



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-236 - MANEJO DEL ABSCESO HEPÁTICO EN UN HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES. ESTUDIO RETROSPECTIVO

Mestre Ponce, Carmen; Arroyo Vélez, José Luis; de la Vega Olías, María del Coral; Calvo Durán, Antonio Enrique; Barrionuevo Gálvez, Miguel; Hendelmeier, Alicia; Campos Martínez, Francisco Javier; Vega Ruiz, Vicente

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real.

Resumen

Objetivos: Absceso hepático, lesión infecciosa infrecuente (8-15/100.000) que afecta al hígado, más en varones de 50-65 años, diabéticos, trasplantados hepáticos e inmunosuprimidos. Asocia una elevada morbimortalidad sin tratamiento adecuado. Según la etiología se distinguen piógenos (los más frecuentes en nuestra área), fúngicos, amebianos y mixtos. Clínica de fiebre o escalofríos (90%) y molestias en HCD. Se diagnostica mediante ECO o TAC, precisando cultivo (o serología si es amebiano). El tratamiento de elección se basa en antimicrobianos y drenaje, a excepción del amebiano que no lo suele requerir.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo observacional descriptivo desde diciembre 2015 a diciembre 2020 en un hospital general de especialidades, incluyendo todos los pacientes con diagnóstico de absceso hepático en cualquier servicio.

Resultados: Se incluyeron 37 pacientes, 13 ingresados en Cirugía y 24 en servicios médicos (11 Medicina Interna, 7 Digestivo, 4 Infecciosas, 1 Paliativos, 1 UCI). 24 varones y 13 mujeres; con promedio de edad de 69 años (44 a 90 años). 18,9% asociaron colecistitis, 5,4% colecistitis y pancreatitis, 2,7% colecistitis y apendicitis, 2,7% pancreatitis necrotizante, 5,4% fueron poscolecistectomía, 10,8% poscolecistostomía, 8,1% se diagnosticaron en pacientes con AP de hepatectomía, 10,8% en pacientes con AP de prótesis biliar (3 por neoplasia, 1 por coledocolitiasis), 2,7% posermoablación, 2,7% posquimioembolización. En los 11 casos restantes (29,7%) el diagnóstico fue solo absceso hepático. El 94,6% recibieron tratamiento médico: 32,4% antibioterapia IV en monoterapia, 13,5% antibioterapia IV y PAAF, 48,6% antibioterapia IV y colocación percutánea de catéter de drenaje. Solo en 1 caso (2,7%) fue quirúrgico. En 1 caso (2,7%) se desestimó la necesidad de tratamiento. Como complicaciones: 3 *exitus* (8,1%) por *shock* séptico y FMO. El promedio de días de ingreso fue 14,46. Etiología: *K. pneumoniae* (10,8%), *E. coli* (8,1%), *S. aureus* (5,4%), etiología mixta (5,4%), *S. anginosus* (2,7%), *C. diversus* (2,7%), *S. marcescens* (2,7%), *E. corrodens* (2,7%), *Fusobacterium* spp. (2,7%), *S. constellatus* (2,7%), BGN (2,7%). En el 51,4% no se filió el agente causal. La tasa de reingresos fue del 16,2%.

Conclusiones: Es una patología rara, más frecuente en varones (64,9%) de mediana edad. Destacar que se ha obtenido una alta tasa de abscesos criptogénicos (29,7%), seguidos por aquellos relacionados con colecistitis, colecistostomías y prótesis biliares, quedando en último lugar los

procedimientos intervencionistas (quimioembolización, termoablación). Aclarar que esta cifra de abscesos criptogénicos puede deberse a la falta de datos en las historias clínicas revisadas. Objetivamos abscesos piógenos y abscesos mixtos (en 2 casos). En cuanto al tratamiento, un paciente requirió intervención quirúrgica (colecistectomía laparoscópica más drenaje y lavado); mientras que en otro se limitó el esfuerzo terapéutico. El resto recibieron tratamiento médico (antibioterapia IV más/menos drenaje percutáneo), resultados similares a los publicados en otras series. Los datos reportados sobre mortalidad varían entre 10-40%, siendo en nuestro hospital 8,1%. Aunque el tratamiento quirúrgico corresponde al último escalón, el absceso hepático es motivo recurrente de interconsulta a Cirugía, sumado a que en muchos hospitales el manejo de los drenajes es llevado a cabo por nuestro servicio, por lo que debemos conocer su manejo.