UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE MEDICINA

COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL

HOSPITAL Dr. MIGUEL PÉREZ CARREÑO

INCIDENCIA DEL ABSCESO HEPÁTICO

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en Cirugía General

María Angélica Calderón Abreu

Andrea Nataly Mora Molina

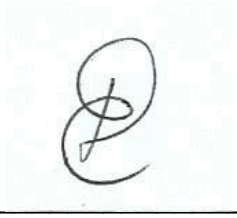
Tutor: Edeima Carrero Mora

Caracas, noviembre 2018

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR PARA LA ETREGA DEL TRABAJO ACADÉMICO E FORMATO IMPRESO Y FORMATO DIGITAL

Yo Edeima Carrero Mora portador de la Cédula de identidad Nº _16.604.204, tutor del trabajo: INCIDENCIA DEL ABSCESO HEPÁTICO , realizado por Los estudiantes Mará Angélica Calderón Abreu y Andrea Nataly Mora Molina.

Certifico que este trabajo es la versión definitiva. Se incluyó las observaciones y modificaciones indicadas por el jurado evaluador. La versión digital coincide exactamente con la impresa.



_____

Firma de la tutora

En caracas a los 13 días del mes de noviembre de 2018

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENZUELA VICERRECTORADO ACADÉMICO SISTEMA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA, HUMANÍSTICA Y TECNOLÓGICA (SICHT)

FECHA: 13 de noviembre 2018

AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓ ELECTROICA DE LOS TRABAJOS DE LICECIATURA, TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LA UIVERSIDAD CETRAL DE VEEZUELA.

Nosotros, Mará Angélica Calderón Abreu y Andrea Nataly Mora Molina, autores del trabajo o tesis INCIDENCIA DEL ABSCESO HEPÁTICO presentado para optar: al título de Especialista en Cirugía General.

Autorizo a la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial Nº 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

X	*Si autorizo*
	Autorizo después de 1 año
	No autorizo
	Autorizo difundir sólo algunas partes del trabajo
Indique:	En Caracas a los13 días del mes de noviembre de 2018

Firmas de las autoras

C.I. V-.18.033.884
e-mail: mariangelica140@hotmail.com

C.I V-.19.236.213
e-mail. Nataly_mora@hotmail.com

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

VEREDICTO

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado** presentado por: **MORA MOLINA ANDREA NATALY**, cédula de identidad 19.235.213, bajo el título **"INCIDENCIA DEL ABSCESO HEPÁTICO"**, a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL-HMPC**, dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 13 de Noviembre de 2018 a las 7:00 am, para que la autora lo defendiera en forma pública, lo que ésta hizo en el Auditorio Piso 9 del Hospital Miguel Perez Carreño, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **APROBARLO**, por considerar, sin hacerse solidario con las ideas expuestas por la autora, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

Para dar este veredicto, el jurado estimó que el trabajo examinado cumple lo establecido en las Normas para la presentación del Trabajo Especial de Grado

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los 13 días del mes de Noviembre del año 2018, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinadora del jurado Edcima Carrero.

Gastón Wagner / C.I. 7.084.712
Hospital Miguel Pérez Carreño

Dr. Carlos Batipsta / C.I. 5.614.474
Hospital Vargas de Caracas

Edcima Carrero Mora / C.I. 16.604.204
Hospital Miguel Pérez Carreño
Tutora

ECM/13-11-2018

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

VEREDICTO

Quiénes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado** presentado por: **CALDERÓN ABREU MARÍA ANGÉLICA**, cédula de identidad 18.033.884, bajo el título **"INCIDENCIA DEL ABSCESO HEPÁTICO"**, a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL-HMPC**, dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 13 de Noviembre de 2018 a las 7:00 am, para que la autora lo defendiera en forma pública, lo que ésta hizo en el Auditorio Piso 9 del Hospital Miguel Pérez Carreño, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **APROBARLO**, por considerar, sin hacerse solidario con las ideas expuestas por la autora, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

Para dar este veredicto, el jurado estimó que el trabajo examinado cumple lo establecido en las Normas para la presentación del Trabajo Especial de Grado.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los 13 días del mes de Noviembre del año 2018, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinadora del jurado Edeima Carrero.

Gastón Wagner / C.I. 7.084.712
Hospital Miguel Pérez Carreño

Dr. Carlos Batipsta / C.I. 5.014.474
Hospital Vargas de Caracas

Edeima Carrero Mora / C.I. 16.604.204
Hospital Miguel Pérez Carreño
Tutora

ECM/13-11-2018

_____

Tutor (a)

Dra. Edeima Carrero

_____

Director del Curso de Especialización en Cirugía General

Dr. Luis Level

_____

Coordinador del Curso de Especialización en Cirugía General

Dra. Silvia Piñango

ÍNDICE DE CONTENIDO

	pág.
RESUMEN	**7**
INTRODUCCIÓN	**8**
MÉTODOS	**25**
RESULTADOS	**28**
DISCUSIÓN	**30**
REFERENCIAS	**35**
ANEXOS	**38**

INCIDENCIA DEL ABSCESO HEPÁTICO

María Angélica Calderón Abreu, C.I. N° 18.033.884. Sexo: Femenino, E-mail: mariangelica140@hotmail.com. Telf: 0424-1467613. Dirección: Hospital Miguel Pérez Carreño. Especialización en Cirugía General.

Andrea Nataly Mora Molina, C.I. N° 19.236.213. Sexo: Femenino, E mail: nataly_mora@hotmail.com. Telf: 0416-6229401. Dirección: Hospital Miguel Pérez Carreño. Especialización en Cirugía General.

Tutor: **Edeima Carrero Mora,** C.I N° 16.604.204. Sexo: Femenino, Email: ede169@hotmail.com. Telf: 04247782227. Dirección: Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. Especialista en Cirugía General.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la incidencia del absceso hepático en los pacientes del servicio de cirugía general del hospital Dr. Miguel Pérez Carreño periodo septiembre 2017-febrero 2018. **Método:** estudio descriptivo, prospectivo, no experimental, de diseño de investigación clínico. **Resultados:** La incidencia fue de 3.51%. Se evaluaron 61 pacientes. La edad de estos fue 42 ± 12 años, género masculino 88,5%. El IMC promedio fue 20,8 ± 3,5. En los hallazgos ecográficos los segmentos más afectados fueron el VII y VIII 45,9%. El volumen del absceso fue principalmente menor de 500 cc 44,3%. El manejo terapéutico inicial y final más frecuente fue médico 73,3% y 41,7%, respectivamente, seguido del drenaje abierto. La complicación más frecuente fue derrame pleural 11,5%. Mediana de 10 días de hospitalización. **Conclusión:** Existe relación entre IMC e incidencia de complicaciones pues la mayoría de los pacientes complicados y aquellos que requirieron más días de hospitalización tenían bajo peso.
Palabras Claves: Absceso hepático, incidencia, complicaciones, desnutrición.

ABSTRAC

Objective: To determine the incidence of hepatic abscess in the patients of the general surgery service of the Dr. Miguel Pérez Carreño hospital period September 2017 - February 2018. **Method:** descriptive, prospective, non-experimental study of clinical research design. **Results:** The incidence was 3.51%. 61 patients were evaluated. The age of these was 42 ± 12 years, masculine gender 88.5%. The average BMI was 20.8 ± 3.5. In ultrasound findings, the most affected segments were VII and VIII 45.9%. The volume of the abscess was mainly less than 500 cc (44.3%). The most frequent initial and final therapeutic management was medical 73.3% and 41.7%, respectively, followed by open drainage with. The most common complication was pleural effusion 11.5%. Median 10 days of hospitalization. **Conclusion:** There is a relationship between BMI and incidence of complications, since most of the complicated patients and those who required more days of hospitalization were underweight
Key words: Liver abscess, incidence, complications, malnutrition.

INTRODUCCIÓN

El parénquima hepático está expuesto de forma constante a una concentración baja de bacterias entéricas a través del flujo sanguíneo portal; sin embargo, las infecciones del hígado son raras. El hígado es el depósito más grande del sistema retículo endotelial y en consecuencia es capaz de afrontar esta exposición continua. Cuando el inóculo excede la capacidad de control, sobrevienen infección y absceso [(1).]

Existe una estrecha relación entre el hígado y la nutrición; los estados de malnutrición alteran la función de la glándula generando un impacto en la evolución de las enfermedades hepáticas. [(2).]

El absceso hepático se presenta como un persistente y formidable problema diagnóstico y terapéutico, al cual se le han insertado progresos significativos en las dos últimas décadas, que han influenciado en su incidencia, etiología, diagnóstico y tratamiento. Han ocurrido cambios en la etiología de los abscesos hepáticos, que se han reflejado en el mejoramiento del cuadro de salud y en el reconocimiento de las condiciones del paciente, a menudo en pacientes inmunosuprimidos. Estos pueden ser piógenos y amebianos, siendo este último el más común [(3)].

El absceso hepático se presenta más comúnmente en los países tropicales, siendo en oportunidades el reflejo de las condiciones de pobreza y abandono de los países en vías de desarrollo, la mayoría de los trabajos que se encuentran y determinan la incidencia y las características clínicas son de países latinoamericanos, donde se encuentran más comúnmente las condiciones necesarias y específicas para su desarrollo. [(3)]

Esta patología tiene incidencia creciente durante los últimos 5 años en nuestro país, la unión de ser un país en vías de desarrollo y tener clima tropical, crea un ambiente perfecto para el auge y persistencia de dicha enfermedad. La asociación del absceso hepático con el estatus socioeconómico sugiere de manera indirecta la relación de la enfermedad con el estado nutricional. En nuestro hospital, dicha patología es manejada por los servicios de cirugía general, por lo cual garantiza una población acorde para determinar la incidencia de su presentación.

Planteamiento y delimitación del problema

El absceso hepático es una enfermedad de distribución mundial, sin embargo, su prevalencia exacta se desconoce quizá debido a las variaciones que existen de acuerdo a las condiciones socioeconómicas, sanitarias y geográficas de las poblaciones estudiadas [4]

En el continente Europeo, en el 2009, la incidencia del absceso hepático piógeno es de 2,3 casos por 105 habitantes/año mientras que la frecuencia de los abscesos hepáticos amebianos fue de 0,1 casos por 105 habitantes/año.

En países de América Latina, las condiciones sociales y ambientales favorecen la adquisición de dicha patología. Después del advenimiento del metronidazol, la mortalidad en los pacientes afectados de abscesos hepáticos amebianos es casi nula

En Venezuela, por su condición de país en vías de desarrollo y tropical hacen su población vulnerable a este padecimiento, sobre todo al origen amebiano; sin embargo ha habido un subregistro de dicha patología por aquellos que no ameritan hospitalización [4].

Por otro lado, nuestro país se encuentra en un estado de transición alimentaria debido al déficit nutricional y un hambre oculta a lo que se han sumado el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades remotas relacionadas con la nutrición. Existe una asociación entre pobreza y desnutrición, bastante estudiadas, llevando a una susceptibilidad del estado de defensa en los individuos [5]

A pesar de la masiva información que se consigue en los diferentes tipos de medios electrónicos de los abscesos hepáticos, se tiene muy baja información acerca de su incidencia actual, la afectación por sexo, estrato social, estado nutricional, clínica, paraclínicos y tratamiento en tiempo real en nuestro país.

Hoy en día debido a un advenimiento de la enfermedad, con incremento de las tasas de incidencia, el absceso hepático sigue siendo considerado un problema de salud. Durante mucho tiempo se ha formulado la hipótesis de que la malnutrición y las enfermedades infecciosas son un problema de salud pública en los países en desarrollo.

El absceso hepático se ha vuelto una causa de consulta frecuentemente en el servicio de cirugía del Hospital Miguel Pérez Carreño, que causa síntomas y signos insidiosos que pueden pasar desapercibidos en un primer momento, pero con complicaciones fatales principalmente en pacientes desnutridos, si se deja pasar la enfermedad durante largo periodo sin tratamiento. De allí surge la necesidad de realizar este estudio pensando en la determinación y descripción actual de dicha patología. Por ello se plantea:

- ¿Cuál será la incidencia de absceso hepático?
- ¿Cuáles son las características demográficas en los pacientes con diagnóstico de absceso hepático?
- ¿Cuáles son los hallazgos ecográficos en los pacientes con diagnóstico de absceso hepático?
- ¿Cuál es el manejo terapéutico en los pacientes con diagnóstico de absceso hepático?
- ¿Cuál es la relación del índice de masa corporal en la incidencia de las complicaciones de los abscesos hepáticos?
- ¿Influirá el índice de masa corporal sobre los días de hospitalización de los pacientes con absceso hepático?

Justificación e importancia

El absceso hepático es una enfermedad relativamente infrecuente en países desarrollados, reportándose entre 5 y 22 casos por 100.000 ingresos hospitalarios. Su mortalidad fluctúa entre 8 y 31% a nivel mundial y en torno al 15- 25% en Latinoamérica, aunque está disminuyendo gracias a la introducción del drenaje percutáneo, procedimiento de bajo riesgo para los pacientes críticos y que constituye actualmente la terapéutica de elección. [6]

En el boletín epidemiológico del Ministerio Popular Para La Salud en Venezuela reporta que los Estados más afectados en 2011 fueron Zulia, Sucre, Barinas, Táchira,

Anzoátegui, Lara, Aragua y Mérida, teniendo Zulia casi una tercera parte de todos los casos de Venezuela. La mayoría de los abscesos son de origen amebiano y debe asociarse con mala higiene y estatus socioeconómicos, al presentarse manejo inadecuado de los alimentos, inadecuada disposición de excretas, exposición a fuentes de agua contaminada y pobre estado nutricional. Sin embargo, en nuestro país no se cuenta con cifras oficiales y actualizadas de manejo público de dicha patología por lo que dificulta establecer una curva en la incidencia en nuestro país a través de los años [7].

La relación entre el estado nutricional y las enfermedades hepáticas es compleja. El metabolismo de grasas, proteínas y carbohidratos está afectado por el hígado el cual deteriora la síntesis energética y metabólica a la vez, repercutiendo en el estado nutricional y relacionándose con complicaciones médicas y quirúrgicas que comprometen el pronóstico [7]

El reto terapéutico se ha relacionado no sólo con las características sociodemográficas que de manera indirecta conllevan a cambios en la dieta, sino con el déficit de disponibilidad de medicamentos actual en el país lo que propicia en muchas oportunidades a la cronicidad de dicha patología y una evolución más tórpida, con mayores complicaciones [8].

De allí la importancia de establecer el comportamiento actual de este proceso patológico estudiando los diferentes aspectos epidemiológicos, diagnósticos, terapéuticos y las complicaciones presentadas en comparación con el índice de masa corporal.

Antecedentes

Alam et al. publica en el 2016, en la India un estudio prospectivo en un periodo de 3 años, teniendo una muestra total de 90 pacientes con absceso hepático en donde se comparan el índice de masa corporal y los niveles séricos de leptina con la evolución de los pacientes, concluyendo que la injuria hepática, la estancia hospitalaria y las complicaciones son mayores en pacientes con bajo índice de masa corporal [9]

López Cano, en el 2012, en Madrid-España, publicó una investigación acerca de la evolución del absceso hepático, donde se hizo un trabajo retrospectivo con revisión de historias. Reportando que del total estudiado el 65% de los pacientes son hombres, con edad media 61 años. Se efectuó drenaje percutáneo en el 72% de los casos (el 6% también quirúrgico), y recibieron solo antibioterapia el 28%. Concluyeron que la mayoría curan con antibioterapia en conjunto con el drenaje percutáneo, sin cirugía, con una mortalidad del 9% [10].

Reyna Sepúlveda, en el 2017 publicó en México un estudio retrospectivo denominado Epidemiología y manejo del empiema torácico por absceso hepático, donde se revisaron 24 historias en el periodo de 2011-2015 de pacientes con absceso hepático que tenían como complicación el empiema pulmonar, en sus resultados la mayoría de los pacientes presentaba sobrepeso y un 25% obesidad concluyeron que los pacientes con nutrición inadecuada por exceso presentan mayor vulnerabilidad a complicaciones al igual que los pacientes con otras patologías de base como diabetes mellitus. El manejo de los empiemas suele manejarse con tubo de tórax o Toracoscopia. [11]

Sepulveda y Guedea publicaron en 2017 una investigación denominada Indicadores pronósticos de la falla del tratamiento de abscesos hepáticos amebianos tomando en cuenta la edad, sexo, nivel de escolaridad, IMC, duración de la enfermedad y características ecográficas. Concluyeron en que los factores que influyen en la falla del tratamiento son la baja albúmina, fosfatasa alcalina alta y gran volumen o diámetro del absceso. La desnutrición solo se presentó en 2/24 pacientes y el IMC tuvo una media de 23, sin embargo, recomienda la ampliación de dicho factor en un mayor número de pacientes estudiados. [12]

Quezada en el 2007 en el Servicio de Cirugía General, en el Hospital General de Atizapán, desarrolló un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, en una revisión de diez años. De 76 pacientes con absceso hepático amebiano, 35% requirieron drenaje quirúrgico por inminencia de ruptura o falta de respuesta al tratamiento médico; 10% presentaron ruptura intraperitoneal libre y peritonitis difusa secundaria; un paciente 1.2% tuvo ruptura a pleura; la localización más común del absceso fue el lóbulo derecho; la peritonitis generalizada fue la indicación más frecuente para cirugía.

Un paciente murió (1.2%) por extensión a pleura y empiema. Finalizaron el estudio con la recomendación de laparotomía justificada en ruptura del absceso acompañado de antibioticoterapia para una buena respuesta general [13].

Fantuzzi et al., en el 2007 en Chile, realizaron un estudio de 107 casos, descriptivo y retrospectivo, en un periodo de 7 años, obteniendo una edad promedio fue de 59 años. El estudio de imagen más solicitado fue la tomografía de abdomen. En 65,3% se estableció la etiología mediante el cultivo del absceso. La mayoría de los casos se trataron con dos o más antimicrobianos. El tratamiento no farmacológico consistió en drenaje percutáneo en 73,8%. Se produjeron seis muertes (letalidad 5,6%). La causa de muerte consignada fue shock séptico en todos los casos [14].

Bazán Portocarrero en el 2003, en la Sociedad de Gastroenterología de Perú realizó la revisión de abscesos hepático durante el periodo de 1 año. En dicho estudio publican un total de 36 abscesos, con un diámetro medio de 6,78 cm; la localización más frecuente fue en el lóbulo hepático derecho (78%). Sólo 28 abscesos fueron drenados en forma percutánea. Concluyeron en que el drenaje percutáneo asociado a una cobertura antibiótica apropiada es eficaz en el manejo de las colecciones piógenas hepáticas, debiendo generalizarse su uso, el drenaje percutáneo ha reemplazado al quirúrgico, sin embargo éste último tendría 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 [15].

Carrillo et al., en el año 2010, en ese mismo país, publicaron una investigación descriptiva- retrospectiva, en 5 años. La edad media fue de 47,8 años y 52,2% fueron varones. El diagnóstico principalmente fue ecográfico (97,8%), como absceso único, ubicado en lóbulo derecho, con un diámetro promedio de 70mm. Todos recibieron antibioticoterapia durante sus días de hospitalización, 36,9% pacientes fueron operados, 25% recibieron drenaje percutáneo. Concluyeron en que el absceso hepático es una patología aguda o subaguda, de mediana edad y es necesario protocolizar el manejo de esta patología [16].

Berdejo et al., en Paraguay, realizó la publicación de un estudio descriptivo-retrospectivo en 3 años. La edad media fue entre los 41-50 años, y 55% fueron varones. En el 77,5% de los pacientes el diagnóstico de absceso hepático se hizo en base a hallazgos ecográficos y en el paciente restante se realizó mediante tomografía axial computarizada contrastada. Dos tercios de los pacientes presentaban absceso hepático único, y solo 1/3 múltiple. El 60% del absceso hepático se ubicó en el lóbulo derecho, seguido por el lóbulo izquierdo 39,95%. El segmento más comprometido cuatro (26%). En todos los casos se utilizó la terapia combinada. Adicionalmente al tratamiento antibiótico, 67,2% pacientes ingresaron a cirugía abierta, 32% pacientes fueron manejados con drenaje más colocación de catéter percutáneo. Concluyeron con que el absceso hepático es una patología aguda, de mediana edad, frecuente en el sexo masculino, el tratamiento actual es el drenaje percutáneo [17].

Pinilla Elizabeth et al., en Colombia, realizó un estudio prospectivo de corte transversal, donde se tomó una población en un periodo de 3 años. Se estudiaron 49 casos de los cuales el 59% tenía absceso hepático amebiano y 33% absceso hepático no amebiano y el 8% absceso hepático mixto. El promedio de edad de los pacientes con diagnóstico de absceso hepático fue de 40 años, mientras que la relación hombre/mujer fue de 29/5. Se realizó ecografía hepática a todos los pacientes. Encontrándose el lóbulo derecho como localización común. La complicación más frecuente fue el compromiso pulmonar. Se realizó punción hepática dirigida por ecografía a 7/29 pacientes con abscesos amebianos y a 13/16 pacientes con abscesos no amebianos, de los cuales 1 caso fue por ascaris. Concluyeron que el absceso amebiano predominaba sobre el no amebiano y que es más frecuente en hombres en edad productiva. El ultrasonido abdominal es el primer estudio realizado en absceso hepático y la tomografía solo se realiza si el ultrasonido no es concluyente o para diagnóstico diferencial con otras lesiones.[18]

González Antonio et al. en Barquisimeto, 2001, publico un estudio denominado absceso hepático: 54 casos en menores de 13 años, retrospectivo, estudiando el índice de masa corporal, epidemiologia, días de hospitalización, diagnóstico y tratamientos más frecuentes. Concluyeron con que el 66% de los niños con diagnóstico

de absceso hepático eran desnutridos y 22% gravemente desnutridos y sólo el 9% con sobrepeso, 50% estuvo hospitalizado más de 21 días y fallecieron 4 niños de los cuales 3 eran desnutridos [19]

Carrasquero, Engels et al. en el 2012, realizó una publicación de la incidencia de absceso hepático en el servicio de Cirugía General del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo (SAHUM). La Investigación fue retrospectiva, descriptiva, longitudinal durante el 01-01-2008 al 31-12-2010. Se determinó que los abscesos más comunes están localizados en lóbulo derecho en 81.57% pacientes, únicos en 65.28% pacientes, >5cm en 71.05% pacientes, manejados con drenaje percutáneo 20 (52.63%), laparotomía exploradora 10 (26.31%) y conducta expectante 8 (21.05%), con 15,78% de complicaciones (6 pacientes) y 0% de mortalidad con una estancia hospitalaria entre 5-15 días 81.57%.[20]

Artís et al. en el 2012, la Sociedad Venezolana de Gastroenterología, publica un Estudio descriptivo, retrospectivo, con diagnóstico de absceso hepático ingresados entre 1998 a 2011 ingresados en nueve centros asistenciales del país: En dichos estudios se incluyeron 161 pacientes: predominaron los masculinos 59,01%, procedencia tipo urbana: 68,33%. Tiempo promedio de enfermedad prehospitalaria: 10 días y de hospitalización: 22 días. Los principales hallazgos fueron: absceso hepático único: 77,64%, lóbulo derecho: 82,61%, tipo piógeno 62,9%. La desnutrición se presentó en un 15% de los pacientes. Se les realizó drenaje del absceso hepático 28,57%. La mortalidad fue: 1,86%. Concluyeron en que los hallazgos clínicos-epidemiológicos y estudios imagenológicos permiten establecer el diagnóstico preciso e instaurar la antibioticoterapia ideal, reduciendo significativamente su morbilidad y mortalidad [3]

Ollarves et al. en Caracas, en el año 2011, publicó el estudio de la Prevalencia de abscesos hepáticos en el Hospital General del Oeste. Se realizó una revisión retrospectiva en pacientes con diagnóstico de absceso hepático, entre el año 2008 y el año 2010. Se incluyeron un total de 58 pacientes. De los cuales el 72.4% fueron del sexo masculino. Con una edad promedio de 37.6 años. El principal hallazgo ultrasonográfico fue absceso hepático único en 86.7%, 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. Concluyeron en que es bajo el porcentaje de pacientes que ameritó el drenaje de los mismos, cuando tienen estricto tratamiento antibiótico [21].

Marco Teórico

El absceso hepático es una colección de pus rodeado de cápsula fibrosa que, según su etiología, se pueden dividir en dos grupos: piógenos y amebianos. La enfermedad es relativamente infrecuente en países desarrollados, reportándose entre 5 y 22 casos por 100.000 ingresos hospitalarios. Su incidencia es más elevada en hombres, con un predominio de 30 a 60 años[22]. Tras la introducción de la intervención percutánea guiada por ultrasonografía o tomografía la mortalidad se ha reducido de alrededor del 50 %, hasta un 10 – 26%. A pesar de ser una patología infecciosa con métodos diagnósticos y opciones de manejo accesibles, sin embargo, el aumento del tránsito de personas entre los diferentes continentes en un mundo cada vez más globalizado, hace que inevitablemente exista un nuevo incremento de estas patologías y sigue siendo una causa de alta morbi-mortalidad en países en vías de desarrollo, con escasas publicaciones accesibles en nuestro medio.

Concepto

Los abscesos hepáticos son lesiones focales de origen infeccioso, únicas o múltiples, en las que coexiste necrosis con crecimiento de agentes patógenos, lo que da lugar a cavidades rellenas de pus y con paredes constituidas por la membrana piógena característica de cualquier absceso [22].

Fundamentos anatómicos relevantes

La anatomía funcional hepática sistematizada por Couinaud en 1957, es basada en la distribución en el interior del hígado de los pedículos portales y las venas suprahepáticas.

La proyección vertical de las venas suprahepáticas divide al hígado en cuatro secciones: posterior derecha, anterior derecha, medial izquierda y lateral izquierda.

Las fronteras anatómicas entre las cuatro secciones así definidas se denominan cisuras (cisura portal derecha, cisura sagital o media y cisura portal izquierda) y no se corresponden con las cisuras de la anatomía morfológica clásica. Su importancia radica en que se trata de líneas fundamentales para la penetración en el interior del parénquima durante una resección reglada.

Si se traza un plano horizontal imaginario sobre el eje de la bifurcación portal, se observa cómo las cuatro secciones antes definidas se dividen en ocho segmentos, que componen la base de la anatomía funcional hepática. Cada segmento recibe una rama de la tríada portal independiente formada por arteria, porta y conducto biliar rodeada por una vaina de tejido conectivo, prolongación de la cápsula de Glisson que rodea al hígado, de ahí la denominación de pedículo glissoniano [23].

La tríada portal derecha se bifurca en una rama anterior y otra posterior (sectores anterior y posterior derechos), cada una de las cuales, a su vez, se bifurca en una rama superior y otra inferior (segmentos 8, 5, 7 y 6). El pedículo izquierdo se divide en tres ramas (una posterior y dos anteriores) (segmentos 2, 3 y 4). El segmento 1 se halla por detrás del hilio hepático, entre las venas porta y cava inferior y recibe vascularización tanto del hígado derecho como del izquierdo.

Etiopatogenia

Las bacterias piógenas pueden infectar el hígado a través de varias vías:

Las infecciones que ascienden a través del sistema biliar son la causa más frecuente, representando más del 40 % de los abscesos hepáticos piógenos. Estos abscesos son habitualmente múltiples y comunicados con las vías biliares, de manera que el tratamiento puede consistir en el drenaje del ó de los abscesos, ó de las vías biliares intrahepáticas.

Los abscesos de origen portal constituyen del 15 al 20 % y son secundarios a la sepsis de un órgano que drena en el sistema porta. Éste absceso puede aparecer como complicación de una apendicitis (flebitis de la vena porta tras apendicitis perforada) u observarse también en el curso de una diverticulitis de sigmoides, cáncer de colon perforado, colitis inflamatoria, peritonitis difusa, pancreatitis aguda y crónica, etc.

Los abscesos de origen arterial representan entre el 5% al 15 % del total. Como causas más frecuentes están las tromboflebitis periféricas supuradas, especialmente en

toxicómanos. La endocarditis bacteriana, la neumonía, y la infección renal u osteoarticular, pueden ser también responsables de la formación de abscesos hepáticos.

Los abscesos idiopáticos o criptogenéticos se dan en un 15% a 20 % de los casos. Si bien la sangre de la vena porta habitualmente es estéril, seguramente la causa está en una bacteriemia portal transitoria, más frecuente en pacientes inmunodeprimidos.

Clasificación

Los abscesos hepáticos según su etiología se clasifican en dos grandes grupos, los piógenos y los abscesos amebianos

Absceso Piógeno

Se debe a una infección polimicrobiana por gérmenes aerobios gramnegativos y anaerobios grampositivos, con mayor frecuencia a la Escherichia coli en las dos terceras partes, seguida por el S. fecalis, Klebsiella y Proteus bulgaris. Los estafilococos, especialmente en pacientes que han recibido quimioterapia. La edad de presentación oscila entre los 40 y 60 años, con mayor predilección por el sexo femenino.

Abscesos Amebianos

Su agente patógeno es *Entamoeba histolytica,* que se distribuye por todo el planeta, aunque predomina en las regiones tropical y subtropical. Sus trofozoitos (formas maduras) y sus quistes (formas de resistencia y transmisión), habitan en el colon derecho de los portadores, donde se comportan generalmente como comensales. Los quistes se eliminan con las heces y contaminan el ambiente.

Su ingestión da lugar a la infección de personas sanas. Los trofozoitos pueden dar lugar a enfermedad invasiva, habitualmente en forma de disentería amebiana o de abscesos hepáticos.

El paso a enfermedad invasiva se ve facilitado por las situaciones que deprimen la inmunidad celular. Los trofozoitos llegan al hígado por vía mesentérico-portal y la existencia de flujos preferenciales explica que más del 80% de los abscesos se desarrollen en el lóbulo derecho. La mayoría de los enfermos con abscesos hepáticos no tienen disentería, aunque han podido padecerla anteriormente.

Los abscesos amebianos son inusuales en los niños y mucho más frecuentes en hombres que en mujeres. En los países desarrollados la mayoría de los abscesos amebianos se presentan en viajeros procedentes de países tropicales o subtropicales.

Clínica

Los síntomas predominantes son: fiebre y escalofríos de días a semanas de duración, dolor en hipocondrio derecho y a veces sintomatología respiratoria, cuando el absceso se localiza en parte superior de lóbulo derecho hepático. Síntomas inespecíficos como escalofríos, anorexia, pérdida de peso, náuseas y vómitos, pueden estar presentes. Una hepatomegalia dolorosa hasta en un 50-70% de los casos e ictericia frecuente son datos significativos, aunque a veces la falta de síntomas hace que los abscesos hepáticos se encuadren dentro de la llamada fiebre de origen desconocido.

Es difícil diferenciar un absceso amebiano de otro piógeno, aunque la aparición de diarreas es frecuente en los primeros.

En cuanto a datos analíticos, los más frecuentes son leucocitosis con neutrofilia, elevación de la bilirrubina, fosfatasa alcalina y de las enzimas hepáticas de forma ligera.

Diagnostico

El retraso diagnóstico es frecuente, ya que rara vez se piensa en un absceso hepático como causa de un síndrome infeccioso grave.

El diagnóstico de los abscesos hepáticos comprende: El diagnóstico de la existencia de los abscesos como LOE (lesión ocupante de espacio) hepática [23]. El diagnóstico diferencial entre absceso piogénico y amebiano y los tumores sólidos. En caso de tratarse de un absceso piogénico, la detección del foco séptico primario y el diagnóstico microbiológico.

La anamnesis y la exploración clínica general son fundamentales, ya que se puede encontrar algún antecedente o algún foco séptico de primer orden, característicos hasta en el 90% de los enfermos. Deben investigarse los viajes a países tropicales e ingesta de agua “no envasada”

La ultrasonografía es el procedimiento inicial de elección, aunque puede no detectar lesiones altas del lóbulo derecho y las de diámetro inferior a 2 cm.

En ambas circunstancias la tomografía computarizada helicoidal (TCH) tiene mayor sensibilidad, pudiendo identificar lesiones de hasta 0,5 cm, por lo que su fiabilidad alcanza del 90 al 95%. Además, la TCH puede detectar algunas de las lesiones intraabdominales que se comportan como foco séptico primario de abscesos piogénicos. El estudio debe realizarse con contraste (150-200 ml) durante las tres fases.

La hemaglutinación indirecta a *E. histolytica* es positiva en el 90 a 95%de los enfermos con abscesos amebianos. Los títulos permanecen elevados durante muchos años tras un episodio de infección, por lo que no es útil en países de prevalencia de amebiasis alta, donde hasta el 50% de la población es seropositiva.

La serología puede dar falsos negativos en las fases tempranas del absceso. Ante la sospecha de un absceso amebiano con serología negativa, el curso habitualmente subagudo de la enfermedad y su buena respuesta a los antiparasitarios, permiten habitualmente establecer un tratamiento de prueba, en espera de que la serología sea positiva o se observe respuesta terapéutica, evitando así la necesidad de la punción diagnóstica, cuyo riesgo principal, la superinfección bacteriana, complica el tratamiento y agrava el pronóstico. La punción del absceso guiada con ecografía o TAC permite conocer los gérmenes causales y es imprescindible en muchas ocasiones.

El pus aspirado debe ser evaluado microbiológicamente de inmediato mediante tinción de gram, búsqueda de trofozoitos, cultivo en medios aerobios, anaerobios y para hongos, y, de ser posible, investigación de antígenos de *E. Histolytica* mediante PCR, ya que la probabilidad de encontrar trofozoitos en el pus es baja.

Tratamiento

El tratamiento idóneo en el absceso hepático es la combinación de drenaje más el uso de antibióticoterapia, esta ultima la determina la etiología de la enfermedad.

Abscesos Piógenos

El de los abscesos piógenos comprende antibioticoterapia parenteral asociada al drenaje del absceso y al tratamiento del foco primario. En los microscópicos el drenaje no es posible, pero un porcentaje considerable responde al tratamiento antibiótico. La antibioterapia inicial será empírica. La más usual ha sido la asociación de ampicilina (sustituida por vancomicina si hay alergia a la penicilina), gentamicina y metronidazol,

si bien hoy se tiende a emplear más la doble terapia: amoxicilina–clavulánico (o piperacilina–tazobactam) y metronidazol. Se puede utilizar también monoterapia con imipenem–cilastatina, a la que se añade metronidazol, en tanto exista duda diagnóstica con etiología amebiana. Tras conocer los resultados microbiológicos se continúa con antibioticoterapia específica. La duración total del tratamiento antibiótico será de 4 a 6 semanas [24].

Abscesos amebianos

Se tratan con metronidazol, 750 mg por vía oral tres veces al día durante 10 días, seguido de un fármaco que destruya las formas quísticas en el intestino: idoquinol, 650 mg orales tres veces al día durante 20 días, furoato de diloxamida, 550 mg orales tres veces al día durante 10 días, o paromomicina, 25 a 30 mg/kg/día en tres dosis durante 7 días. La mayoría de los enfermos responden favorablemente en 3 o 4 días al metronidazol, lo que es una prueba terapéutica en caso de duda diagnóstica con absceso piogénico. El 10% no responde y deben tratarse con dihydroemetina intramuscular durante 5 días, más cloroquina durante 2 a 3 semanas, seguidos de un fármaco que actúe contra las formas quísticas.

Drenaje

Inicialmente, la mayoría de los abscesos se drenarán mediante radiología intervencionista (RI), colocando por vía percutánea tantos catéteres tipo *pig-tail* como sean necesarios.

La evolución de las cavidades drenadas se controla mediante ecografía o tomografía. En el 10-30% de los casos la clínica y/o la cavidad persisten tras la RI. Sólo en casos excepcionales se recurrirá al drenaje a cielo abierto.

El drenaje se hará inicialmente abierto cuando:

-Sean abscesos ubicados en lóbulo hepático izquierdo

-El absceso esté roto.

-Falla de drenaje percutáneo.

-Riesgo inminente de rotura

Estado nutricional

El estado nutricional refleja si la ingestión, la absorción y la utilización de los nutrientes son adecuadas para satisfacer las necesidades del organismo. La deficiencia

prolongada de un nutriente reduce su contenido en los tejidos y órganos, lo que afecta a las funciones bioquímicas en las que participa, pudiendo producir a largo plazo enfermedades carenciales (anemia, osteoporosis, etc.). La evaluación del estado nutricional de un individuo permite conocer el grado en que la alimentación cubre las necesidades del organismo o, lo que es lo mismo, detectar situaciones de deficiencia o de exceso. Dicha evaluación debe ser un componente del examen rutinario de las personas sanas y es importante en la exploración clínica del paciente. Es necesaria para proponer las actuaciones dietético-nutricionales adecuadas en la prevención de trastornos en personas sanas y su corrección en las enfermas

Una evaluación del estado nutricional completa en los adultos incluye:

Historia clínica, datos socioeconómicos y psicosociales y estilo de vida, Historia dietética, Parámetros antropométricos y composición corporal, Datos bioquímicos.

La antropometría evalúa las proporciones y medidas en el cuerpo humano. Cambios en el peso y en las circunferencias de la cintura y de la cadera, entre otros, son indicadores de variaciones en el estado nutricional, que pueden valorarse por comparación con los valores previos o con los intervalos de normalidad obtenidos en estudios poblacionales [25]

A partir del peso (kg) y de la talla (m) se calcula el IMC o índice de Quetelet, mediante la siguiente fórmula: IMC = Peso (kg) / Talla2 (m)

Es una determinación sencilla, pero de interés en epidemiología, concluyendo asi un estado de desnutrición en personas con IMC <18,5 kg/m^2 . Se acepta que un IMC < 16 va acompañado de un aumento de la morbilidad.

Nutrición en el enfermo hepático

El hígado es un órgano muy complejo que realiza más de 500 funciones metabólicas, muchas de ellas relacionadas a la nutrición, es por ello que las enfermedades del hígado y la nutrición se encuentran estrechamente relacionada [25]

Las alteraciones del estado nutricional constituyen un fenómeno frecuente en los pacientes con hepatopatía tanto aguda como crónica, identificándose hasta el momento una gran variedad de factores que influyen en su desarrollo tales como

ingestión dietética deficiente, malabsorción, alteraciones en el metabolismo de los nutrimentos e hipermetabolismo.[26]

La patogénesis de la desnutrición en las enfermedades hepáticas es multifactorial, determinado por: inadecuado consumo de nutrientes, compromiso en la digestión y absorción, estado hipermetabólico, y alteración en la capacidad hepática de almacenamiento de nutrientes. [27]

Por el proceso infeccioso per sé en los abscesos y el estado de afectación del parénquima hepático se pierde el equilibrio metabólico inclinándose hacia el lado catabólico, dificultando el almacenamiento de principios inmediatos (glucógeno, triglicéridos y proteínas) y favoreciendo la glucogenolisis, lipólesis y proteólisis. Derivando de ello que pueda perpetuarse el cuadro infeccioso, y generando afectación sistémica como malabsorción, sarcopenia, ascitisis [28]

Objetivos

Objetivo general

Determinar la incidencia de Absceso Hepático en los pacientes del Servicio de Cirugía General en el período Septiembre 2017- Febrero 2018

Objetivos específicos

- Describir las características demográficas en los pacientes con diagnóstico de absceso hepático
- Establecer los hallazgos ecográficos en los pacientes con diagnóstico de absceso hepático
- Determinar el manejo terapéutico en los pacientes con diagnóstico de absceso hepático
- Relacionar el índice de masa corporal en la incidencia de las complicaciones de los abscesos hepáticos
- Analizar el índice de masa corporal sobre los días de hospitalización de los pacientes con absceso hepático

Aspectos éticos

Las bases éticas y legales de la presente investigación se encuentran establecidas rigiéndonos por los principios bioéticos de beneficencia refiriéndose a la obligación moral de actuar en beneficio del paciente, así mismo estos beneficios prevalecerán sobre el prejuicio estableciendo la no maleficencia y por último la justicia social a través de la igualdad.

Por ser una investigación prospectiva, se realizó consentimiento informado de cada paciente, de igual forma se respetó la identificación del paciente manteniendo el anonimato de los mismos en los datos que se obtendrán para definir los resultados. Se respetará la confidencialidad de la información obtenida de los registros de las historias clínicas.

MÉTODO

Tipo de estudio

El tipo de investigación fue descriptiva, no experimental, prospectiva y un trabajo de campo clínico

Población y muestra:

Para esta investigación la población estuvo conformada por los pacientes que acudieron al servicio de cirugía general que fueron diagnosticados con absceso hepático. La muestra estuvo conformada por 61 pacientes hospitalizados con el diagnóstico de absceso hepático para tratamiento médico o quirúrgico.

Criterios de Inclusión

- Pacientes entre 18 a 70 años de edad.
- Pacientes de ambos géneros.
- Pacientes con diagnóstico confirmado de absceso hepático por estudio de imagen.
- Paciente que aceptaron participar en el protocolo de investigación.

Criterios de Exclusión

- Pacientes con drenaje de absceso hepático en centro foráneo.
- Pacientes que hayan egresado en contra opinión médica.
- Pacientes manejados ambulatorios

Procedimiento

Se evaluaron todos los pacientes ingresados en los cuatro servicios de cirugía general del hospital Dr. Miguel Pérez Carreño con diagnóstico de absceso hepático. Se les realizó historia clínica. Los datos fueron recolectados mediante el instrumento realizado, especificando los datos demográficos del paciente, las características ecografías del absceso, peso, talla e índice de masa corporal del paciente.

Se realizó el cálculo del índice de masa corporal de cada paciente, obteniendo las medidas de peso y talla. Los pacientes fueron interconsultados con el servicio de gastroenterología para la realización del ultrasonido abdominal. Se llevó el seguimiento durante la hospitalización de cada de uno de los pacientes para determinar el manejo terapéutico y las complicaciones presentadas durante la hospitalización.

Análisis estadístico

Se calculó la media y desviación estándar de las variables continuas, en el caso de las variables nominales, se calculó sus frecuencias y porcentajes. A las variables discretas, se le calculó la mediana e identificó valor mínimo y máximo. La comparación de variables nominales, se realizó usando la prueba chi-cuadrado de Pearson. Se consideró un valor estadísticamente significativo si $p < 0,05$. Los datos fueron tabulados y procesados con SPSS 24.

Aspectos administrativos

Recursos humanos y materiales

Para el desarrollo de la investigación se contó con el apoyo del personal adscrito los servicios de Cirugía General del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño, así como los pacientes de este servicio, los investigadores y el tutor de la presente investigación.

En lo referente a los recursos materiales, se utilizaron los siguientes:

- Historias clínicas,
- Análisis clínicos de laboratorio.
- Programas de estadística soportadas en computador, (Excel, Word, Power Point)
- Resma de hojas carta.
- Materiales de encuadernación.
- Libros técnicos.
- Investigaciones relacionadas en Venezuela.
- Pendrive.

Todo el material para impresión, entrega y publicación será financiado por los propios autores.

RESULTADOS

La incidencia de casos de absceso hepático desde de septiembre de 2017 a febrero de 2018 fue de 3,51% (gráfico 1). Se evaluaron 61 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. La edad de estos fue 42 ± 12 años. La mayoría de los afectados correspondió al género masculino, 54 (88,5%), mientras que el género femenino afectado por dicha patología fueron 7 (11.5%). Y el índice de masa corporal promedio fue 20,8 ± 3,5. El tiempo de hospitalización tuvo una mediana de 10 días (rango: 3 – 35 días). Ver tabla 1.

Los hallazgos ecográficos (tabla 2), los segmentos más afectados en porcentaje decreciente, fueron VI 28 (32,7%), VII 16 (26,2%), V 8 (13,2%), IV 5 (8,2%), III 5 (8,2%), VIII 5 (8,2%), II 2 (3,3%) y segmento I sin afectación. Con respecto al volumen del absceso fue en 27 pacientes (44,3%) menor de 500 cc, 19 (31,1%) mostraron volúmenes entre 500 y 1000 cc, mientras que volúmenes mayores 1.000 cc se presentaron en 15 (24,6%) de los pacientes. En el número de abscesos fue más frecuente la presentación única, 50 (82,0%), que la múltiple 11 (18%).

En el gráfico 2, de la distribución del manejo terapéutico durante la hospitalización, al momento del ingreso, 73,3% de los pacientes recibieron tratamiento médico, 20% tratamiento con drenaje quirúrgico/médico, 5% drenaje percutáneo/médico y 1,7% drenaje torácico/médico. Sin embargo, al momento del egreso, los pacientes que no habían mejorado evolucionado de manera satisfactoria con tratamiento exclusivamente médico, requirieron algún tipo de drenaje (quirúrgico o percutáneo), por lo que finalmente solo 41,7% recibió tratamiento médico, 35% quirúrgico/médico, 23,3% drenaje percutáneo/médico. Estos cambios en general fueron estadísticamente significativos ($p = 0,001$).

En gráfico 3 de la distribución de pacientes según complicaciones, el 65,6% del total de pacientes no tuvo complicaciones, mientras que 34,4% si las tuvo, las cuales fueron distribuidos: 7 (11,5%) derrame pleural, 5 (8,2%) infección del sitio operatorio, 4 (6,6%) peritonitis, 3 (4,9%) evisceración, 1 (1,6%) peritonitis con infección del sitio operatorio y 1 (1,6%) sepsis.

De acuerdo al gráfico 4 relación del índice de masa corporal en la incidencia de las complicaciones de los abscesos hepáticos, el 76,2% de los pacientes complicados pertenecían al grupo de bajo peso, seguido del 14,2% sobrepeso, 4,8% normopeso y 4,8% obesidad. Mientras que en los pacientes que no presentaron complicaciones el 75% eran normopeso, 12,5% bajo peso, 10% sobrepeso y solo 2,5% Obesidad. Concluyendo que la relación de la presencia de complicaciones con el índice de masa corporal, fue estadísticamente significativa (p = 0,001).

Por último, la relación del índice de masa corporal y tiempo de hospitalización (gráfico 5), se observó que los pacientes con tiempo de hospitalización mayor de 10 días, correspondió el 60% con el grupo de bajo peso, 28% normopeso, 8% sobrepeso y 4% obesidad; mientras que, los pacientes con estancia hospitalizaría menor de 10 días 66,7% normopeso, 16,7% bajo peso, 13,8% sobrepeso y 2,8% obesidad. Se encontró que esta fue estadísticamente significativa (p = 0,005).

DISCUSIÓN

Este estudio se propuso con el objetivo de evaluar la importancia de la incidencia del absceso hepático en los pacientes del servicio de cirugía general. El absceso hepático sigue siendo una de las patologías más frecuentemente evaluadas en los servicios de Cirugía general, y la conducta y el tratamiento oportuno resulta de vital importancia para la evolución clínica óptima del paciente.

Nuestra investigación se desarrolló en un rango de 6 meses desde septiembre de 2017 a febrero de 2018, resultando la incidencia de absceso hepático de 3,51%, lo que difiere con el trabajo de Fantuzzi et al. 2009 en Chile, donde su incidencia fue 0,22% en pacientes hospitalizados.

Se evaluaron un total de 61 pacientes ingresados al servicio de cirugía general, en comparación con el estudio de Elizabeth Pinilla et al. desarrollado en Bogotá Colombia en el 2003, tuvo 49 casos en 3 años; mientras que en nuestro país en el Hospital General del Oeste (Caracas), María Ollarves et al. reporta que el número de casos ingresados con dicha patología fue de 58 en un periodo de 2 años (2008-2010), superando en nuestro estudio el número de casos hospitalizados en este corto periodo de tiempo. La edad promedio de los pacientes de nuestro estudio estuvo ubicada en la cuarta década de la vida, la cual se encuentra en un rango similar al de otras series como las de Berdejo et al. en el 2014 en el hospital de Itagua en Paraguay donde su edad promedio fue de 41 a 50 años o Carrillo et al. en el 2010 en el hospital nacional Loaiza en Perú, donde su edad promedio fue de 41 a 53 años. El sexo masculino resultó el más afectado coincidiendo con el estudio de Ollarves et al. realizado 2011 en el Hospital del Oeste en Caracas- Venezuela por una susceptibilidad aún no determinada.

El Índice de masa corporal oscilo en 20,8 ± 3,5, comparable con el de Alam et al. Publicado en el 2016, en la India donde la mayoría de sus pacientes presentaba un índice de masa corporal entre estándar y bajo peso, mientras que el estudio de Sepúlveda et al. realizado en México en el 2016 el IMC de sus pacientes con abscesos hepáticos tuvo una media de 23. La estancia hospitalaria tuvo una mediana de 10 días,

concordando con el estudio de Carrasquero, Engels en el 2012 en el Hospital Universitario de Maracaibo-Vzla donde la mayoría de sus pacientes permanecieron hospitalizados de 11 a 15 días, seguidos de los pacientes con estancia hospitalaria entre 5 y 10 días.

Encontramos como hallazgos ecográficas que los segmentos más afectados fueron VI, VII y V (pertenecientes al lóbulo derecho del hígado), coincidiendo con la investigación de Carrasquero, Engels en el 2012 en Maracaibo y Sepúlveda et al. realizado en México 2017, donde mayoritariamente los abscesos se localizaron en el lóbulo derecho, con respecto al segmento más afectado en nuestra investigación fue el VI, coincidiendo con el estudio de Bazan et al. en Perú en el Hospital de Loaiza, incluso, Carrillo et al. en el 2010 en Perú cita que el 80% de los abscesos hepáticos se localizan en el lóbulo derecho, con una fuerte preferencia por los segmentos 6-8, por efecto del flujo sanguíneo mesentérico de la vena porta. El volumen fue menor a 500cc en la mayoría de los estudiados, concordando con el estudio de Ollarves et al. realizado en el Hospital del Oeste en Caracas- Venezuela 2011, donde un 68% el volumen del absceso media menor a 400cc. Con respecto al número fue principalmente abscesos únicos, al igual que en el estudio anteriormente citado de Sepúlveda et al. (México 2017) y el estudio de Berdejo et al. Paraguay 2014 donde 2/3 de los pacientes presentaron absceso único.

El manejo predominante al comienzo y al final de la hospitalización fue exclusivamente médico, seguido del tratamiento mixto: quirúrgico/medico, percutáneo/medico, en comparación con en el estudio de Bazan et al. en Perú en el Hospital de Loaiza, mayoritariamente sus pacientes recibieron tratamiento médico exclusivo, seguido en frecuencia quirúrgico/médico y luego drenaje percutáneo/medico; Paralelo a un estudio publicado en nuestro país Ollarves et al. realizado en el Hospital del Oeste en Caracas- Venezuela 2011, el 100% recibió tratamiento médico, sin embargo exclusivo 88%, seguido 7% quirúrgico/médico y percutáneo/medico 5% cifras comparables con nuestro estudio. Por el contrario Fantuzzi et al. 2009 en Chile, describe en su estudio que un ¼ de sus pacientes recibieron tratamiento médico, mientras que los ¾ restantes recibió tratamiento mixto: 88% percutáneo/médico y 12% quirúrgico/medico, mientras

que en el estudio de Berdejo 2014 (Paraguay) más de la mitad de los pacientes ingresaron a tratamiento quirúrgico. Estas diferencias pueden explicarse en parte por la carencia del material necesario para la realización del drenaje percutáneo en nuestro entorno.

La complicaciones se presentaron en un 1/3 aproximado de los pacientes hospitalizados tal como en el estudio de Carrasquero, Engels en el 2012 en Maracaibo donde se observaron en cantidad similar; la complicación más frecuente en nuestro estudio fue en primer lugar derrame pleural y en tercer lugar peritonitis, no coincidiendo con el estudio del autor anteriormente nombrado, el cual reporta que la complicación más frecuente fue en primer lugar peritonitis y en segundo lugar derrame pleural, mientras que en el estudio de Reyna Sepúlveda en México 2017 describe que sus principales complicaciones fueron derrame pleural y shock séptico. Elizabeth Pinilla en Bogotá Colombia en el 2003 publica en su estudio la principal complicación fue la afectación pulmonar (derrame pleural).

El estudio de Alam et al. Publicado en el 2016, en la India analiza la tasa de complicaciones e IMC, los pacientes con bajo peso presentaron mayores complicaciones lo cual concuerda con nuestros resultados donde mayoritariamente las complicaciones se presentaron en pacientes con bajo peso (desnutridos).

Son pocos los estudios en las cuales se analiza el índice de masa corporal como una de las principales características en la evolución de los pacientes con absceso hepático. Es interesante observar como en nuestro estudio los pacientes con bajo peso tuvieron mayor estancia hospitalaria ya que aquellos pacientes con permanencia por más de 10 días, la mayoría eran bajo peso, mientras que los pacientes normopeso tuvieron tiempo de hospitalización con estancia menor de 10 días. Asi se encuentra reflejado también en estudio realizado por Alam publicado en 2016 donde relaciona el absceso hepático con la malnutrición, teniendo como resultado que la estancia hospitalaria de pacientes con bajo peso era mayor a 3 semanas en comparación con pacientes normopeso que permanecieron ingresados por menos de 2 semanas. Comparable a nuestro estudio, se encuentra el publicado por González Antonio et al. 2001 en Barquisimeto-Vzla donde se refleja que más de la mitad de sus pacientes de

estudio los describen desnutridos, siendo estos los que peor evolución, mayor tiempo de estancia hospitalaria y complicaciones fatales.

CONCLUSIONES

- ✓ La incidencia de Absceso hepático es de 3,51%
- ✓ La patología se encuentran principalmente en la cuarta década de la vida, con un promedio de edad de 42 +/- 12 años.
- ✓ Dicha patología afecta principalmente al género masculino.
- ✓ El rango de estancia hospitalaria en esta patología fue de 10 días aproximadamente.
- ✓ En los hallazgos ecográficos las características principalmente fueron de ubicación en el lóbulo derecho, el segmento más afectado fue VI, el volumen menor de 500 cc y más frecuente su presentación como absceso único
- ✓ El manejo terapéutico inicial y final más frecuente fue médico, seguido del manejo mixto: quirúrgico/medico
- ✓ Existe relación entre el IMC bajo y la incidencia de complicaciones pues los pacientes con bajo peso fueron los pacientes que más se complicaron, igualmente los paciente que más requirieron días de hospitalización para su recuperación.

REFERENCIAS

1. McGraw-Hill. Schwartz. Principios de Cirugía. 8va ed. 2006. 1161 p.
2. Canicoba M, Domínguez N, Gutiérrez SC, De Alimentación D. Nutrición en las enfermedades hepáticas crónicas. Nutr Clin Med Nutr Nutr Clin Med. 2014;VIII(3):121–35.
3. Artis María; Arredondo Claudio. Abscesos hepáticos en pacientes pediátricos: Estudio multicéntrico. Gen. 2012;66.
4. Leonardo P, Saavedra Manzano E. Evaluacion Clinica y ecosonografica del absceso hepatico en el adulto. Universidad centroccidental Lisandro Alvarado; 1999.
5. Landaeta Jimenez M, Herrera Cuenca M, Vásquez M, Ramírez G. Anales venezolanos de nutrición.. Vol. 28, Anales Venezolanos de Nutrición. Fundación Bengoa; 2015. 100-109 p.
6. Carrillo Ñañez L, Cuadra-Urteaga JL, Caballero SP, Canelo-Aybar C, Fuentes MG. Absceso Hepático: Características Clínicas, Imagenológicas y manejo en el Hospital Loayza en 5 años. Rev Gastroenterol Perú. 2010 [;301:46–51.
7. Instituto Nacional de estadistica. Indicadores de Salud. Bol Salud. 2013;3.
8. Análida E., López MC. Inmunologia del absceso hepático amebiano. Rev Salud Pública. 2004;6:80–96.
9. Alam F, Salam A, Mahmood I, Kabir M, Chowdhury S, Haque R. Amebic Liver Abscess is Associated with Malnutrition and Low Serum Leptin Level. J Infect Dis Ther. 2016 Oct 21 (5):1–4.
10. López-Cano Gómez M, Laguna Del Estal P, García Montero P, Gil Navarro M, Castañeda Pastor A. Absceso hepático piógeno: presentación clínica y predictores de evolución desfavorable. Gastroenterol Hepatol. 2012 Apr;35(4):229–35.
11. Reyna Sepúlveda F, Hernández-Guedea M, García-Hernández S, Sinsel-Ayala J, Pérez-Rodríguez E, Muñoz-Maldonado G. Epidemiología y manejo del empiema torácico por absceso hepático. Neumol Cir Torax;76(2):15–2017.
12. Reyna Sepúlveda F, Hernández Guedea M, García hernández S, Sinsel ayala J. Epidemiology and prognostic factors of liver abscess complications in

northeastern Mexico. 2018;19(77):178–83.

13. Quezada-Adame I, Efraín A, Medina-Villaseñor D, María Del Carmen Fernández-Garza A, Cabrera-Albarrán O, Balice-Olguín M, et al. Peritonitis amibiana por ruptura de absceso hepático Amebic peritonitis due to hepatic abscese rupture. Cir Gen. 2007;29.
14. Fantuzzi S A, Albertz A N, Valenzuela V A, Estuardo A N, Castro L A. Absceso hepático: Serie de 107 casos y revisión de la literatura. Rev Chil infectología. 2009 Feb;26(1):49–53.
15. Bazán Portocarrero S, Pinto Sánchez J, Godoy Martínez D, Campos Torres R, Asmat Garaycochea P, Arias Schreiber M, et al. DRENAJE PERCUTANEO DE ABSCESO PIOGENO HEPATICO: EFICACIA DEL MANEJO TRABAJOS ORIGINALES. REV GASTROENTEROL PERU. 2003; 23:17–21.
16. Carrillo Ñañez L, Caballero Silvia, Gil Magdalena et al. Absceso hepático: características clínicas, imagenológicas y manejo en el Hospital Loayza en 5 años. Rev. gastroenterol. Perú . 2010. Vol 30 n. 1, 46-51
17. Berdejo J., Troche M, Arredondo J. Tratamiento del absceso hepatico Experiencia en el Hospital Nacional de Itagua. Vol. 38, CIRUGIA PARAGUAYA. ; 2014. 22-25 p.
18. Elizabeth Pinilla AR, Consuelo López MP, Castillo BM, Isabel Murcia MA, Santiago Nicholls RO, Duque SB, et al. Enfoque clínico y diagnóstico del absceso hepático A diagnostic approach to hepatic abscess. Rev méd Chile. 2003;131.
19. González Mata A, Saavedra Tirado I, Sanz de Todríguez M. Absceso hepático: 54 casos en menores de 13 años. Boletín Médico Psotgrado UCLA Decanato Med. 2001.
20. Carrasqquero Engels. MANEJO DEL ABSCESO HEPÁTICO. Universidad del Zulia; 2012.
21. María Ollarves, María Gori, Gabriel Echeverría, William Folkmanas, Beatriz Linares, José Rodríguez 2Sonia Mendoza. Prevalencia de abscesos hepáticos en el Hospital General del Oeste. Período 2008-2010. Gen. 2011;65.
22. Álvarez Pérez JA, Baldonedo Cernuda RF, González González JJ, Sanz Álvarez

L. Abscesos hepáticos piógenos. Cirugía Española. 2001 Jan ;70(3):164–72.

23. Gajardo F, Flisfisch H. Absceso hepático. Rev Med y Humanidades Med y Humanidades 2010;2(3)
24. Mendoza AM. Absceso Hepatico. Rev Peru Radio. 1998;2. A
25. Landa-Galván H V., Milke-García M. P, León-Oviedo C, Gutiérrez-Reyes G, Higuera-de la Tijera F, Pérez-Hernández JL, et al. Evaluación del estado nutricional de pacientes con cirrosis hepática alcohólica atendidos en la Clínica de Hígado del Hospital General de México. Nutr Hosp :2006–14.
26. Gómez N, Herrero J, Quiroga J. La nutrición en el enfermo hepático. Nutr Hosp 2008
27. Restrepo M. Medidas Antropométricas. Nutrición Salud 2014
28. Canicoba M, Dominguez N et al. Nutrición en enfermedades hepáticas crónicas. Nut Clin Med. 2014

ANEXOS

Gráfico 1.

Incidencia de Absceso Hepático en los pacientes del Servicio de Cirugía General.

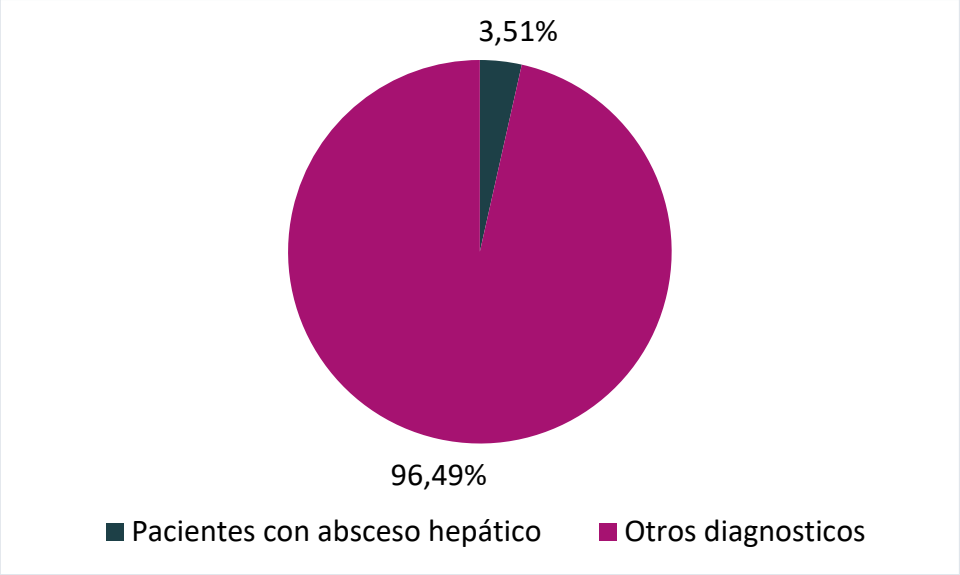


Tabla 1.

Distribución de pacientes según indicadores epidemiológicos.

Variables	Estadísticos	
n	61	
Edad (años)(*)	42 ± 12	
Sexo		
Masculino	54	88,5%
Femenino	7	11,5%
IMC (*)	20,8 ± 3,5	
Días de hospitalización (**)	10 (3 - 35)	

(*) media ± desviación estándar

(**) mediana (mínimo - máximo)

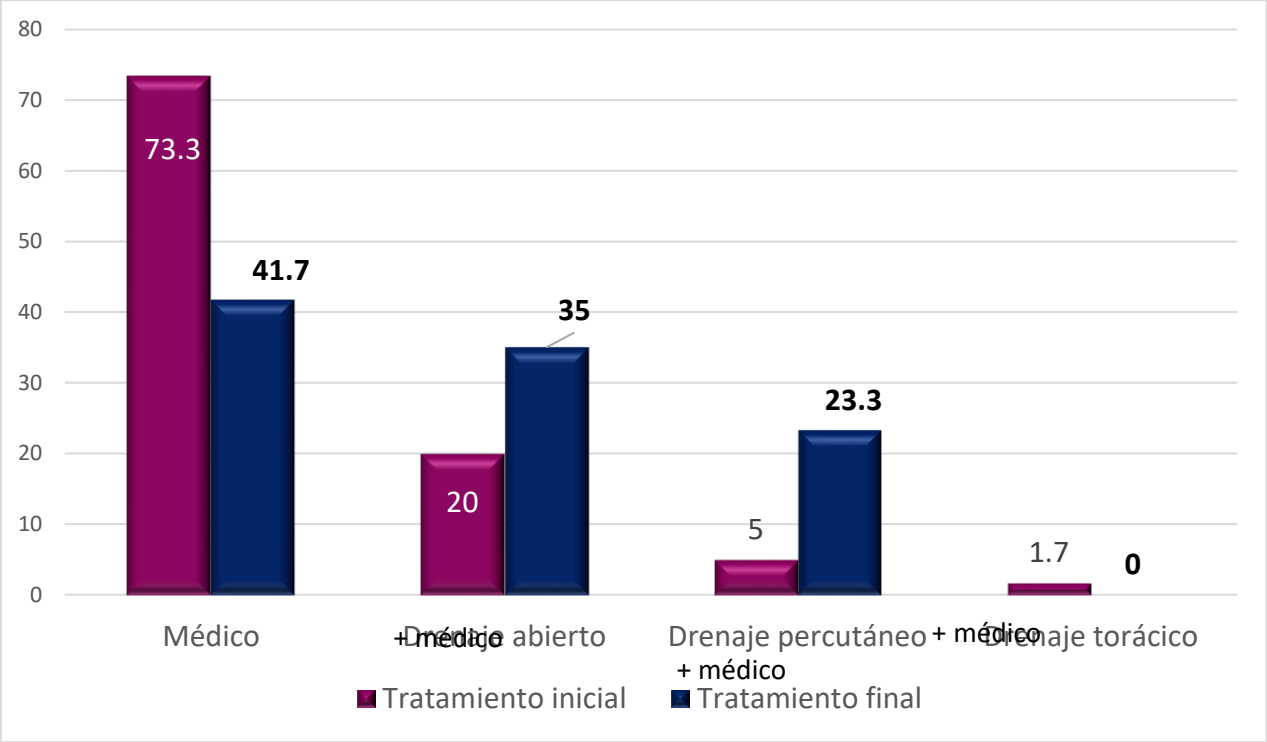
Tabla 2.

Distribución de pacientes según hallazgos ecográficos.

Variables	n	%
Segmentos		
I	0	0
II	2	3,3
III	5	8,2
IV	5	8,2
V	8	13,2
VI	20	32,7
VII	16	26,2
VII	5	8,2
VIII		
Volumen del absceso		
< 500 cc	27	44,3
500 - 1.000 cc	19	31,1
> 1.000 cc	15	24,6
Número de Abscesos		
Único	50	82,0
Múltiple	11	18,0

Gráfico 2.

Distribución de pacientes según manejo al inicio y final de la hospitalización.



p = 0,001

Gráfico 3.

Distribución de pacientes según complicaciones.

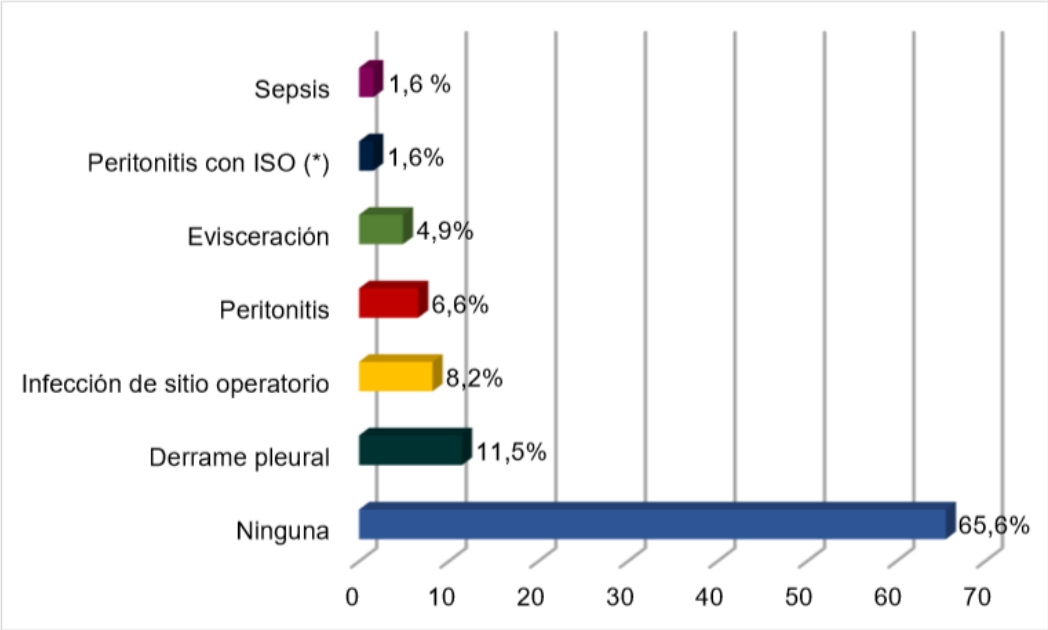
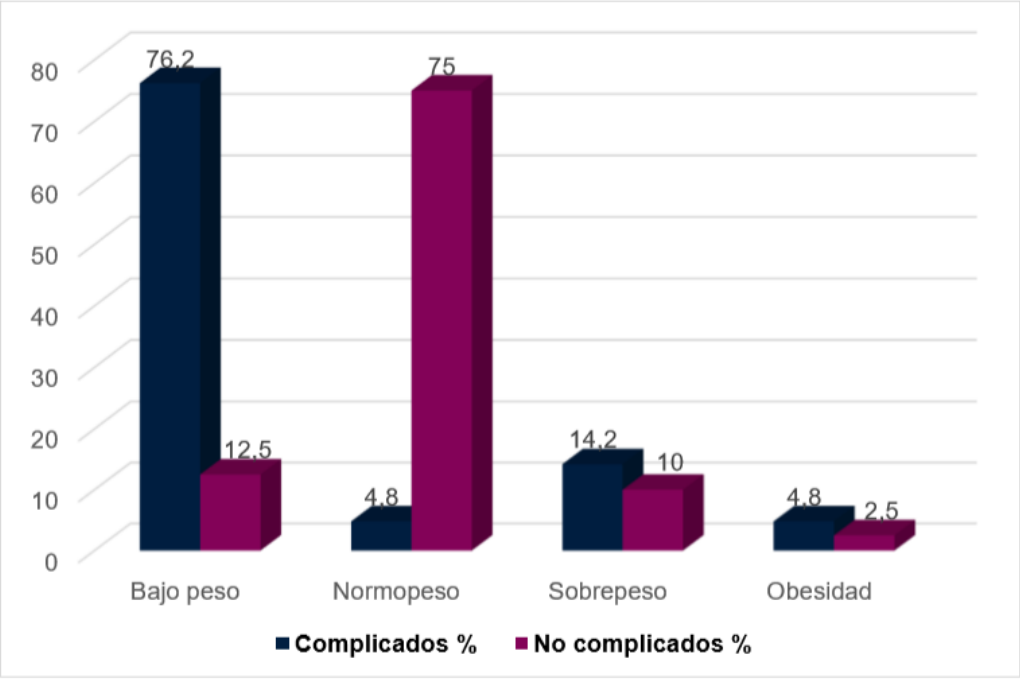


Gráfico 4.

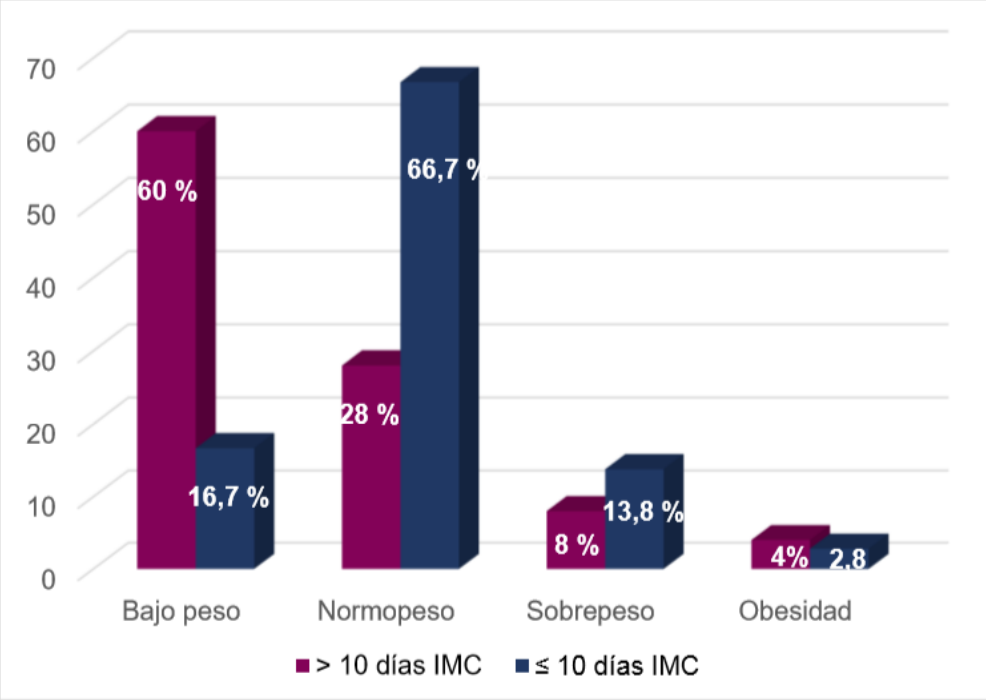
Relación de índice de masa corporal e incidencia de complicaciones.



p = 0,001

Gráfico 5.

Relación de días de hospitalización e índice de masa corporal.



p = 0,005

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
HOSPITAL MIGUEL PÉREZ CARREÑO
POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL
SERVICIO DE CIRUGÍA III

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a) Paciente:

Usted ha sido seleccionada para llenar y ser observado durante la aplicación del presente instrumento que tiene como propósito principal recoger los datos importantes que suministren de manera clara y detallada, información para determinar la incidencia de abscesos hepáticos, sus características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y tratamiento.

Cabe destacar, que esta información se presenta de forma anónima, asegurando así la viabilidad y confidencialidad, la misma será utilizada con fines educativos, que permitan la implementación de acciones dirigidas a obtener información en tiempo real de dicha patología.

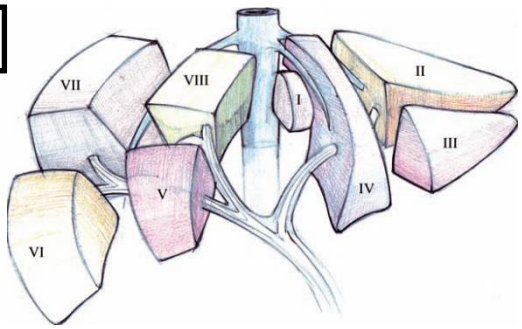
Nombres y Apellidos C.I Firma

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
HOSPITAL MIGUEL PÉREZ CARREÑO
POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL
SERVICIO DE CIRUGÍA III

Instrumento de Recolección de Datos

Nombre:	Edad:	Género F M	Días Hosp.:
Fecha de Ingreso	Fecha de Egreso		

Ecografía	Volumen:



Peso:	Talla:	IMC:



Tratamiento	
Médico	○
Drenaje percutáneo	○
Drenaje Laparoscópico	○
Drenaje Abierto	○

Complicaciones	
Derrame pleural	○
Peritonitis	○
Sepsis	○
Otra	○

Datos recolectados por: _____

Tabla 3: Cuadro de variable

Variable	Dimensión	Tipo de variable	Indicador	Sub indicador
Edad	Clínica	Cuantitativa discreta	Años	18-37 38-57 58-70
Género	Clínica	Cualitativa dicotómica	Masculino Femenino	
Índice de obesidad	Clínica	Cuantitativa continua	IMC=Peso/talla^2	<18,5 18,5-24,9 25,29,9 >30
Permanencia hospitalaria	Clínica	Cuantitativa discreta	Días	<7 7-15 >15
Hallazgo ecográfico: segmento	Clínica	Cualitativa policotómica	Segmento hepático	I-II III-IV V-VI VII-V
Hallazgo ecográfico: Cantidad de líquido	Clínica	Cuantitativa discreta	Centímetros cúbicos	<500 500-1000 >1000
Hallazgo ecográfico: número	Clínica	Cuantitativa discreta	Único Múltiple	
Manejo Terapéutico Inicial	Clínica	Cualitativa policotómica	Médico Drenaje percutáneo Drenaje laparoscópico Drenaje abierto	
Manejo Terapéutico Final	Clínica	Cualitativa policotómica	Médico Drenaje percutáneo Drenaje laparoscópico Drenaje abierto	
Complicaciones	Clínica	Cualitativa policotómica	Derrame pleural Peritonitis Sepsis Otra	