

Prevalencia de abscesos hepáticos en el Hospital General del Oeste. Período 2008-2010

Autores María Ollarves,¹ María Gori,¹ Gabriel Echeverría,¹ William Folkmanas,² Beatriz Linares,² José Rodríguez,² Sonia Mendoza²

Afiliación Servicio de Gastroenterología. Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández". ¹Residentes del Postgrado de Gastroenterología. Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela. HGO. ²Adjuntos del Servicio de Gastroenterología "Dr. Simón Becker" HGO. Caracas -Venezuela.

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2011;65(4):353-358. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 0016-3503.

Autor correspondiente: Dra. María Fernanda Ollarves. Médico Gastroenterólogo. Centro Médico de Caracas, Caracas, Venezuela

Correo-e: mfolllarves@gmail.com

Fecha de Recepción: 15 septiembre 2010 Fecha de Revisión: septiembre 2011 Fecha de Aprobación: octubre 2011.

Resumen

Introducción: Los abscesos hepáticos tienen múltiples etiologías, siendo los amebianos endémicos en los países en desarrollo, con una incidencia de 21 en 100.000 habitantes, generalmente son únicos y se ubican en el lóbulo derecho. Son más prevalentes en el sexo masculino, entre la tercera y quinta década de la vida. La mortalidad depende de la diferenciación entre el absceso piógeno, que es de alta mortalidad (hasta 40%) y que con frecuencia requiere drenaje, y el amebiano que es de nula mortalidad, el cual requerirá drenaje, dependiendo de su tamaño y de algunas localizaciones críticas. El objetivo de nuestro trabajo fue determinar la prevalencia y características ultrasonográficas de los abscesos hepáticos en el servicio de gastroenterología del Hospital General del Oeste.

Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de los hallazgos ultrasonográficos en pacientes con diagnóstico de absceso hepático, que acudieron al servicio de Gastroenterología del Hospital General del Oeste, entre el año 2008 y el año 2010.

Resultados: Se incluyeron un total de 58 pacientes. De los cuales el 72.4% fueron del sexo masculino y 27.5% del sexo femenino. Con una edad promedio de 37.6 años. El principal hallazgo ultrasonográfico fue absceso hepático único en 86.7%, de tamaño mediano (43.1%), con ubicación en el lóbulo derecho (84.4%). El 100% de los pacientes recibió tratamiento médico basado en antibioticoterapia, en 87.93% sólo se indicó tratamiento médico, 5.17% drenaje percutáneo y 6.89% drenaje quirúrgico.

Conclusión: Los abscesos hepáticos en nuestro centro son más frecuentes en el sexo masculino, siendo el hallazgo ultrasonográfico más común la presencia de abscesos medianos, únicos y ubicados en lóbulo derecho. En cuanto al tratamiento, la totalidad de los pacientes recibió antibioticoterapia oral o endovenosa, siendo bajo el porcentaje de pacientes que ameritó el drenaje de los mismos.

Palabras clave: Absceso hepático, Hallazgos ultrasonográficos.

Summary

Introduction: Liver abscesses have multiple etiologies, with the amoebic form as a endemic in developing countries, with an incidence of 21 in 100,000 people, they are unique and are usually located in the right lobe. They are more prevalent in males between the third and fifth decade of life. Mortality depends on the differentiation between pyogenic abscess, which is a high mortality (up to 40%) and often requires drainage, and amoebic which is no mortality, which require drainage, depending on their size and some locations criticism. The aim of our study was to determine the prevalence and ultrasonographic features of liver abscesses in the department of gastroenterology at the Hospital General del Oeste.

Methods: We conducted a retrospective review of ultrasound findings in patients with liver abscess, who attended the Gastroenterology Service of the Western General Hospital, between 2008 and 2010.

Results: A total of 58 patients. Of which 72.4% were male and 27.5% female. With an average age of 37.6 years. The main finding was ultrasonographic liver abscess in 86.7% single, medium-sized (43.1%), with location in the right lobe (84.4%). 100% of the patients received medical treatment based on antibiotic therapy in only 87.93% indicated medical treatment, 5.17% percutaneous drainage and 6.89% surgical drainage.

Conclusion: Liver abscesses in our hospital are more frequent in males, being the most common ultrasonographic finding: abscesses medium, unique and located in the right lobe. As for treatment, all patients received oral or intravenous antibiotics, with low percentage of patients that required draining them.

Key words: Liver abscess, Ultrasound findings.

Introducción

El absceso hepático se define como una colección purulenta localizada en el parénquima hepático, resultante de cualquier proceso infeccioso. Las causas más comunes son las infecciones abdominales, tales como apendicitis, diverticulitis, enfermedad inflamatoria intestinal, perforación intestinal, infecciones sistémicas como endocarditis bacteriana o la manipulación del tracto biliar.¹

De los abscesos intraabdominales, un 25% son viscerales y cerca de la mitad de ellos son propios del hígado.² Los abscesos hepáticos pueden ser únicos o múltiples y se deben a diseminación hematogena o por extensión local a partir de una infección circunvecina al hígado.

Existen tres tipos principales de abscesos hepáticos, basándose en su etiología:³ abscesos hepáticos piógenos, amebianos y fúngicos.

Absceso hepático piógeno

Es una enfermedad secundaria con un foco primario generalmente demostrable, tiende a ser polimicrobiano y es la forma más frecuente en países desarrollados. Algunas de las bacterias más comunes que causan un absceso hepático purulento incluyen:³

- *Streptococcus milleri*
- *Escherichia coli*
- *Streptococcus fecalis*
- *Klebsiella*
- *Proteus vulgaris*
- Patógenos oportunistas como el estafilococo.

Escherichia coli es más frecuente en las dos terceras partes, seguida por el *S. faecalis*, *Klebsiella* y *Proteus vulgaris*.

Los abscesos múltiples son comunes en pacientes inmunosuprimidos y se deben considerar varios organismos etiológicos. La edad de presentación oscila entre los 40 y 60 años, con mayor predilección por el sexo femenino.

Vías de diseminación

a) **Vía biliar (40%)**. La colangitis ascendente es la causa más frecuente de absceso hepático piógeno. La colangitis ascendente es una complicación frecuente de las obstrucciones biliares, especialmente las parciales, tanto benignas como malignas y, entre ellos figuran los cálculos y malformaciones como la enfermedad de Caroli. Es frecuente como consecuencia de instrumentación endoscópica y en pacientes con anastomosis biliodigestivas.

b) **Pileflebitis portal (25%)**. Esta entidad es muy rara desde la introducción de los antibióticos. Es secundaria a un foco infeccioso intraabdominal. Su causa principal es la apendicitis aguda, pero también enfermedades sépticas de pelvis, colecistitis piógenas, diverticulitis, peritonitis por perforaciones viscerales, úlceras del colon, dehiscencias anastomóticas y hasta hemorroides infectadas. Curiosamente, los abscesos hepáticos son raros tanto en la enfermedad de Crohn como en la colitis ulcerosa.

c) **Arteria hepática**. Este vaso puede llevar al hígado una infección en pacientes con bacteremias, que son la segunda causa en frecuencia de los abscesos solitarios. Sin embargo, apenas 10-26% de los pacientes con este tipo de absceso presentan hemocultivos positivos.

d) **Extensión directa (25%)**. Ocurre por contigüidad de infecciones en órganos adyacentes, tales como estómago o duodeno,

o en los espacios subfrénicos.

e) Lesiones **penetrantes o contusas** del hígado.

f) **Criptogénica**. El foco primario no es identificable en 20-25% de los casos, se ve en pacientes diabéticos.

g) La **vía linfática**, que podría tener algún rol, es cuestionada por muchos autores.

Absceso hepático amebiano

Causado por el parásito *Entamoeba histolytica*. La *E. histolytica* es un parásito que se encuentra en todas las regiones del mundo y causa abscesos hepáticos en adultos de edad media y predomina en hombres 9:1 sobre las mujeres.¹ El absceso hepático amebiano es una entidad muy rara en países desarrollados como España. En países en vías de desarrollo, como Vietnam, donde la infección por *E. histolytica* es endémica, la incidencia anual del absceso hepático amebiano es de 21 casos por 100.000 habitantes.⁴

Dos parásitos son capaces de producir un absceso hepático: el *Echinococcus granulosus* y la *Entamoeba histolytica*. Los quistes por *E. granulosus* son lesiones que pueden romperse e infectarse con otros microorganismos o infectar a otros órganos adyacentes al hígado. El diagnóstico es por lo general serológico (ELISA), ultrasonido o una TAC.⁵ Las serologías suelen volverse negativas en seis a doce meses. El tratamiento implica la administración de antihelmínticos como el albendazol. Por su parte, la *E. histolytica* atraviesa el colon e invade el sistema porta por donde logra infectar al hígado.

Los factores de riesgo para el absceso hepático amebiano son, entre otros:

- Alcoholismo
- Cáncer
- Actividad homosexual, especialmente en hombres
- Inmunodepresión
- Desnutrición
- Edad avanzada
- Embarazo
- Viaje reciente a una región tropical
- Uso de esteroides

Clínicamente, es muy difícil distinguir un absceso hepático amebiano de un absceso hepático purulento.⁶ Por lo general, el amebiano consta de un solo absceso que contiene material licuado de color marrón rojizo que se describe clásicamente como «pasta de anchoas» y predominan en el lóbulo derecho del hígado. Bajo el microscopio se aprecia una zona central necrótica bacteriológicamente estéril con escasas o ninguna célula, una zona media con parénquima destruido y una región externa o cápsula del absceso en la que se aprecian células hepáticas relativamente normales, y donde suelen visualizarse los parásitos.

La complicación más común son infecciones secundarias, que aparecen en un 20% de los casos. La segunda complicación de más frecuencia es la ruptura del absceso repartiendo la infección a pleuras, pericardio y a cavidad abdominal.⁷

La resolución completa de un absceso hepático en seis meses puede anticiparse en dos tercios de los pacientes, pero el 10% puede tener alteraciones persistentes hasta por un año.²

Absceso hepático fúngico

Principalmente causado por especies del hongo *Candida*.

DIAGNÓSTICO

Cuadro clínico

Es importante establecer la diferenciación entre el absceso piógeno, que es de alta mortalidad (hasta 40%) y con frecuencia requiere drenaje, y el amebiano que debe ser de nula mortalidad y raramente requiere drenaje (Conter et al, 1986). Conter et al, han identificado factores que distinguen al absceso piógeno: edad >50 años, ictericia, prurito, estado séptico y shock, masa palpable, hiperbilirrubinemia y elevación de la fosfatasa alcalina. Para los abscesos amebianos los factores: raza hispánica, viaje reciente a una región endémica, dolor abdominal, diarrea, dolor a la palpación del abdomen hepatomegalia y serología amebiana positiva.

El diagnóstico del absceso hepático debe ser sospechado en todo paciente con fiebre, dolor en el cuadrante superior del abdomen, hepatomegalia, leucocitosis y fosfatasa alcalina elevada. Casi la totalidad de los pacientes exhiben elevación de la fosfatasa alcalina; cerca del 90% presenta hipoalbuminemia (albúmina < 3 g/dl) y alrededor del 50% aparece anémico (Miedenia & Dineen, 1984). A veces se encuentra ictericia con hiperbilirrubinemia (Escobar, 1985). La ictericia está presente en menos del 25% de los casos de abscesos piógenos únicos, pero en más del 75% de los casos de abscesos múltiples (Kandel & Marcon, 1984). En general la ictericia ocurre con una incidencia baja (Hau, 1984).⁸

Radiología de abdomen

Hepatomegalia, con elevación diafragmática derecha y derrame pleural. Puede existir colección de burbujas de gas sobre el hígado.

Ecografía

La ecoestructura depende del estadio evolutivo del absceso. En el estadio presuprativo, en el que aun no hay colección, existen zonas hiperecogénicas o hipoecogénicas heterogéneas mal definidas que van tomando el aspecto habitual de colección, compuesto por una zona central hipoecogénica que, a veces, contiene ecos internos rodeada por una envoltura periférica hiperecogénica de espesor variable con refuerzo posterior. La lesión puede simular también una masa sólida homogénea o heterogénea. La visualización de pequeñas zonas hiperecogénicas con signo de reverberación posterior sugiere microburbujas de gas producidas por gérmenes anaerobios.

Los abscesos de origen micótico, generalmente son múltiples, de hasta 2 cm de diámetro, con la característica de ser hiperecogénicas con halo hipoecogénico en "ojo de buey" o signo de la "escarapela".

Tomografía computarizada

Es la exploración que aporta más información, realizándose sin y con contraste y siendo su detección mayor al 90%. Los límites de atenuación varían de 0 a 45 UH. En el estadio presuprativo, las lesiones son hipodensas y heterogéneas, no realzándose posteriormente al contraste. En el estadio de colección, la lesión hipodensa se halla rodeada por una envoltura más o menos gruesa que se realza claramente.

Las lesiones pueden provocar trastornos de la perfusión del parénquima adyacente en forma de zonas sistematizadas hiperdensas en la fase arterial. La presencia de burbujas de gas o niveles

hidroaéreos en ausencia de fistula biliodigestiva es patognomónico de sobreinfección por anaerobios, pero sólo se encuentra en menos de 20%.

Resonancia magnética nuclear

En abscesos piógenos, presenta una baja intensidad de señal en T1 y alta señal en T2, con tres hallazgos importantes: 1) En un tercio de los casos, existe un edema alrededor del absceso en T2 que está ausente en hemangiomas y masas sólidas. 2) Posterior a la administración del contraste, hay un realce en anillo con un centro que generalmente es hipointenso o heterogéneo; esto representa la cápsula fibrosa con células inflamatorias.

Tienden a presentar una configuración "en racimo" como "una hoja de trébol". Este signo también denominado "cluster sign" es raramente identificado en las metástasis multifocales. 3) Los microabscesos fúngicos tienen características clínicas y, en resonancia, las características habitualmente son lesiones menores a un centímetro asociadas a lesiones en bazo y/o riñón mostrando alta intensidad en T2 y realza posterior al contraste.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se deben incluir hematomas, metástasis, tumores necróticos, hemangiomas, quistes hemorrágicos y quistes hidatídicos complicados.

TRATAMIENTO

Los antibióticos de amplio espectro utilizados en el tratamiento empírico suelen administrarse después de efectuarse una aspiración diagnóstica del contenido del absceso.

El drenaje puede ser percutáneo (utilizando un catéter) o quirúrgico (a cielo abierto) y sigue siendo el pilar básico del tratamiento de los abscesos hepáticos purulentos, aunque hay un interés creciente por el tratamiento médico exclusivo de estos abscesos piógenos. Sin embargo se ha demostrado que los pacientes tratados sin drenaje del absceso requerían ciclos más prolongados de tratamiento antibiótico.² El antibiótico apropiado se elige en función de los resultados de la tinción de Gram y de los cultivos del absceso.

En principio, el absceso piógeno con frecuencia requiere drenaje percutáneo o quirúrgico, en tanto que el amebiano en forma casi universal cede al simple tratamiento médico.

El **absceso amebiano** responde muy bien al metronidazol, en dosis de 750 mg cada 8 horas por un mínimo de 10 días. La tasa de curación es de cerca de 100% (Hau, 1984).

El **absceso piógeno** responde al manejo con metronidazol o clindamicina; esta última en dosis de 300 mg cada 8 horas, por un mínimo de 10 días; el metronidazol posee una excelente penetración de la pared del absceso. Otros antibióticos, tales como una cefalosporina y/o un aminoglucósido, deben ser añadidos según el resultado del examen del material aspirado o de los hemocultivos, puesto que ninguno de los antibióticos comunes por sí solo puede cubrir todo el espectro de posibles gérmenes responsables (Hau, 1984).

Se recomienda que el **protocolo de terapia antibiótica** comprenda (Ascher, 1985):

- cobertura para cocos gram positivos (cefalosporina);
- cobertura para enterobacteriaceae (aminoglucósido);
- cobertura para bacterias anaeróbicas (metronidazol).

La cavidad residual del absceso sólo desaparece en el curso de los primeros seis a siete meses, pero el paciente se mantiene asintomático aún con persistencia de la cavidad después del tratamiento exitoso.

En tanto que la mortalidad del absceso amebiano debidamente tratado es de cero, la del absceso piógeno se ha mantenido en tasas de hasta 40% (Conter et al, 1986; Donovan et al, 1991).

El abordaje quirúrgico se utiliza hoy sólo en aquellos pacientes en quienes el tratamiento médico y el drenaje percutáneo han fallado, en pacientes con signos peritoneales agudos y en pacientes con abscesos secundarios o colangitis por obstrucción biliar, benigna o maligna, en quienes el drenaje biliar es perentorio.

Mediante el buen manejo combinado con antibióticos y drenaje percutáneo se pueden lograr excelentes resultados, con notoria mejoría en el pronóstico. Debe recordarse que hasta hace relativamente poco tiempo el promedio de mortalidad fue de 30% (Kandel & Marcon, 1984), con un rango de 26% a 77,7% (Kayaballi et al, 1983).

PRONÓSTICO Y COMPLICACIONES

Las complicaciones consisten en shock séptico, infección secundaria a otros órganos, perforación con peritonitis y formación de fístulas. La aspiración con aguja y la antibioticoterapia han reducido la mortalidad a un 16%.

El pronóstico es mejor en los abscesos uniloculados del lóbulo derecho con una supervivencia del 90%. La supervivencia para abscesos múltiples, especialmente si son biliares, es muy pobre y sólo alcanzan una sobrevida del 20%. El pronóstico empeora con la demora del diagnóstico, fiebre continuada, las infecciones polimicrobianas demostradas por hemocultivos, hiperbilirrubinemia, las enfermedades asociadas, hipoalbuminemia, el derrame pleural y la edad avanzada.

Pacientes y Métodos

Se trata de un estudio retrospectivo de corte transversal, descriptivo. El diseño de carácter retrospectivo se basó en la recolección de datos de los hallazgos ultrasonográficos de pacientes que acudieron al Servicio de Gastroenterología Dr. "Simón Beker" del Hospital General del Oeste, con el diagnóstico de absceso hepático durante el periodo comprendido entre 2008 y 2010.

Por medio de la búsqueda en los archivos digitales desde 2008 hasta 2010, se recolectaron todos los ultrasonidos con diagnóstico de absceso hepático y se revisaron los hallazgos en cada caso.

Los hallazgos ultrasonográficos fueron analizados y expresados en gráficos. La información recolectada en el instrumento fue trasladada al programa SPSS 7.5.2S para Windows, para establecer la base de datos, realizar cálculos y analizar los resultados.

Los datos se midieron en escalas cuantitativas, construyéndose los gráficos, con el posterior cálculo porcentual de los datos.

Resultados

Se incluyeron un total de 58 pacientes con evidencia ultrasonográfica de absceso hepático desde enero 2008 a mayo de 2010, de los cuales 42 (72.41%) fueron del sexo masculino y 16 (27.58%) del sexo femenino (**Figura 1**). Las edades estaban comprendidas entre los 11 meses y 67 años, con un promedio de 37.36 años.

El hallazgo más frecuente en el ultrasonido abdominal fue la presencia de absceso hepático único con 50 pacientes, un 86.20%, seguido por abscesos múltiples sólo en 8 pacientes (13.79%) (**Figura 2**).

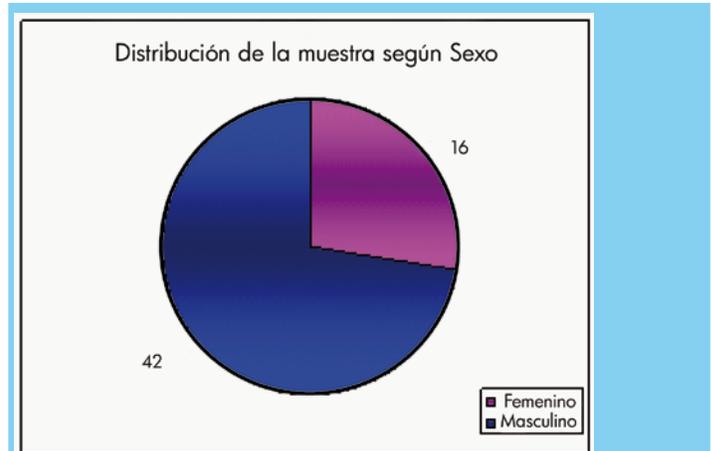


Figura 1

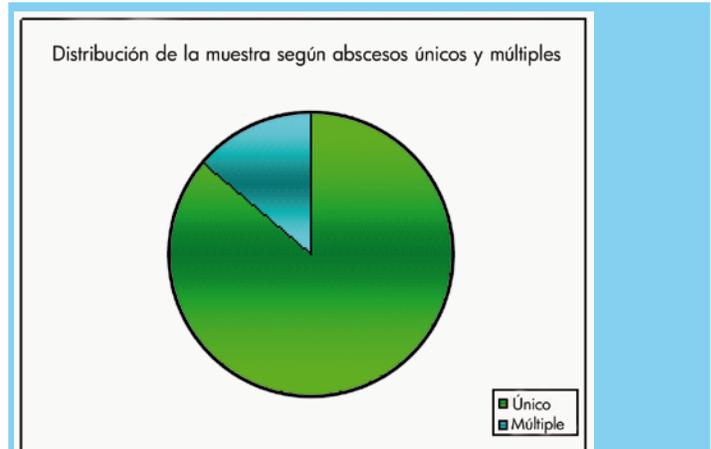


Figura 2

De los 8 pacientes con abscesos múltiples, se distribuyeron de la siguiente manera: 5 pacientes tenían 2 abscesos, mientras que 1 paciente tenía 3, 4 y 6 abscesos respectivamente (**Figura 3**).

Con respecto a la ubicación de los abscesos en el hígado (**Figura 4**), se presentaron con mayor frecuencia en el lóbulo derecho, representado por 49 pacientes (84.48%). El segundo lugar de presentación fue en lóbulo izquierdo, 3 pacientes (5.17%), mientras que en 2 pacientes (3.44%) con absceso múltiple, se ubicaron en tanto el lóbulo derecho como el izquierdo. Hubo en la muestra estudiada 4 pacientes (6.89%), en los que no se precisó la ubicación del absceso en el informe ultrasonográfico.

En cuanto al tamaño de los abscesos (**Figura 5**), los más frecuentes resultaron ser los abscesos medianos (desde 121 hasta 399 cc3 de volumetría) en 25 pacientes (43.1%). Los siguen en frecuencia con 15 pacientes que representa el 25.86%, los abscesos pequeños (hasta 120 cc3 de volumetría) y grandes (mayores de 400 cc3 de volumetría). No se pudo calcular la volumetría por falta de datos en la medición de los abscesos en 3 de los pacientes.

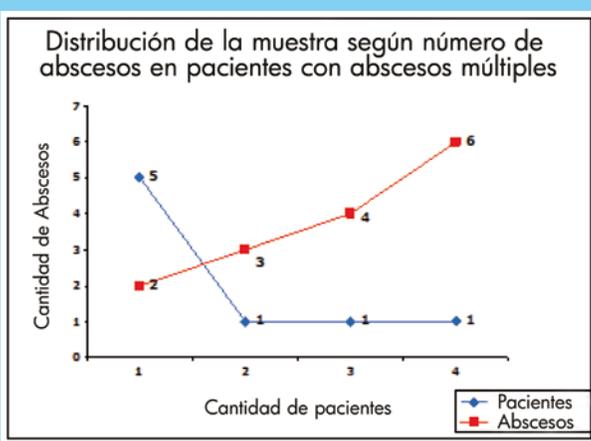


Figura 3

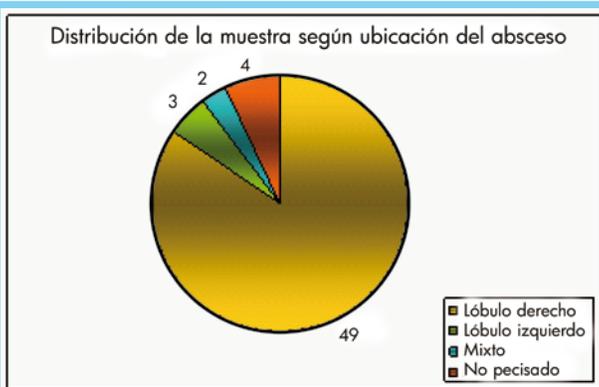


Figura 4

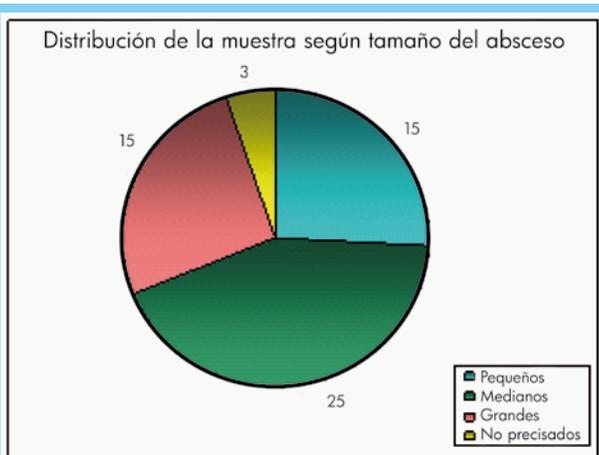


Figura 5

Cuando analizamos en tipo de tratamiento que recibieron los pacientes, el 100% recibió tratamiento médico basado en antibioticoterapia oral o endovenosa, pero se indicó exclusivamente tratamiento médico a 51 pacientes (87.93%); y a los restantes 7 pacientes se les indicó tratamiento médico combinado con drenaje percutáneo guiado por ultrasonido abdominal en 3 pacientes (5.17%) y drenaje quirúrgico en 4 pacientes (6.89%) (Figura 6).



Figura 6

Discusión

La manifestación extraintestinal es una de las formas de presentación de la infección por *E. histolytica*, en una gran diversidad de estudios a nivel mundial se ha planteado que la prevalencia de amebiasis extraintestinal oscila entre 5-10%, siendo el absceso hepático una de sus presentaciones más frecuentes.⁹⁻¹⁰ De igual forma las infecciones piógenas que pueden afectar el parénquima hepático, son consideradas como factor etiológico dentro del variable número de causas que intervienen en la formación de abscesos hepáticos, siendo el punto de partida biliar, el más común.¹¹

En este estudio se hace una revisión retrospectiva de los hallazgos ultrasonográficos en pacientes con diagnósticos de absceso hepático, que acudieron al Servicio de Gastroenterología del Hospital General del Oeste, entre los años 2008-2010. La ultrasonografía es el método de primera elección para el diagnóstico de absceso hepático, dejando el uso de la tomografía axial computarizada para aquellos casos dudosos.¹²⁻¹³ Se ha descrito que la sensibilidad de detección de ultrasonido es de 85-95% y de la TAC es de 95-100%.¹⁴

Similar a otros estudios, en el nuestro, el absceso hepático se presentó más en individuos del sexo masculino, con edad promedio de 37,6 años.¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷ Una evaluación retrospectiva emprendida desde 1929 a 1997, Acuña – Soto¹⁰ encontraron que el absceso hepático, como manifestación de amebiasis extraintestinal, predominó en hombres, en una proporción 3:1. Estos autores concluyen que este predominio en hombres puede ser debido a una posible susceptibilidad aun no determinada del varón.

Nuestro principal hallazgo ultrasonográfico fue el absceso hepático único en un 86,7% del total de la muestra, con ubicación

en el lado derecho en 84,4%, coincidiendo con otros estudios como los de Tutaya, H. Cermeño – Vivas, J-R¹¹ en su estudio sobre la prevalencia de amebiasis extraintestinal, los cuales evidenciaron dentro de sus hallazgos ecográficos el absceso hepático único y de ubicación del lóbulo hepático derecho.^{11,12,13,15}. A pesar de esta preponderancia, en cuanto a número y ubicación de los abscesos, en un estudio realizado por Sharma et al.,¹⁴ en el que analizaban 70 casos de absceso hepático, se encontró que 15 casos presentan abscesos múltiples, con hepatomegalia del lóbulo izquierdo. Estos autores enfatizan que ante síntomas de severidad y hepatomegalia izquierda, se debe sospechar la posibilidad de abscesos hepáticos múltiples. En nuestro estudio de 58 pacientes involucrados, sólo 50 pacientes tenían absceso único y 8 abscesos múltiples.

En cuanto a la variable tamaño de los abscesos, en nuestra revisión, en su mayoría fueron de tamaño mediano, con un total de 25; mientras que los tamaños pequeño y grande tuvieron igual distribución en 15 casos para cada clasificación. Carrillo, Leónidas y cols.¹⁵ en su estudio, analizando las características clínicas e imagenológicas del absceso hepático señalan al absceso mediano como tamaño más frecuente en su muestra, con un 69,6% del total, coincidiendo así con nuestros resultados.

Dentro de las opciones de tratamiento para el absceso hepático, se considera al tratamiento endovenoso como medida inicial en el momento de la reclusión hospitalaria, basado en antibioticoterapia. Por otra parte existen diferentes alternativas en el tratamiento, por mencionar el drenaje quirúrgico y el drenaje percutáneo, los cuales dependerán de la clínica del paciente y de las características propias que presenta el absceso.

En esta revisión, el tratamiento médico, basado en antibioticoterapia combinada, fue aplicado al 100% de la muestra seleccionada, en consonancia con lo reportado en la mayoría de los diferentes estudios nacionales e internacionales.^{3,4,19,23} De la totalidad de los casos una parcialidad representada con 5,17% se realizó por vía de drenaje percutáneo, así como un 6,8% fue ejecutado por medio de drenaje quirúrgico.

En conclusión, los abscesos hepáticos, en nuestro centro, fueron más frecuentes en el sexo masculino, siendo los hallazgos ultrasonográficos más comunes la presencia de abscesos medianos, únicos y ubicados en el lóbulo derecho. En cuanto al tratamiento, la totalidad de los pacientes recibió antibioticoterapia oral o endovenosa, siendo bajo el porcentaje de pacientes que ameritaron el drenaje de los mismos.

Conclusión

Los abscesos hepáticos en nuestro centro son más frecuentes en el sexo masculino, siendo el hallazgo ultrasonográfico más común la presencia de abscesos de tamaño mediano, únicos y ubicados en lóbulo derecho.

En cuanto al tratamiento, la totalidad de los pacientes recibió antibioticoterapia oral o endovenosa, siendo bajo el porcentaje de pacientes que ameritó el drenaje de los mismos.

Clasificación

Título: Prevalencia de abscesos hepáticos en el Hospital General del Oeste período 2008-2010.

Área: Gastroenterología

Tipo: Clínico

Tema: Hepático

Patrocinio: Este trabajo no ha sido patrocinado por ningún ente gubernamental o comercial.

Referencias Bibliográficas

1. Brunicardi, F. (2006). «Capítulo 30: El hígado», Schwartz: Principios de Cirugía, 8va edición, McGraw-Hill. ISBN 9789701053737.
2. Harrison. Principios de Medicina Interna, 16a edición (2006). «Abscesos intraperitoneales» (en español). Harrison online en español. McGraw-Hill. Consultado el 17 de septiembre de 2008.
3. Abdel Malek SK, Boulos FI, El-Roby AS. Abscesso hepático. En: Aparelho Digestivo. Clínica e Cirugía. Editado por JCU Coelho
4. Acta Med Colomb 17(5):837, 1992
5. Way LW. Hepatic abscess. En: Current Surgical Diagnosis & Treatment. Tenth edition
6. Revista Peruana de Radiología - Vol. 2 N° 3 noviembre 1998
7. Congreso Internacional de Parasitología y Copa VII Veterinary Parasitology 1988;29:299-326.
8. Pinilla AE, López MC, Marín E. Amibiasis en Colombia, Patogenia, y Síndromes Clínicos. Cuaderno Número 41, Año 5, 1999 Santafé de Bogotá. ASCOFAME.
9. Shulman S, Phair J, Peterson L. Enfermedades Infecciosas. Bases Clínicas y Biológicas. 5ta ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México. 1999. p 935-942.
10. Reed S. Amebiasis e infección con amebas de vida libre. En: Isselbacher K, Braunwald E, Wilson J. et al. Harrison Principios de Medicina Interna. 14va ed. Mc Graw-Hill-Interamericana. España. 1998. p. 1347-1351.
11. Hansen N, Vargish T. Pyogenic hepatic abscess a case for open drainage. Am Surgeon 1993;59:219-222.
12. Abdelouafi A, Ousehal A, Ouzidene L, and Kadiri R. Ultrasonography in the diagnosis of liver abscesses. Apropos of 32 cases. Ann. Radiol. 1993;36:286-292.
13. Niang HE, Ka MM, Badiane M, Ba A, Konde L. Lamouche P. Amoebic liver abscess: echographic aspects. Dakar. Med. 1994;39:5-8.
14. Georges RN, Deitch EA. Pyogenic hepatic abscess. South Med J. 1993;86:1233-1235.
15. Hoffner RJ, Kilagbhan T, Esekogwu VI, Henderson SO. Common presentations of amoebic liver abscess. Ann Emerg Med 1999;34:351-355.
16. Donovan AJ, Yellin AE, Ralls PW. Hepatic abscess. World. J. Surg. 1997;15:162-169.
17. Tony JC, and Martin TK. Profile of amoebic liver abscess. Arch. Med. Res. 1991;23:249-250.
18. Acuña-Soto R, Maguire JH, and Wirth DF. Gender distribution in asymptomatic and invasive amebiasis. Am J Gastroenterol 2000;95:1277-1283.
19. Tutaya H, Cermeño-Vivas JR y Cermeño-Vivas JJ. Prevalencia de amebiasis extraintestinal en el estado Bolívar, Venezuela, durante el período 1996-2002. Rev Soc Ven Microbiol jul. 2002, vol.22, no.2, p.169-173. ISSN 1315-2556.
20. Lee KC, Yamazak IO, Hamba H, et al. Analysis of 69 patients with amoebic liver abscess. J. Gastroenterol. 1996;31:40-45.
21. Samaniego L, Calderón J, Rodríguez J, Zegarra W, and Alegre P. Amoebic liver abscess in Tarapoto-Peru. Rev Gastroenterol Perú 12:135-145, 1992
22. Sharma MP, Acharya SK, Verma N, and Dasarathy S. Clinical profile of multiple amoebic liver abscesses. J Assoc Physicians India. 1990, 38:837-839.
23. Carrillo Leonidas, Cuadra-Urteaga JL, Caballero Silvia. Absceso Hepático: características clínicas, imagenológicas y manejo en el H. Loayza en 5 años. Rev gastroenterol. Perú v.30 n 1. Lima ene/mar 2010.