22/31 pacientes (70.9%), y Ciprofloxacino 10/31 pacientes (32.2%).

Figura N°4. DISTRIBUCIÓN SEGÚN ASOCIACIÓN ANTIBIÓTICA

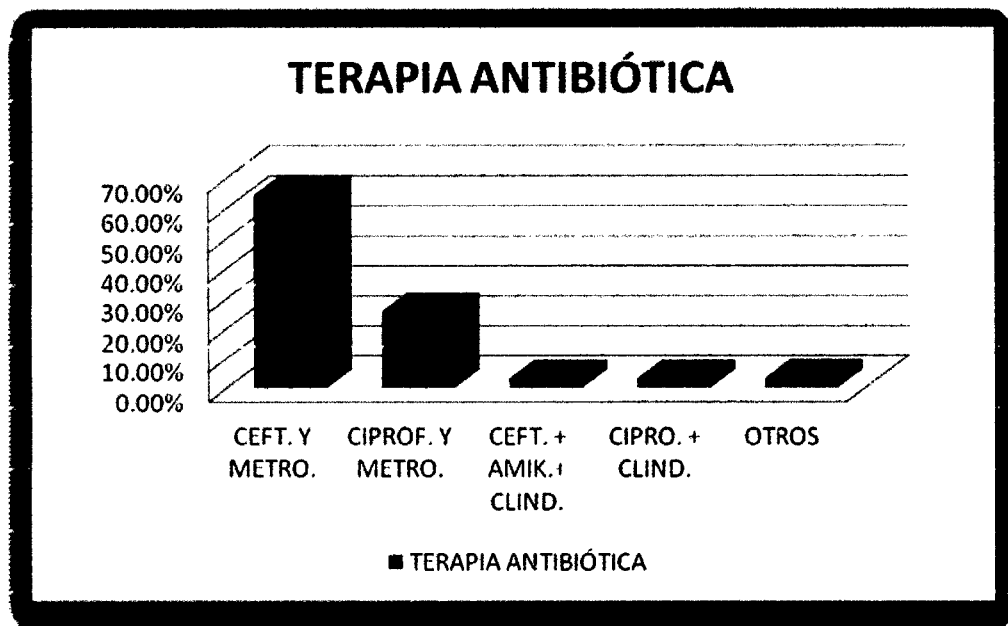
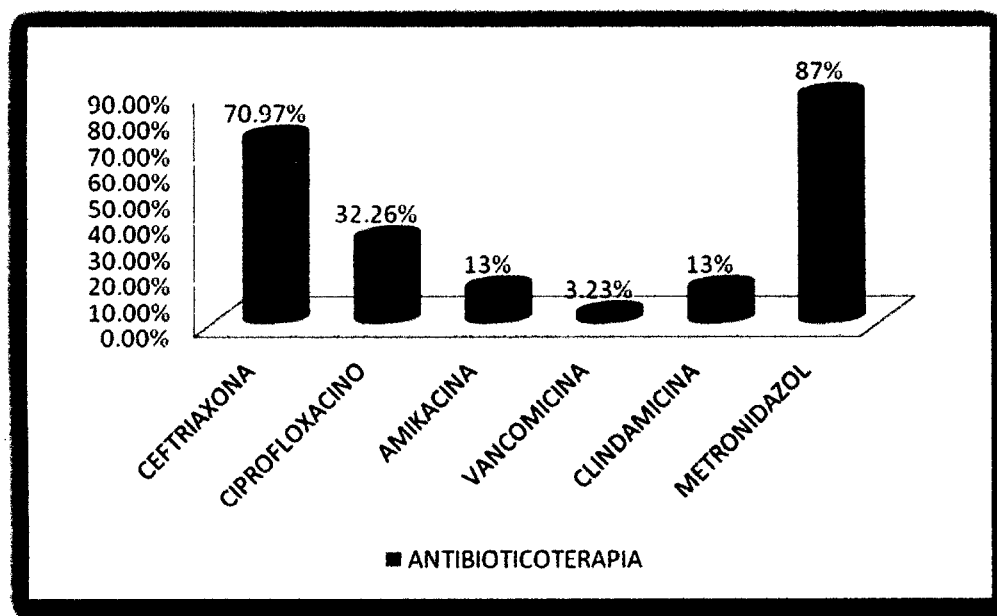


Figura N°5. DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTIBIÓTICOS UTILIZADOS



Adicionalmente al tratamiento antibiótico, encontramos que 22/31 (71%) pacientes ingresaron a cirugía abierta, 1/31 (3.23%) paciente fue manejado con drenaje más colocación de catéter percutáneo, y 8/31 sólo manejo médico conservador. No se registró ningún fallecimiento entre los pacientes comprendidos en nuestro estudio.

TABLA N°9: TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON A. H.

TABLA N°9		
TRATAMIENTO	N°	(%)
Cirugía Abierta	22/31	(71%)
Drenaje percutáneo	1/31	(3.23%)
Sólo manejo conservador	8/31	(25.81%)

V.2. DISCUSIÓN

El absceso hepático es una patología infrecuente en países desarrollados, reportándose entre 5 y 20 casos por 100.000 ingresos hospitalarios.³³

Alrededor del 10% de la población mundial está crónicamente infectada por *Entamoeba histolytica*, con una elevada prevalencia en México, Sudáfrica, áreas del Oriente medio, zonas oeste de África y Sudamérica³⁴; algunas series mencionan que de un 3 a 9% de personas desarrollará absceso hepático en el curso evolutivo de la enfermedad.^{1,3,22}

S. LODHI et al reporta que los pacientes con absceso hepático amebiano son más jóvenes, en su mayoría varones, con abscesos fácilmente tratables, solitarios y ubicados en el lóbulo derecho; en tanto los de origen piógeno, ocurren más comúnmente en pacientes mayores de 60 años y en hombres.

En nuestro estudio, se encontró que el grupo etáreo más frecuente estaba comprendido entre la edad de 41 a 60 años (32.2%), con una edad media de 47 años, y en su mayoría del sexo masculino (64.5%); resultados similares se hallaron en un estudio realizado por LEONIDAS CARRILLO ÑAÑEZ et al. en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en 5 años, en donde se reportó que la edad media fue de 47.8 años, y 52.2% fueron varones¹. A. COSME et al en su estudio comparativo de absceso hepático piógeno versus amebiano, encontró que la edad media de los pacientes con absceso hepático amebiano fue de 42 años, y la edad media de los pacientes con absceso hepático piógeno fue de 61 años y 11 meses.³⁵

LEONIDAS CARRILLO ÑAÑEZ et al y A. COSME et al, mencionan que tanto en los abscesos hepáticos de etiología amebiana o piógena no existe una diferencia marcada en la clínica, ya que en ambas, más del 90% de pacientes experimentan pérdida de peso, fiebre, dolor abdominal y malestar general, además de náuseas, vómitos, anorexia y cefalea. Al examen físico encuentran ictericia (36.9%) y dolor en cuadrante superior derecho a la percusión (71.7%). En los abscesos sub diafragmáticos suele existir sintomatología respiratoria como tos y dolor pleurítico irradiado a hombro derecho¹.

En nuestro estudio se encontraron que la mayoría de nuestros pacientes presentó dolor en cuadrante superior derecho (100% de los casos) y fiebre (93.55% de los casos), en tanto que sólo un paciente presentó tos, y cinco pacientes presentaron disnea, los cuales no eran consecuencia de la localización subdiafragmática del absceso, sino de patologías asociadas que presentaron los pacientes, como asma bronquial, neumonía e insuficiencia respiratoria.

En una gran proporción de pacientes con absceso hepáticos no se registran antecedentes patológicos de importancia y por lo tanto la causa es desconocida; son los llamados abscesos hepáticos criptogénicos³⁶. Distintas series^{1, 6, 13, 20}, concuerdan que éste es el tipo de absceso más predominante, no siendo la excepción en nuestro estudio, ya que encontramos un porcentaje cercano al 50% de pacientes con este tipo de absceso en los que no se pudo establecer la etiología.

Dada las condiciones climáticas y sanitarias de nuestra región, sería lógico pensar que la mayoría de abscesos hepáticos serían de etiología amebiana.^{2, 11} En nuestro estudio encontramos que un 22.58% de pacientes presentaron antecedentes de enfermedad disintérica, recordando siempre que sólo el 10% de los pacientes con amebiasis presentarían síntomas, y el resto (la gran mayoría) serán asintomáticos^{1, 11}.

No es posible aportar información precisa respecto a la etiología en nuestro estudio, debido a que no se realiza el test de seroameba en dicho hospital tras identificar un probable absceso hepático; y sólo en dos pacientes se solicitó cultivo y Gram de secreción, obteniéndose resultados negativos para ambos casos.

El tiempo promedio de hospitalización en nuestro estudio fue de 15.97 días con una desviación estándar de ± 8.15 días. J. PUEBLA CLARK et al (2012) en un estudio retrospectivo efectuado en el Hospital General del Estado de Sonora entre noviembre de 2005 y noviembre de 2007, con 50 pacientes con absceso hepático amebiano reportó que la estancia media intrahospitalaria fue de 11 días con una desviación estándar de ± 8.17 días. A. COSME et al. (2010). En su estudio comparativo de absceso hepático piógeno versus amebiano, encontró una estancia media global de 27 días para el absceso piógeno y 18 días para el absceso amebiano.

En los abscesos hepáticos se puede encontrar leucocitosis, anemia, y elevación discreta de bilirrubinas y transaminasas³⁷; LEONIDAS CARRILLO ÑAÑEZ et al, encontró un promedio de: hemoglobina de 10.56 g/dl, leucocitos 17.83mil/mm³, creatinina de 1.15 mg/dl, bilirrubina total de 2.92 mg/dl, TGO 68.5 y TGP de 53.5 U/l. Nuestros resultados mostraron similitud con lo antes mencionado: media del recuento leucocitario al momento del ingreso era de 14,415 /mm³ ± 6,195; la hemoglobina de 10.95 ± 1.99 g/dl; la bilirrubina total de 1.42 ± 1.3 mg/dl; AST de 67.96 ± 58.4 U/l; ALT de 75.17 ± 49U/l; creatinina de 1.22 ± 1.2mg/dl; y el tiempo de protrombina de 17.19 ± 2.5 seg.

Encontramos un promedio de glicemia de 125.97 ± 94.35 mg/dl, de los cuales 7/31 pacientes presentaron hiperglicemia al momento del ingreso hospitalario, y sólo 3 tenían antecedentes de diabetes mellitus. El promedio elevado que encontramos puede deberse a que además de los pacientes diabéticos con hiperglicemia secundaria a la descompensación de su Diabetes por la infección hepática, los otros 4 estaban recibiendo infusión de dextrosa al 5% al momento de la determinación de la glicemia.

La ecografía abdominal es considerada por algunos como el examen inicial en el diagnóstico de absceso hepático, por ser una técnica inocua, barata, rápida y con alta sensibilidad diagnóstica que varía entre el 80 y el 96%³⁸.

La TAC abdominal con contraste es la técnica de elección para el diagnóstico de los abscesos hepáticos con una sensibilidad cercana al 100%, mayor que la de la ecografía; además, puede aportar información acerca de la existencia de una enfermedad abdominal asociada relacionada con el absceso, como apendicitis, diverticulitis, etc.³⁹

Nuestro estudio encontró que la ecografía abdominal asociado a la TAC abdominal con contraste fueron de ayuda al diagnóstico imagenológico en el 83.87% de los casos, y en 5 casos (16.13%) se utilizó sólo la ecografía como herramienta diagnóstica.

La gran incidencia de abscesos hepáticos ubicados en el lóbulo derecho vista en nuestro estudio (80.6% de los casos) y muchas otras series, se debe a la anatomía del sistema venoso portal, dado que la vena porta derecha tiene un curso extrahepático más corto y menos tortuoso, cuando se compara con la vena porta izquierda. De esta manera, nuestros

resultados concuerdan con: J.A. ÁLVAREZ PÉREZ et al, encontró un 71 a 72% de casos de abscesos hepáticos ubicados en el lóbulo derecho⁴⁰, JORGE GABRIEL PUEBLA CLARK et al, encontró un 74% de casos⁴¹, SILVIA BAZÁN PORTOCARRERO et al, un 79.16% de casos.⁴²

Con respecto al tamaño del absceso hepático, nuestro estudio encontró que el 77.4% de casos, tenían un diámetro del absceso mayor de 5cm, y el promedio del diámetro del absceso fue de 6.94cm con una desviación estándar de ± 2.68 . Estos resultados concuerdan con los hallazgos de: LEONIDAS CARRILLO ÑAÑEZ et al, que reportó un diámetro promedio de 7cm, y un 69.56% de casos que presentaron un diámetro del absceso hepático mayor de 5cm⁴³; y también guardan similitud con los resultados de SILVIA BAZÁN PORTOCARRERO et al, que reportó un tamaño promedio del diámetro del absceso hepático de 6.78cm.

En relación al número de abscesos, encontramos un 83.8% de casos que tenían absceso hepático único, y el resto (16.2%) con abscesos hepáticos múltiples; estos resultados se asemejan a los obtenidos por LEONIDAS CARRILLO ÑAÑEZ et al (73% de casos), SILVIA BAZÁN PORTOCARRERO et al (70.8% de casos), JORGE GABRIEL PUEBLA CLARK et al (76% de casos) y J.A. ÁLVAREZ PÉREZ et al (79% de casos), en quienes se demostró una predominancia del absceso hepático único sobre los abscesos múltiples.

El manejo antibiótico del absceso hepático amebiano se basa en el uso de metronidazol o tinidazol, asociado o no a drenaje quirúrgico. En el absceso hepático piógeno, el tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro debe ser instalado tan pronto como se sospeche el diagnóstico y éste puede variar según el resultado de los cultivos realizados⁴⁴.

En nuestro estudio se observó el uso precoz de antibióticos para cubrir tanto etiología amebiana como piógena. El tratamiento antibiótico se combinó con el tratamiento quirúrgico, obteniéndose resultados favorables.

Dada la variedad de antibióticos utilizados, se demuestra la falta de protocolos de manejo. A pesar de esto no hubo ningún fallecido en nuestro estudio.

CAPITULO VI

VI.1. CONCLUSIONES

- En el hospital III Iquitos Essalud, el absceso hepático es una patología que se presenta en personas de mediana edad, prevaleciendo el sexo masculino sobre el femenino.
- Las manifestaciones clínicas encontradas con mayor frecuencia fueron dolor en el cuadrante superior derecho y fiebre.
- La enfermedad disentérica y la colecistectomía fueron los principales antecedentes patológicos encontrados.
- Como principales hallazgos de laboratorio se encontraron leucocitosis, anemia, elevación discreta de transaminasas y bilirrubina.
- El tiempo de estancia hospitalaria fue de 15.9 días como promedio.
- La localización del absceso hepático que predominó en los pacientes fue en el lóbulo derecho (80.6%).
- El absceso hepático único se evidenció en más del 80% de los casos.
- La combinación terapéutica de metronidazol más Ceftriaxona fue la más utilizada en los pacientes con absceso hepático.
- El tamaño mayor de 5cm. de los abscesos hepáticos encontrados, explica el tratamiento quirúrgico de éstos pacientes.

CAPITULO VII

VII.1. RECOMENDACIONES

1. Mejorar el llenado de las historias clínicas por parte del personal de salud encargado, así como el control de éstas por parte de los jefes respectivos.
2. Tener un mayor control y registro de las historias clínicas, dado que muchas historias a pesar de haberse reportado en la unidad de epidemiología y estadística, no fueron ubicadas en los archivos médicos.
3. Tratar de implementar el servicio de laboratorio con test serológicos que nos ayuden a diferenciar etiología amebianas versus piógena; así como concientizar al personal médico la necesidad de establecer la etiología del absceso hepático.
4. Solicitar TAC abdominal con contraste a todo paciente con dolor en el cuadrante superior derecho y fiebre.
5. Implementar protocolos de manejo antibioticoterápicos.
6. Administrar precozmente antibióticos que cubran etiología amebiana y piógena, cuando no sea posible determinar la etiología exacta.
7. Promover el drenaje percutáneo como alternativa terapéutica en absceso hepático cuando esté indicada, implementando el trabajo en equipo y la capacitación del personal médico.

ANEXO I

**“PRINCIPALES CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS,
CLINICAS Y DE MANEJO DEL ABSCESO HEPATICO EN EL
HOSPITAL III IQUITOS ESSALUD – PERU. ENERO 2007 –
DICIEMBRE 2012”.**

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Nº:

1.- Edad:

- | | | | |
|-----------------|-----|---------------------|-----|
| a) 0 a 20 años | () | c) 41 a 60 años | () |
| b) 21 a 40 años | () | d) Mayor de 60 años | () |

2.- Sexo:

- | | |
|--------------|-----|
| a) Masculino | () |
| b) Femenino | () |

3.- Manifestaciones clínicas:

- | | | | |
|------------------|-----|----------------------|-----|
| a) Fiebre | () | e) Náuseas / Vómitos | () |
| b) Dolor CSD | () | f) Ictericia | () |
| c) Hepatomegalia | () | g) Tos seca | () |
| d) Anorexia | () | h) Disnea | () |

4.- Antecedentes patológicos:

- | | |
|---------------------------|-----|
| a) Diabetes Mellitus | () |
| b) Enfermedad biliar | () |
| c) Traumatismo abdominal | () |
| d) Apendicectomizado | () |
| e) Colecistectomizado | () |
| f) Neoplasia | () |
| g) Enfermedad disintérica | () |
| h) Ninguna | () |

5.- Estancia hospitalaria: N°... días

6.- Datos de Laboratorio:

- a) Recuento leucocitario
- b) Hemoglobina
- c) Bilirrubina total
- d) AST ...
- e) ALT (UI/L)
- f) Creatinina
- g) T. de protrombina
- h) Glucosa

7.- Examen imagenológico utilizado:

- a) Ecografía
- b) Tomografía Axial C.
- c) Ambos

8.- Localización del absceso:

- a) Lóbulo derecho
- b) Lóbulo izquierdo
- c) Ambos lóbulos

9.- Tamaño del absceso:

- a. 1 a 3cm.
- b. Mayor de 3 a 5cm.
- c. Mayor de 5cm.

10.- Número de abscesos:

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) Mayor de 3

11.- Antibioticoterapia:

- | | | | |
|-------------------|-----|-----------------|-----|
| a) Ceftriaxona | () | e) Vancomicina | () |
| b) Ciprofloxacino | () | f) Imipenem | () |
| c) Amikacina | () | g) Clindamicina | () |
| d) Gentamicina | () | h) Metronidazol | () |

12.- Tratamiento quirúrgico:

- | | |
|-----------------------------------|-----|
| a) Cirugía abierta | () |
| b) Drenaje Percutáneo | () |
| c) Tratamiento médico conservador | () |

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-
- ¹ LEONIDAS CARRILLO ÑAÑEZ et al. Absceso Hepático: Características Clínicas, Imagenológicas y manejo en el Hospital Loayza. Lima: 2010, Vols. 30-1, p. 47.
- ² GONZALES V. et al. De amibas y amebiasis. Elementos 87. 2012, p. 13 -18
- ³ SEETO RK et al. Pyogenic liver abscess. Medicine (Baltimore) 1996; 75: p. 99-113
- ⁴ C.J. HUANG, H.A. PITT, et al., Pyogenic hepatic abscess. Changing trends over 42 years, Ann Surg 223 (1996), p. 600–607.
- ⁵ RAHIMIAM J et al. Pyogenic Liver Abscess. Recent Trends in etiology and mortality. Clin Infect Dis 2004; 39: 1654 – 59.
- ⁶ BARRERA M. et al. Absceso hepático. Rev. Gastroenterol. 2010; Vol 21, N°2. p.309.
- ⁷ LEONIDAS CARRILLO ÑAÑEZ et al. Absceso Hepático: Características Clínicas, Imagenológicas y manejo en el Hospital Loayza. Opcit 1. p 48.
- ⁸ BARRIO J et al. Abscesos hepáticos piógenos de origen bacteriano. Estudio de una serie de 45 casos. Rev Esp Enf Digest 2000; 92: 232-235.
- ⁹ GONZALES V. et al. De amibas y amebiasis. Opcit 2. p.14.
- ¹⁰ MIEDEMA BW et al. The diagnosis and treatment of pyogenic liver abscesses. Ann Surg 1984; 200: 328-334.
- ¹¹ GARRISON RN et al. Absceso hepático. Absceso subfrénico. En: Blumgart LH, editor. Cirugía del hígado y de las vías biliares. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1990;1088-1100.
- ¹² BALASEGARAM M. Hepatic calculi. Ann Surg 1972; 175:149-154.
- ¹³ J.A. ÁLVAREZ PÉREZ et al. Abscesos hepáticos piógenos. CIRUGÍA ESPAÑOLA. Vol. 70, Septiembre 2001, Número 3. p.165.
- ¹⁴ BARRERA M. et al. Absceso hepático. Opcit 5. p. 309.
- ¹⁵ GONZALES V. et al. De amibas y amebiasis. Opcit 2. p.13.
- ¹⁶ SCHWARTZ BF. Principios de cirugía. 9a ed. México: McGraw-Hill. 2010: p.1115-1117.

-
- ¹⁷ HERRERA GOMAR et al. Absceso hepático amebiano. *Médica Sur México* 2003; 10: 35-7.
- ¹⁸ GONZALES V. et al. De amibas y amebiasis. *Opcit* 2. p. 16.
- ¹⁹ HAQUE R, MOLLAH NU et al. Diagnosis of amebic liver abscess and intestinal infection with the TechLab Entamoeba histolytica II antigen detection and antibody ests. *J Clin Microbiol* 2000; 38: 3235-9.
- ²⁰ SEETO RK et al. Pyogenic liver abscess. Changes in etiology, management, and outcome. *Medicine* 1996; 75: 99-113.
- ²¹ GARRISON RN et al. Absceso hepático. Absceso subfrénico. En: Blumgart LH, editor. *Cirugía del hígado y de las vías biliares*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1990; 1088-1100.
- ²² 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
- ²³ SCHWARTZ BF. Principios de cirugía. *Opcit* 6. p. 1116.
- ²⁴ MALTZ G & KNAUER CM. Amebic liver abscess: a 15-year experience. *American Journal of Gastroenterology* 1991 ; 86 : 704–710.
- ²⁵ BARRERA M. et al. Absceso hepático. *Rev. Gastroenterol.* 2010 ; Vol 21, N°2. p.311.
- ²⁶ BARRERA M. et al. Absceso hepático. *Opcit* 5. p. 310.
- ²⁷ WING CHIU et al. Audit of Management of pyogenic liver abscess in a tertiary referral hospital. *Surgical Practice* 2008; 12: 7-10.
- ²⁸ SCHWARTZ BF. Principios de cirugía. *Opcit* 6. p. 1116.
- ²⁹ BERTEK CK. et al. Treatment of piogenic hepatic abscess. Surgical vs percutaneous drainage. *Arc Sur* 1986; 121: 554-8.
- ³⁰ S. BAZAN et al. Drenaje percutáneo de absceso piógeno hepático: Eficacia del manejo. *Rev. Gastroenterol. Perú* 2003; 23: 18.
- ³¹ ROBERT JH. et al. Critical review of the treatment of pyogenic hepatic abscess. *Surgr Gynecol Obst.* 1992; 174: 97-102.

³² JORGE GABRIEL PUEBLA CLARK. Particularidades del absceso hepático amebiano en México. *Med Int Mex* 2012; 28:440-445.

³³ LEONIDAS CARRILLO ÑAÑEZ et al. Absceso Hepático: Características Clínicas, Imagenológicas y manejo en el Hospital Loayza. *Opcit* 1. p 47.

³⁴ A. COSME et al. Absceso hepático versus amebiano. *Rev Esp Enferm Dig.* Vol 102 N° 2, p 91. 2010.

³⁵ A. COSME et al. Absceso hepático versus amebiano. *Opcit* 34. p97.

³⁶ J.A. ÁLVAREZ PÉREZ et al. Abscesos hepáticos piógenos de origen criptogénico. *Opcit* 13. p. 473.

³⁷ LEONIDAS CARRILLO ÑAÑEZ et al. Absceso Hepático: Características Clínicas, Imagenológicas y manejo en el Hospital Loayza. *Opcit* 1. p50.

³⁸ S. LODHI et al. Features distinguishing amoebic from pyogenic liver abscess. *Opcit* 22. p 720.

³⁹ A. COSME et al. Absceso hepático versus amebiano. *Opcit* 34. p48.

⁴⁰ J.A. ÁLVAREZ PÉREZ et al. Abscesos hepáticos piógenos de origen criptogénico. *Opcit* 13. p. 475

⁴¹ JORGE GABRIEL PUEBLA CLARK. Particularidades del absceso hepático amebiano en México. *Opcit* 32. p 443.

⁴² S. BAZAN et al. Drenaje percutáneo de absceso piógeno hepático: Eficacia del manejo. *Opcit* 30. p19.

⁴³ LEONIDAS CARRILLO ÑAÑEZ et al. Absceso Hepático: Características Clínicas, Imagenológicas y manejo en el Hospital Loayza. *Opcit* 1. p 48.

⁴⁴ LEONIDAS CARRILLO ÑAÑEZ et al. Absceso Hepático: Características Clínicas, Imagenológicas y manejo en el Hospital Loayza. *Opcit* 1. p 50.