



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL
ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO Y PIÓGENO EN ADULTOS

AGUILAR MOROCHO MARIA DEL CISNE
MÉDICA

MACHALA
2022



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL
ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO Y PIÓGENO EN ADULTOS

AGUILAR MOROCHO MARIA DEL CISNE
MÉDICA

MACHALA
2022



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL ABSCESO
HEPÁTICO AMEBIANO Y PIÓGENO EN ADULTOS

AGUILAR MOROCHO MARIA DEL CISNE
MÉDICA

SERPA ANDRADE CARINA ALEXANDRA

MACHALA, 27 DE OCTUBRE DE 2022

MACHALA
27 de octubre de 2022

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL ABSCESSO HEPÁTICO AMEBIANO Y PIÓGENO EN ADULTOS

por MARIA DEL CISNE AGUILAR MOROCHO

Fecha de entrega: 19-oct-2022 04:03p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1929953638

Nombre del archivo: TRABAJO_DE_TITULACION_AGUILAR_MOROCHO_MARIA_DEL_CISNE.docx (3.4M)

Total de palabras: 4004

Total de caracteres: 22322

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, AGUILAR MOROCHO MARIA DEL CISNE, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO Y PIÓGENO EN ADULTOS**, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

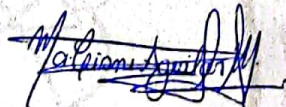
La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 27 de octubre de 2022



AGUILAR MOROCHO MARIA DEL CISNE
0705175321

Dedicatoria

Dedico el presente trabajo a mi madre Lcda. Angélica Morocho y hermano Dr. Víctor Aguilar por llenar mi corazón y mente de ganas de superación, por brindarme las herramientas necesarias para poder forjar mi camino hacia el éxito. Gracias por llenar mis días de mensajes positivos y a su vez gracias por realizar los llamados de atención que fueron propicios en su momento. Gracias por enseñarme que el camino de la vida tiene sus altos y bajos pero que tras cada caída uno puedo levantarse con más ahínco. Ustedes son mi ejemplo a seguir, los admiro y los amo.

A mi dulce hermana Angélica María (Anyelita) que está en el cielo pero que la siento junto a mis todos los días; compartíamos el mismo sueño los tres, ser médicos y sé que cuando nos volvámos a encontrar lo haremos con nuestro título anhelado. Te amo y extraño demasiado.

Dedico además este trabajo a lo más hermoso que me pudo otorgar nuestro Padre celestial, mis hijos Zaid y Sebastián, ustedes fueron, son y serán mi motor de vida; su llegada fue un punto clave para este sueño, con cada mirada, sonrisa y abrazo llenaban de energía mi ser y me hacían entender que ahora había dos increíbles e inteligentes niños que seguían mis pasos.

A mi esposo Ing. Byron Zumba por ser un pilar fundamental en este sueño llamado medicina, gracias por ser un gran padre, cuidar y velar por el bienestar de nuestros hijos cuando por motivos académicos debía ausentarme. Hemos formado un gran equipo y me siento orgullosa además por tus logros. Que nuestros sueños nunca se apaguen.

A mis tíos Dr. Miguel Aguilar, Dra. Cira Fernández, Carmen Aguilar y Manuel Vera, los buenos consejos de su parte nunca faltaron, y aunque no suelo manifestar mis sentimientos con facilidad siento que sin su apoyo quizás este sueño se hubiese tornado más complejo. Gracias por estar siempre para nosotros, somos muy afortunados de tenerlos.

Agradecimiento

En primer lugar, agradezco a Dios por bendecir mis días, por la vida, por la gracia y la dicha que me ha regalado de gozar de una familia hermosa.

En segundo lugar, agradezco a nuestra madre del cielo, por estar siempre a mi lado, por cuidarme y velar por mi bienestar, por interceder por mí con Nuestro Señor.

A mi tutora, Dra Carina Serpa, gracias por su orientación en cada tutoría, porque con paciencia y amabilidad guío a cada uno de nosotros y permitió que logremos redactar un trabajo acorde.

A mis queridos Doctores de nuestra majestuosa carrera de Ciencias Médicas de la Universidad Técnica de Machala por ser excelentes maestros dentro de las aulas, pero fuera de estas grandes amigos y guías. Durante mi camino como médico los llevaré conmigo. La semilla de conocimientos que sembraron creció en el alma y en nuestro espíritu. Les agradezco sinceramente por su paciencia, por compartir sus conocimientos de manera profesional, lo considero un tesoro invaluable.

Y para culminar gracias a mis amigos y compañeros, porque hicieron que este sueño esté lleno de risas. A cada uno que me brindo su mano los guardo con un cariño especial. He aprendido mucho de ustedes, cada uno tiene dones que los hace brillar.

RESUMEN

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y ABORDAJE TERAPEUTICO DEL ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO Y PIÓGENO EN ADULTOS

Introducción. El absceso hepático se define como colecciones solitarias o múltiples de material purulento encapsuladas en el parénquima hepático y es causa importante de morbimortalidad cuando el enfoque clínico y abordaje terapéutico no es oportuno. Con mayor frecuencia se distinguen dos orígenes, un absceso hepático amebiano que es la complicación más importante de las amebiasis intestinales por transmisión fecal – oral o a través de la circulación portal; y un absceso hepático piógeno que en la actualidad es más común, ocasionado por multiplicación bacteriana y generalmente es por consecuencia de patologías biliares subyacentes. **Objetivo.** Diferenciar clínicamente y por imagen el absceso hepático amebiano y el absceso hepático piógeno que permita un enfoque terapéutico adecuado y evitar complicaciones en el paciente. **Metodología.** Estudio descriptivo basado en la revisión de artículos científicos de alto impacto de las distintas bases de datos tales como Pubmed, Elsevier, Scielo, Scopus, de los últimos 5 años. **Conclusión.** Entamoeba Histolytica sigue siendo la principal causa de absceso amebiano y de los abscesos piógenos existe un aumento evidente en los últimos años de Klebsiella Pneumoniae en 54%, seguido Escherichia Coli 29% y de causa polimicrobiana 16%. Aunque la amebiasis intestinal es muy frecuente en el medio, el hecho de que cause invasión extraintestinal es apenas del 2–5%, por lo que recientemente los estudios indican que el 80% de los abscesos hepáticos son de origen piógeno debido al incremento de patologías biliares, procedimientos quirúrgicos en donde se manipula vía biliar, envejecimiento y los trasplantes hepáticos.

Palabras claves: *Absceso hepático amebiano, absceso hepático piógeno, colonización bacteriana, amebiasis intestinal*

ABSTRACT

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND THERAPEUTIC APPROACH OF AMOEBIC AND PYOGENIC LIVER ABSCESS IN ADULTS

Introduction. Liver abscess is defined as solitary or multiple collections of purulent material encapsulated in the liver parenchyma and is an important cause of morbidity and mortality when the clinical approach and therapeutic approach is not appropriate. Most often two origins are distinguished, an amoebic liver abscess which is the most important complication of intestinal amebiasis by fecal – oral transmission or through the portal circulation; and a pyogenic liver abscess that is currently more common, caused by bacterial multiplication and is usually the result of underlying biliary pathologies

Objective: Differentiate clinically and by imaging amoebic liver abscess and pyogenic liver abscess that allows an adequate therapeutic approach and avoid complications in the patient.

Methodology: Descriptive study based on the review of high-impact scientific articles from different databases such as PubMed, Elsevier, Scielo, Scopus, from the last 5 years.

Conclusion: Entamoeba Histolytica remains the main cause of amoebic abscess and pyogenic abscesses there is an evident increase in recent years of Klebsiella Pneumoniae by 54%, followed by Escherichia Coli 29% and polymicrobial cause 16%. Although intestinal amebiasis is very common in the environment, the fact that it causes extraintestinal invasion causing a liver abscess is only 2–5%, so recently studies indicate that 80% of liver abscesses are of pyogenic origin due to the increase in biliary pathologies, surgical procedures where the bile duct is manipulated, aging and liver transplants.

Key Words: Amoebic liver abscess, pyogenic liver abscess, bacterial colonization, intestinal amebiasis.

INDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	5
DESARROLLO.....	7
CONCLUSIÓN.....	18
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	20

FIGURAS

Figura 1 Imagen Tomográfica en signo de Turquesa.....	12
--	----

TABLAS

Tabla 1. Tipos de absceso hepático amebiano con relación a hallazgos tomográficos	13
Tabla 2 Diagnóstico diferencial entre absceso hepático amebiano y piógeno	14

INTRODUCCIÓN

El absceso hepático considerado como una patología severa es definido como una colección purulenta o una masa que ocupa espacio ocasionada por la colonización y replicación de microorganismos patógenos, encapsulada a nivel del parénquima hepático ya sea en un hígado patológico o a su vez sano, de múltiples etiologías entre las que mayormente destacan las de origen amebiano, piógenas, por organismos causales y hongos, microorganismos que son de amplia distribución mundial.(1–3) Existen diferentes vías de diseminación tales como a través del tracto biliar, nivel sanguíneo y circulación portal o por contigüidad, la localización preferencial de los abscesos hepático es a nivel del lóbulo hepático derecho a razón de la distribución del flujo portal.(1)

Se distingue al absceso amebiano piógeno por ser de origen exclusivamente bacteriano, en donde las bacterias invaden el tejido hepático ocasionando la producción focalizada de pus y es consecuente con mayor predominancia de patologías biliares, sin embargo, el absceso hepático amebiano es generalmente la complicación extraintestinal más frecuente de las amebiasis intestinales en donde el protozooario “Entamoeba Histolytica” cumple el papel principal.(2) El absceso hepático amebiano es considerado el más agresivo, debido a la capacidad que tienen los parásitos de pasar desapercibidos y al liberar sustancias líticas en sus mecanismos fisiopatológicos hacen que la pared intestinal al ser lesionada les de la facilidad de introducirse y transportarse llegando así de manera extraintestinal al primer sitio contiguo más afectado que es el hígado y a la vez provocar un comportamiento más dañino que el bacteriano.

Según estadísticas mundiales, la incidencia del absceso hepático piógeno varía en relación a la distribución geográfica, estimándose 1 a 2.3% por cada 100.000 habitantes, se había determinado que no era una patología común pero que en los últimos años ha aumentado su incidencia y la predisposición a presentarse en pacientes con múltiples comorbilidades principalmente pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II, concomitantemente asociado a patologías que provocan inmunosupresión en el individuo y en procesos de envejecimiento propio presentándose con mayor frecuencia en mayores de 65 años.(2)

A pesar de que actualmente se ha concebido que el 80% de los abscesos hepáticos son de origen bacteriano con mayor predominancia en los países occidentales, existen otras zonas poblacionales a menudo tropicales en donde los procesos amebianos son endémicos, debido a condiciones socioeconómicas deficientes, pobreza o la falta de infraestructura sanitaria, dentro de los países con mayor prevalencia se incluye a India , México ,Centro-Sur de América y África , pero a pesar de que la amebiasis intestinal es una patología muy frecuente en el medio , se ha documentado que solo un pequeño porcentaje del 2 al 5% se complica con un absceso hepático amebiano, por eso es que con el aumento de la frecuencia de patologías biliares en los pacientes, procedimientos quirúrgicos de la vía biliar y trasplantes hepáticos se ha dado un giro a las estadísticas antiguas indicando que la mayor causa de absceso en la actualidad es de origen bacteriano más que amebiano.(2)

Los informes de la OMS reflejan que aproximadamente 50 millones de personas presentan abscesos hepáticos amebianos y es la que representa altas tasas de mortalidad estimándose 100.000 muertes a nivel mundial por la agresividad en su patógeno, afectando de acuerdo con las tendencias demográficas con mayor predominancia al género masculino de 18 a 50 años, siendo 10 veces más frecuente en el hombre a comparación de la población femenina.(2)

En la actualidad el uso de la terapia antibiótica, el diagnóstico mediado por imágenes y procedimientos menos invasivos para el diagnóstico y tratamiento de los abscesos hepáticos han resultado prometedores en comparación con décadas pasadas, sin embargo, las tasas de mortalidad son elevadas.(4)

De esta manera es esencial como médico de atención primaria de la salud y dentro de la primera captación del paciente, realizar un pesquiasaje apropiado, diagnóstico diferencial oportuno entre un absceso amebiano y piógeno, para instaurar la terapéutica adecuada y selectiva para cada paciente, además saber cuándo referir al paciente al segundo nivel de atención a fin de evitar las complicaciones y así disminuir las tasas de morbi - mortalidad por estas patologías prevenibles y tratables.

DESARROLLO

Una colección purulenta rodeada por material fibroso e inflamatorio circunscrita al parénquima hepático sano o patológico es lo que se define como Absceso Hepático, el cual es producto de múltiples etiologías entre las más estudiadas de origen bacteriano, amebiano, por hongos y agentes causales que ocasionan colonización, multiplicación y replicación en el tejido hepático por diferentes vías de diseminación ya sea por los conductos o vasos biliares (arterial o portal) o por contigüidad directamente, se pueden dividir en dos grandes grupos de acuerdo a su etiología: absceso hepático amebiano y piógeno, además esta patología no discrimina edad y se puede presentar en cualquier momento de la vida desde los 9 meses de edad hasta en adultos mayores, sin embargo la edad de presentación varía de acuerdo al tipo de absceso hepático al que nos enfrentamos.(1,2,5,6)

Se diferencia al absceso amebiano piógeno por ser de origen exclusivamente bacteriano, en donde estos microorganismos invaden el tejido hepático ocasionando la producción focalizada de pus y es consecuencia en primera instancia de patologías biliares adyacentes, es el más común de los abscesos viscerales(7), sin embargo , el absceso hepático amebiano es generalmente la complicación extraintestinal más frecuente de las amebiasis intestinales en donde el protozooario “Entamoeba Histolytica” cumple el papel principal, estos abscesos son más propensos a ser lesiones solitarias localizándose con mayor frecuencia en el lóbulo derecho hepático(2,8)

Los abscesos hepáticos son patologías severas que condicionan la vida del paciente si no se justifica un diagnóstico y manejo oportuno, en general son relativamente infrecuentes, pero aun así se continúa evidenciando altas tasas de mortalidad a pesar de los avances científicos y tecnológicos en cuando a su diagnóstico y tratamiento.(4)

El absceso hepático amebiano es infrecuente en países industrializados sin embargo hay excepciones y la colonización por el protozooario Entamoeba Histolytica puede ocurrir, sobre todo en grupos específicos como por ejemplo: personas inmigrantes, población viajera proveniente de zonas endémicas o contactos, además la falta de infraestructura sanitaria y el consumo inadecuado de alimentos incrementan el riesgo a padecer esta patología.(9)

Los antiguos reportes puntualizaban que los abscesos de causa bacteriana eran relativamente infrecuentes a diferencia de los abscesos hepáticos amebianos, dependiendo su distribución geográfica, estimándose a nivel mundial de 1 a 4 por cada 100.000 habitantes, sin embargo la predisposición de un absceso piógeno aumenta cuando el individuo presenta múltiples comorbilidades entre la que destacan Diabetes Mellitus Tipo II, patologías que ocasionen inmunosupresión, alteraciones alimentarias o neoplasias malignas, que son condiciones con las que más se batalla en el ámbito médico en la actualidad. (2)

Hoy en día la incidencia de los abscesos hepáticos piógenos ha tenido un abrupto crecimiento en los últimos años abarcando como causa del 80% de los abscesos hepáticos, debido al aumento de patologías biliares, procedimientos quirúrgicos en donde se manipula la vía biliar y los trasplantes hepáticos, es por esto que su edad de presentación más común se sitúa en personas adultas y se acentúa aún más con el envejecimiento en pacientes mayores de 65 años, con la probabilidad de desarrollar un absceso piógeno a partir de esta edad en un 11.9% a diferencia de edades de 11 a 35 años. (2,9,10) A pesar de ser la amebiasis intestinal una patología muy frecuente, solo alrededor del 2 al 5% se complican con un absceso hepático, por lo que la incidencia de los abscesos hepáticos amebianos ha ido disminuyendo paulatinamente ubicándose como la segunda causa de abscesos hepáticos después de los piógenos. (2)

Los abscesos hepáticos amebianos se presentan con mayor incidencia en la población masculina con una proporción 21:1 y entre las diferentes hipótesis estudiadas se encuentran el abuso de alcohol, factores hormonales o incluso la influencia cromosómica en el sistema inmunitario del huésped. (2) Algunos estudios que se realizaron en ratones dieron como resultados que la testosterona aumentó la susceptibilidad del huésped a ser portador de la *Entamoeba Histolytica*, además múltiples análisis han informado la estrecha relación entre la ingesta de alcohol y el desarrollo del absceso amebiano dando como resultado que el 72% de los portadores de absceso hepático amebiano eran consumidores excesivos de alcohol, presentaban mayores tasas de complicaciones y a su vez aumento evidente del tiempo en la resolución del absceso. (2)

Las variaciones en las causas del absceso hepático piógeno han sido evidentes con el pasar de los años, actualmente se sitúan las infecciones biliares intraabdominales en un 50 a 60%

como la causa principal debido al aumento de las patologías biliares y el envejecimiento poblacional, seguido en un 10 -20 % las infecciones intraabdominales y el resto correspondiente a extensión por contigüidad, propagación hematógica, traumatismos del territorio hepático por iatrogenia o por trauma cerrado y complicaciones postquirúrgicas.(2)

La etiología bacteriana cultivada en los abscesos hepáticos piógenos ha variado en años recientes, antes predominaba la *Escherichia Coli* como el patógeno más común, a lo largo del siglo XX la incidencia de este microorganismo ha ido disminuyendo y actualmente la *Klebsiella Pneumoniae* ha demostrado una prevalencia en ascenso con el 54%, seguido la *E.coli* con 29% *Enterobacter* 9% *Proteus* 6% y *Pseudomona* 5%, incluso varios estudios indican una relación entre la Diabetes Mellitus y la colonización por *K. Pneumoniae* en un 61%.(2)

Para comprender como se desarrolla el absceso hepático amebiano es importante recordar el ciclo de vida del parásito ya que éste ingresa vía fecal -oral como quiste en estado infeccioso, llegando al tubo digestivo en donde luego se liberan los trofozoítos móviles que es la forma invasiva y migran a nivel de intestino grueso , aquí liberan sustancias líticas que lesionan la mucosa intestinal y en aproximadamente el 90% el parásito ocasiona una enfermedad asintomática no invasiva por medio de colonización de la luz intestinal y el 10% restante el trofozoíto invade el tubo digestivo provocando cuadros de colitis, diarreas y en menos del 2% complicaciones como el absceso hepático.(2) El desarrollo de la amebiasis extraintestinal ocurre posterior a la invasión del patógeno a la mucosa intestinal y al liberar sustancias líticas en sus mecanismos fisiopatológico hacen que la pared intestinal les de la facilidad de introducirse y transportarse , a su vez también por medio de la circulación portal, llegando de manera extraintestinal al primer sitio contiguo más afectado que es el hígado y en segundo lugar el cerebro, en el hígado va a inducir apoptosis hepática y producir necrosis crónica que es el estado natural y el factor de riesgo más importante formación de absceso hepático.(2,11)

La complejidad del cuadro depende intrínsecamente de los factores de virulencia del patógeno y los factores del huésped

Las manifestaciones clínicas tanto del absceso hepático amebiano como piógeno son indistinguibles y dependen exclusivamente del mecanismo del invasor, es común que en

ambos casos los pacientes cursen inicialmente con dolor en el hipocondrio derecho, fiebre y anorexia lo cual en primera instancia dificulta al diagnóstico por la similitud de sus características.(9,11)

Un absceso hepático piógeno cursa en un 90% con el signo centinela que es la fiebre, 50 – 75% dolor abdominal y 70% escalofríos, los síntomas más infrecuentes pero que se pueden presentar en un porcentaje mínimo de la población son las náuseas, vómitos, cefaleas, diarreas y pérdida de peso.(2) Al examen físico se puede evidenciar aumento del pulso cardiaco, hipotensión e ictericia, además se palpa una masa dolorosa en hipocondrio derecho y/o hepatomegalia.(2,12,13)

En un absceso hepático amebiano, el cuadro clínico es similar al piógeno, el 80% desarrolla fiebre y dolor en cuadrante superior derecho e en las primeras 2 a 4 semanas posterior a la formación del absceso incluso el absceso hepático es capaz de poder desarrollarse años después de una infección por E. Hystolitica por lo que hay que distinguir si se trata de un proceso agudo o crónico silencioso, con una anamnesis profunda indagando antecedentes, contactos y viajes a zonas endémicas.(2) Al examen físico se evidencia dolor a la palpación en hipocondrio derecho, fiebre y hepatomegalia, de acuerdo a la localización del absceso pueden presentar ictericia, comúnmente los abscesos amebianos se relacionan a procesos respiratorios con tos y ruidos patológicos en campos pulmonares.(2,12)

En base a un estudio de identificación de tipos morfológicos de absceso hepático amebiano en relación a los resultados tomográficos de 112 pacientes sintomáticos , se establecieron 3 tipos de absceso amebiano y concluyeron que cada grupo compartió manifestaciones clínicas similares entre ellos : el tipo I fue el más severo, tuvieron una presentación típica de forma aguda con patología grave, parámetros de laboratorio alterados significativamente, riesgo alto de ruptura de absceso , una mayor tasa de ingreso a la UCI y además se relacionó a mayor mortalidad ; el tipo II y III cursó con enfermedad de leve a moderada con una presentación clínica tardía y no se evidenció complicaciones.(14)

Diagnóstico

En primer lugar, es importante realizar una minuciosa y adecuada anamnesis para identificar los factores de riesgo que nos orienten a un posible diagnóstico etiológico del absceso hepático.(10) El diagnóstico de esta patología depende fundamentalmente de los hallazgos imagenológicos y los resultados de cultivos microbiológicos , a razón de que las manifestaciones clínicas y los análisis de laboratorio son habitualmente inespecíficos y guardan estrecha relación el absceso de origen piógeno y amebiano dificultando al diagnóstico.(2)

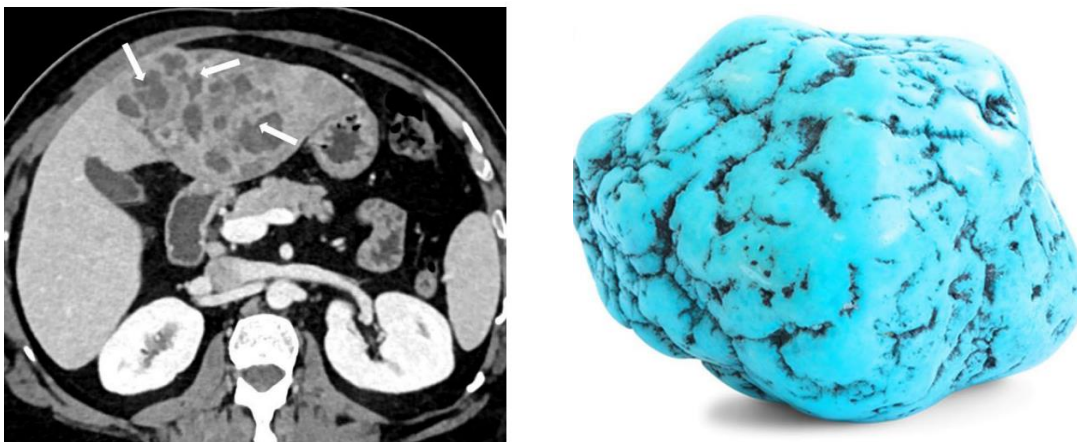
A nivel de laboratorio en el absceso de origen bacteriano este cursa con hipoalbuminemia en el 70% de los casos y leucocitosis 68%, la fosfatasa alcalina y proteína C aumentan inespecíficamente , los hemocultivos son positivos generalmente cuando la vía de diseminación es la circulatoria y los cultivos del líquido del absceso son primordiales para enfocar el tratamiento adecuado, es importante tomar inicialmente el cultivo por medio de aspiración percutánea con aguja fina antes de iniciar antibioticoterapia para no alterar los resultados.(2)El diagnóstico del absceso hepático amebiano está basado en la identificación de hallazgos de imagen típicos y positividad en la serología amebiana para *E. Histolytica*, aunque ésta prueba solo es útil en zonas endémicas, sin embargo, la detección de antígeno sérico con una sensibilidad del 95% nos aporta un dato relevante al diagnóstico.(2,8) El diagnóstico diferencial se detalla en la *Tabla 2*

Diagnóstico por Imágenes

Con los avances científicos, las técnicas de imagen tanto la ecografía como la tomografía computarizada se han modernizado y ofrecen imágenes de alta calidad para documentar una lesión que ocupa espacio en el parénquima hepático y confirmar o descartar un diagnóstico de absceso hepático.(11) En estos casos la TC abdominal tiene una alta sensibilidad con el 97 % a comparación de la ecografía para el diagnóstico de abscesos hepáticos en general.(11)

La visualización de imágenes transversales por medio de la TC aporta puntos claves en el diagnóstico e incluso para la determinación del microorganismo que está causando el absceso.(7) Los autores Kim, Sung Bum identificaron un posible signo imagenológico patognomónico denominado “ signo turquesa” (*Figura 1*) con una especificidad del 96.4% y un valor predictivo positivo de 85.7%, haciendo referencia a las características típicas de un absceso hepático por *K. Pneumoniae* en la tomografía, el nombre del signo no se trata del color sino “*un patrón superficial único del mineral turquesa con una red de arborizaciones interrumpidas*”.(7) Sin embargo en los abscesos hepáticos que no tienen como agente causal a *K. pneumoniae* las características son “*agrupaciones de microabscesos hipodensos con evidencia de tabiques intermedios*”.(7)

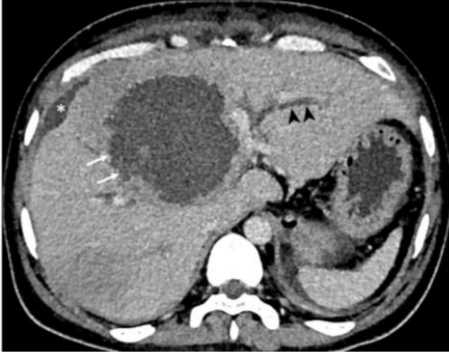
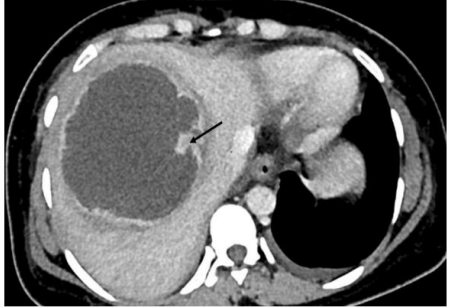
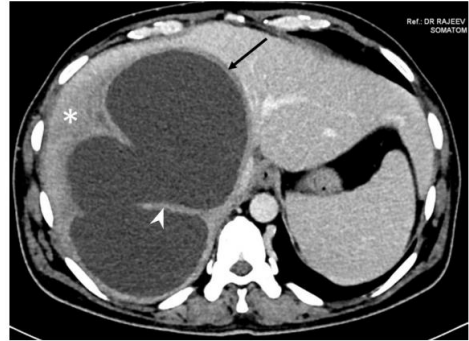
Figura 1 Imagen Tomográfica en signo de Turquesa



Fuente: Shankar A, Srinivas S, Kalyanasundaram S. Turquoise sign: pyogenic liver abscess. Obtenido en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31588963/>

En relación a los resultados tomográficos de 112 pacientes sintomáticos, se establecieron 3 tipos de abscesos hepáticos amebianos de acuerdo a las características tomográficas (*Tabla 2*). (14)

Tabla 1. Tipos de absceso hepático amebiano con relación a hallazgos tomográficos

<p>TIPO I (66%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Paredes incompletas o ausentes ➤ Bordes irregulares ➤ Tabiques periféricos 	
<p>TIPO II (28%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pared completa ➤ Bordes con realce ➤ Halo hipodenso periférico 	
<p>TIPO III (6%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pared evidente sin realce ➤ Hipodensidad mal definida que rodea la pared del absceso 	

Fuente: Diferentes tipos morfologicos en TC de abscesos hepaticos amebianos.(14)

Obtenido de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8067789/>

Tabla 2 Diagnóstico diferencial entre absceso hepático amebiano y piógeno

CARACTERÍSTICAS/ORIGEN	ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO	ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO
Edad	20 – 30 años	Mayor a 50 años
Género (hombre/mujer)	21:1	Por igual
Dolor en hipocondrio derecho	60- 65%	30 – 40%
Fiebre	95 – 100%	95 – 100%
Escalofríos	<30%	75 - 80%
Serología positiva E. histolytica	98 – 100%	Negatividad
Numero de abscesos	Solitario: 80% de los crónicos y 50% casos agudos, margenes regulares	Múltiples: 50%, márgenes irregulares
Ubicación absceso	Lóbulo derecho	Lóbulo Derecho
Viaje reciente a áreas endémicas	SI	NO
Diabetes mellitus	< 2%	15 – 30%
Ingesta de alcohol	Habitual	Habitual
Prurito, ictericia, elevación AST	Raro	Habitual
Fosfatasa alcalina elevada	Habitual	Habitual
Cultivos hepáticos, sanguíneos o biliares	Negatividad	Positividad
Mortalidad	>15%	< 5%
Síntomas	Menor tiempo	Mayor tiempo
Características del líquido	Inolora, espesa y color chocolateo	Purulento y olor fétido

Fuente: Autores corporativos: Spuch Sánchez, Castellote Caixal, Vadillo Bargalló, Hospital Universitario Joan XXIII.Tarragona.(15) **Obtenido** en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/capitulo-17.pdf>

Tratamiento

Si se trata de un absceso hepático de origen amebiano el antiparasitario de primera línea es el metronidazol en una dosis de 500 a 750 mg C/8 hpras durante 7 a 10 días, además estos pacientes aun permanecen con amebas en la luz intestinal en un 60% entonces debe ser tratada también por amebiasis entérica y se administra paromomicina 500mg 3 veces al día x 7 días y yodoquinol 650 mg c/8 horas por 20 días.(1,2)

Sin embargo ante la sospecha de un absceso hepático de origen piógeno no debe retrasarse la administración de antibióticos empíricos de amplio espectro que cubra la mayor cantidad de bacterias posibles , esta terapéutica se la debe instaurar una vez que se hayan tomado los cultivos respectivos, y no se la debe retrasar por la espera de los resultados.(1,2) El régimen empírico puede incluir un betalactámico, cefalosporinas de tercera generación en combinación con aminoglucósidos o en su defecto iniciar con piperacilina- tazobactam, a cualquier esquema terapéutico se le debe añadir el Metronidazol para cubrir anaerobios y es recomendable permanecer con el tratamiento de 2 a 6 semanas de duración.(2)Es importante en la evolución del paciente registrar la toma de control glicémico con el objetivo de disminuir el riesgo de infecciones extrahepáticas por *K. Pneumoniae*.(2)

Drenaje percutáneo con catéter vs Aspiración percutánea con aguja fina

En base a un estudio prospectivo aleatorizado en India, de 543 pacientes con diagnóstico de absceso hepático, durante el periodo de 1 año en donde el objetivo fue determinar la efectividad del drenaje percutáneo con catéter vs la aspiración percutánea con aguja como tratamiento en estos pacientes, se obtuvo los resultados de que ambos procedimientos son seguros y efectivos pero el drenaje percutáneo con catéter tiene mayor efectividad frente a la aspiración con aguja fina en relación a las estadísticas , se puede emplear en el absceso hepático independientemente del origen ya sea bacteriano o amebiano en correlación con la administración de antibioticoterapia y se asocia a un menor tiempo de necesidad de antibióticos, recuperación más temprana, estancias hospitalarias más cortas y una reducción

significativa de la cavidad, redujo la necesidad de cirugía y disminuyó las tasas de morbimortalidad.(16)

A su vez la aspiración percutánea con aguja es una alternativa cuando los recursos son limitados, pero se aconseja de preferencia el uso del drenaje percutáneo cuando se tenga un absceso grande que corresponda a más de 150 ml con evidencia de fístula biliar o las características del material sean de consistencia espesa.(16)

Otras investigaciones mencionan que el Gold Estándar para diagnóstico de Absceso hepático amebiano es la aspiración con aguja fina para cultivo por ser una estrategia mínimamente invasiva, las características inoloras, de consistencia espesa y de color chocolatoso nos orienta al diagnóstico de origen amebiano, sin embargo, si las características del aspirado son un contenido purulento y de olor fétido puede sugerir un origen piógeno hasta que no se demuestre lo contrario.(8,11) Los abscesos hepáticos pueden fracasar a la terapéutica con antibióticos hasta en un 15 % de los casos por este motivo si no se evidencia mejoría clínica dentro de la primera semana de evolución con el fármaco de primera línea, se recomienda realizar un drenaje con catéter.(2)

Se concluye por diversas investigaciones que un absceso menor a 5 cm puede ser manejado con aspiración con aguja fina, sin embargo, en mayores a 5 cm se prefiere que sea mediante drenaje percutáneo con catéter para mayor seguridad.(2) El drenaje de abscesos hepáticos amebianos es desaconsejado como un tratamiento de rutina, solo se recomienda específicamente en elevado riesgo de ruptura de absceso o en caso de exista un fracaso en la terapia farmacológica de elección.(8)

Desde hace algunos años la cirugía laparoscópica tiene alta importancia en la parte quirúrgica por sus múltiples beneficios y ser menos invasiva que la cirugía convencional y a nivel de abscesos hepáticos ha demostrado alta eficacia y ventajas evidentes.(3) En la actualidad el tratamiento del absceso hepático desde el punto de vista de seguridad, ha tenido diferentes enfoques por lo que se ha instaurado como primera línea la administración de fármacos como son los antibióticos, seguidos de los procedimientos mínimamente invasivos como el drenaje percutáneo y la aspiración percutánea con aguja fina y por último la cirugía la cual ha sido ampliamente estudiada y se reserva para los casos de abscesos hepáticos complicados o

múltiples, cuando la ubicación del absceso no permite abordarlo con facilidad , en rupturas de abscesos o en casos de que se requiera un control de origen intraabdominal.(16)

En una revisión sistemática metaanálisis publicada en el año 2022 en base a la recopilación de 190 estudios sobre el absceso hepático y la cirugía laparoscópica, adicional se incluyó en el estudio a 608 paciente de los cuales 299 que corresponde al 49% fueron manejados bajo cirugía laparoscópica, y cumpliendo las siguientes indicaciones quirúrgicas : fracaso en el tratamiento prioritario (antibiótico y procedimientos mínimamente invasivos) , absceso hepático del lóbulo caudado y ruptura de absceso multiloculado, la técnica empleada fue un drenaje laparoscópico, obteniéndose como resultados que este procedimiento quirúrgico tenía valiosa importancia en el tratamiento de los abscesos, con tasas de recurrencia relativamente bajas, disminución de estancia hospitalaria y uso antibioticoterapia y no se evidenció mortalidad por lo que la cirugía laparoscópica mostró efectividad y seguridad como tratamiento del absceso hepático en las condiciones antes mencionadas.(3) Además a parte del drenaje del absceso , por medio de procedimiento laparoscópico al mismo momento se puede manejar la etiología del absceso si fue por patología biliar , realizando una colecistectomía.(3)

CONCLUSIÓN

Se evidenciaron elevadas tasas de mortalidad por abscesos hepáticos a pesar de múltiples avances y protocolos de manejo por lo que es fundamental reforzar el diagnóstico oportuno en la atención primaria de la salud para disminuir las estadísticas. La *Entamoeba Histolytica* continúa siendo el patógeno más común que ocasiona los abscesos hepáticos amebianos, a diferencia del absceso hepático piógeno en donde la realidad ha cambiado y el microorganismo causal más frecuente es la *Klebsiella Pneumoniae* como resultados en los múltiples cultivos.

Previamente se había establecido que por ser la amebiasis intestinal la patología más frecuente en los países en vías de desarrollo, entonces el absceso hepático de origen amebiano a su vez era el más común, sin embargo en la evidencia actual se conoce que únicamente del 2 -5% de las amebiasis intestinales hacen invasión extraintestinal ocasionando un absceso hepático por lo que los abscesos amebianos han disminuido en incidencia a comparación con los abscesos hepáticos piógenos que han aumentado en frecuencia y prevalencia por el auge de patologías de la vía biliar, el advenimiento quirúrgico y manipulación del árbol biliar, el envejecimiento y los frecuentes trasplantes hepáticos por lo que actualmente el 80% de los abscesos hepáticos son de origen piógeno.

Los abscesos tanto de origen piógeno como amebiano comparten múltiples características clínicas y resultados de laboratorio que dificultan un diagnóstico oportuno y retrasan el tratamiento, sin embargo los parámetros iniciales para la confirmación del diagnóstico se basan en pruebas de imagen esencialmente una Tc abdominal y los cultivos respectivos del material del absceso obtenidos por métodos mínimamente invasivos como la punción con aguja fina y el drenaje percutáneo con catéter, resultado este último como el procedimiento más seguro y eficaz con mejores resultados en el tratamiento de los abscesos hepáticos evitando así las intervenciones quirúrgicas innecesarias.

El tratamiento de elección en los abscesos amebianos es el metronidazol, mientras que en el absceso de origen piógeno no se debe retrasar el tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro hasta que se obtengan finalmente los resultados de cultivos y se encamine el tratamiento apropiado.

La cirugía laparoscópica ha demostrado múltiples beneficios en resolución de abscesos hepáticos cuando el tratamiento farmacológico de primera línea ha fracasado o en complicaciones de esta patología y no se evidenció mortalidad en los estudios revisados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lardiè-re-Deguelte S, Ragot E, Amroun K, Piardi T, Dokmak S, Bruno O, et al. Hepatic abscess: Diagnosis and management [Internet]. Vol. 152, Journal of Visceral Surgery. Elsevier Masson s.r.l.; 2015 [cited 2022 Oct 13]. p. 231–43. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878788615000144?via%3Dihub>
2. Roediger R, Lisker-Melman M. Pyogenic and Amebic Infections of the Liver [Internet]. Vol. 49, Gastroenterology clinics of North America. NLM (Medline); 2020 [cited 2022 Oct 13]. p. 361–77. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889855320300133?via%3Dihub>
3. Ndong A, Tendeng JN, Diallo AC, Dieye A, Diao ML, Diallo S, et al. Efficacy of laparoscopic surgery in the treatment of hepatic abscess: A systematic review and meta-analysis. Vol. 75, Annals of Medicine and Surgery. Elsevier Ltd; 2022.
4. Neill L, Edwards F, Collin SM, Harrington D, Wakerley D, Rao GG, et al. Clinical characteristics and treatment outcomes in a cohort of patients with pyogenic and amoebic liver abscess. BMC Infect Dis [Internet]. 2019 Jun 3 [cited 2022 Oct 13];19(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6547479/>
5. Ruiz Arriciaga AC, Méndez Pereira KS, Torres Fernández JC. Diagnóstico diferencial del absceso hepático amebiano. RECIAMUC [Internet]. 2019 Oct 1 [cited 2022 Oct 13];3(4):76–92. Available from: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/390>
6. Carrillo Ñañez L, Cuadra JL, Pintado S, Canelo C, Gil M. Absceso Hepático: Características Clínicas, Imagenológicas y Manejo. Rev Gastroenterología Perú [Internet]. 2010 [cited 2022 Oct 13];30(1):46–51. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292010000100007
7. Shankar A, Srinivas S, Kalyanasundaram S. Turquoise sign: pyogenic liver abscess. Vol. 45, Abdominal Radiology. Springer; 2020. p. 232–3.

8. Chang CY, Radhakrishnan AP. Amoebic liver abscess. Vol. 55, Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Sociedade Brasileira de Medicina Tropical; 2022.
9. Ojeda E, Cosme A, Zamarreno I, Bujanda L, Garmendia G. Pyogenic versus amoebic liver abscesses. A comparative clinical study in a series of 58 patients. España; 2010.
10. Torre A, Delgadillo D. Abscesos hepáticos. Vol. 5, Gastroenterología y Hepatología Continuada. Ediciones Doyma, S.L.; 2018. p. 201–7.
11. Khim G, Em S, Mo S, Townell N. Liver abscess: Diagnostic and management issues found in the low resource setting. *Br Med Bull.* 2019 Dec 1;132(1):45–52.
12. Kurland JE, Brann OS. Pyogenic and Amebic Liver Abscesses. 2004;
13. 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.
14. Priyadarshi RN, Sherin L, Kumar R, Anand U, Kumar P. CT of amebic liver abscess: different morphological types with different clinical features. *Abdominal Radiology.* 2021 Sep 1;46(9):4148–58.
15. Mirón Rubio Oriol Estrada Cuxart Víctor José González Ramallo M. PROTOCOLOS TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO DOMICILIARIO ENDOVENOSO (TADE) Coordinadores. 2008.
16. Ahmed M, Alam J, Hussain S, Aslam M. Prospective randomized comparative study of percutaneous catheter drainage and percutaneous needle aspiration in the treatment of liver abscess. *ANZ J Surg.* 2021 Mar 1;91(3):E86–90.