



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

TITULO:

FACTORES DE RIESGO PRESENTES EN PACIENTES CON ABSCESO
HEPÁTICO EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO DURANTE
LOS AÑOS 2016-2020

AUTORES:

ALVARO BRYAN AGUILAR MARTÍNEZ
JOAO ALBERTO GUERRA GARCÍA

**TRABAJO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
MÉDICO**

TUTOR:

RENE ANTONIO MENDOZA MERCHÁN

30 de agosto del 2021



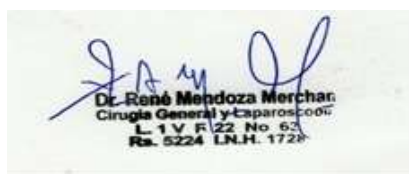
UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por:
Alvaro Bryan Aguilar Martínez y Joao Alberto Guerra García, como requerimiento
para la obtención del Título de **Médico**.

TUTOR



f. _____

Rene Antonio Mendoza Merchán

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs.

Guayaquil, a los 30 días del mes de agosto del año 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros: Álvaro Bryan Aguilar Martínez y Joao Alberto Guerra García


DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación: **Factores de riesgo presentes en pacientes con absceso hepático en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante los años 2016-2020**, previo a la obtención del Título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 30 días del mes de agosto del año 2021

LOS AUTORES

f. 
Alvaro Bryan Aguilar Martínez

f. 
Joao Alberto Guerra García



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotros: Alvaro Bryan Aguilar Martínez y Joao Alberto Guerra García

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Factores de riesgo presentes en pacientes con absceso hepático en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante los años 2016-2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 30 días del mes de agosto del año 2021

LOS AUTORES

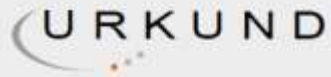
f.

Alvaro Bryan Aguilar Martínez

f.

Joao Alberto Guerra García

REPORTE URKUND




Urkund Analysis Result

Analysed Document: ABSCESO HEPATICO AGUILAR GUERRA 7 AGOSTO 2021.docx
(D111074010)
Submitted: 8/8/2021 8:17:00 AM
Submitted By: rene.mendoza@cu.ucsg.edu.ec
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0



Dr. René Mendoza Merchar
Cirujía General y Esp. en Endoscopia
L. 1 V. F. 22 No. 63
Rn. 5224 I.N.H. 172P

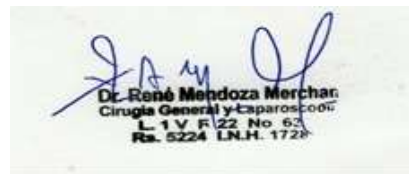
Activar
Ve a Conf.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f.



**Rene Antonio Mendoza Merchán
TUTOR**

f.

**Dr. Juan Luis Aguirre Martínez, Mgs.
DIRECTOR DE CARRERA**

f.

COORDINADOR DEL ÁREA

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por acompañarme a cumplir esta meta.

A mis padres y familia por acompañarme en mi proceso de formación, además de amigos, compañeros y colegas que han estado presente durante toda la carrera, y a docentes que contribuyeron durante la carrera con sus conocimientos y consejos que sin duda alguna me servirá para continuar mi formación en el futuro.

Álvaro Bryan Aguilar Martínez

Agradezco a Dios por darme la oportunidad y sabiduría para llevar la carrera de medicina con paciencia, persistencia y super actitud.

Agradezco a mi madre por toda la paciencia, enseñanza y ejemplo que me ha dado. Es fuente de inspiración diaria en cada momento del día y en la medicina además mi café por las mañanas para soñar y cumplir mis sueños.

Agradezco a mi padre por haber extendido su confianza, sus sabios consejos y su ejemplo como padre que me han llevado a ser el hombre decidido, capaz y generoso que soy.

Agradezco a mi Tío Mauro que en el cielo descansa, por siempre haberme dicho en mi niñez “Serás médico” marcó sin duda alguna en mi vida después de su partida un antes y un después.

Agradezco a mis hermanos y a Rosario Aray por brindarme su apoyo incondicional, consejos y generosidad. Agradezco la confianza y conocimiento que me aportó al Dr. René Mendoza y a cada uno de los docentes que me formaron durante la carrera de medicina.

Joao Alberto Guerra García

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mis queridos padres, Luis Alfonso Aguilar Robles y Patricia Elizabeth Martínez Mora que, con su apoyo, amor y abnegación al igual que mis abuelos Amado Gilberto Martínez Merecí y Sonia Florencia Mora Rossi que siempre me dieron su cariño y apoyo incondicional, y que sé que me seguirán cuidando desde el cielo, hicieron posible seguir esta profesión tan noble llamada Medicina.

Alvaro Bryan Aguilar Martínez

En el camino que he recorrido en mi vida he aprendido que el amor es eterno y que las promesas se cumplen si se las llevan en el corazón. Hace 15 años atrás escribí una promesa en una carta "... Voy a ser médico y me vas a ver desde el cielo..." que terminó dentro de un cofre donde se encontraba quien es una de mis grandes inspiraciones mi tío Mauro García. En ese largo camino por seguir mis sueños y cumplir mi promesa, mi madre y mi padre fueron ese motor con combustible infinito de paciencia. Así me guiaron, me apoyaron, me dieron un cariño incondicional, me enseñaron valores inquebrantables para ser un hombre ético. Me han dado absolutamente todo para llegar a ser quien soy, porque en la vida no existe la suerte. Sino la decisión a arriesgarse por ser quien sueñas ser.

Por esto mismo quiere dedicar de manera muy especial a Dios, a mi madre, a mi padre y a mi tío Mauro García quienes han sido mi fuente de inspiración y apoyo incondicional en cada paso que he dado, no solo en mi carrera. Si no, en mi vida.

Joao Alberto Guerra García

ÍNDICE

RESUMEN	X
INTRODUCCION	2
Antecedentes.....	2
Justificación.....	3
Objetivos generales y objetivos específicos.....	4
MARCO TEORICO	5
Absceso Hepático Piógeno.....	5
Patogénesis	6
Microbiología.....	7
Tratamiento.....	8
Pronóstico.....	9
Absceso hepático amebiano	9
Clínica	10
Diagnóstico diferencial	11
Diagnóstico por imágenes.....	11
Diagnóstico serológico.....	12
Drenaje	13
Tratamiento médico.....	14
CAPITULO III	15
Diseño del estudio:.....	15
Técnica de recolección de la información:.....	15
Criterios de inclusión:.....	15
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:.....	16
RESULTADOS	18
DISCUSION	20
CONCLUSIONES	23
RECOMENDACIONES.....	23
ANEXOS: TABLAS Y GRAFICOS.....	24
BIBLIOGRAFÍA.....	29

RESUMEN

El absceso hepático es una infección supurante del hígado, secundario a bacterias, parásitos u hongos. A pesar de contar con métodos diagnósticos y opciones de manejo accesibles, el AH sigue siendo una causa de alta morbi-mortalidad en países en vías de desarrollo. El objetivo del presente trabajo fue reportar la incidencia, perfil clínico y factores de riesgo presentes en pacientes con AH, hospitalizados en el área de Gastroenterología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante los años 2016-2020. Se trata de un estudio observacional descriptivo que incluyó 81 pacientes, cuyas historias clínicas digitales fueron revisadas según el instrumento de recolección.

Resultados: La incidencia de la enfermedad fue del 1,4%. El 77% de los abscesos fueron de origen piógeno, el 17% amebiano. La edad promedio 56,37 años +/- 10.6. Se diagnosticaron abscesos hepáticos en 31 mujeres y 50 hombres. El 95% de los pacientes presentó dolor abdominal al ingreso, el 80% un cuadro febril subagudo y el 66% refirió astenia. La comorbilidad más frecuente en los pacientes diagnosticados con Absceso hepático fue la Hipertensión arterial (50,62%), seguida del alcoholismo (44,44%) y Diabetes Mellitus (28,40%). Los antecedentes como Colangitis, colecistitis e infecciones previas representaron el 2,47%, 16,05% y 20,99% respectivamente.

Conclusiones: El perfil clínico de los pacientes con AH fue: paciente masculino de edad media con un cuadro clínico subagudo, cuyos síntomas más frecuentes fueron: fiebre, dolor abdominal y astenia que en los estudios de imágenes presentaban abscesos piógenos únicos.

Palabras Clave: Absceso hepático, factores de riesgo, sintomatología, absceso piógeno, absceso amebiano

ABSTRACT

Hepatic abscess is a suppurating infection of the liver, secondary to bacteria, parasites or fungi. Despite having accessible diagnostic methods and management options, HA continues to be a cause of high morbidity and mortality in developing countries. The objective of this study was to report the incidence, clinical profile and risk factors present in patients with HA, hospitalized in the Gastroenterology area of the Teodoro Maldonado Carbo Hospital during the years 2016-2020. It is a descriptive observational study that included 81 patients, digital medical records were reviewed according to the collection instrument. **Results:** The incidence of the disease was 1.4%. 77% of the abscesses were of pyogenic origin, 17% amoebic. The average age 56.37 years +/- 10.6. Liver abscesses were diagnosed in 31 women and 50 men. 95% of the patients had abdominal pain on admission, 80% had a subacute fever and 66% referred asthenia. The most frequent comorbidity in patients diagnosed with liver abscess was arterial hypertension (50.62%), followed by alcoholism (44.44%) and Diabetes Mellitus (28.40%). The antecedents such as cholangitis, cholecystitis and previous infections represented 2.47%, 16.05% and 20.99% respectively. **Conclusions:** The clinical profile of patients with HA was: a middle-aged male patient with a subacute clinical picture, whose most frequent symptoms were: fever, abdominal pain and asthenia, who in imaging studies presented unique pyogenic abscesses.

Key Words: Liver abscess, risk factors, symptoms, pyogenic abscess, amoebic abscess.

INTRODUCCION

Antecedentes.

El absceso hepático es una infección supurante del parénquima hepático, más comúnmente de origen bacteriano (absceso piógeno) o amebiano (causado por *Entamoeba histolytica*) (1)

El absceso hepático piógeno es la forma más común de absceso hepático en los países occidentales; es causado por la extensión de la infección desde el tejido vecino (más comúnmente el tracto biliar), traumatismo penetrante en el abdomen o diseminación hematógena. (2) *Entamoeba histolytica* es responsable del 10% de los casos de abscesos hepáticos en los países occidentales; es la complicación extra intestinal más frecuente de la infección por *Entamoeba histolytica* y es la causa más frecuente de absceso hepático en el sudeste asiático y África. (2)

En los Estados Unidos, el absceso hepático amebiano se ha convertido en una enfermedad rara que se encuentra casi exclusivamente en viajeros e inmigrantes. (3) La incidencia de absceso hepático piógeno es de 1 a 4 casos por cada 100.000 personas al año en Estados Unidos y Europa. En Asia, la incidencia de absceso hepático piógeno puede ser de cinco a diez veces mayor y se asocia con la aparición de una infección por *Klebsiella pneumoniae* adquirida en la comunidad. (4) (5)

Es una patología más frecuente en hombres. Se presentan entre 2,3 a 275,4 ingresos hospitalarios por 100.000 habitantes/año. (6) Presenta una mortalidad del 2 al 31%. (7) Su incidencia varía entre 0,008% y 0,022% en pacientes hospitalizados, aumentando en el último tiempo por el manejo de patologías hepato-biliares y neoplasias pancreáticas. (8) Los abscesos hepáticos suelen ser difíciles de detectar, debido a su presentación inespecífica, y el diagnóstico requiere un índice de sospecha elevado. (9)

Formulación del problema.

El absceso hepático es una enfermedad poco frecuente pero altamente letal, sobre todo porque actualmente se asocia a un mal pronóstico dado que es más frecuente en pacientes con comorbilidades en los que se realizan procedimientos invasivos.

Justificación.

Hasta la primera mitad del siglo XX el absceso hepático se consideraba una condición fatal en la mayoría de los afectados. Actualmente, con el fácil acceso a los métodos diagnósticos, el uso precoz de antibióticos y el desarrollo de técnicas de drenaje mínimamente invasivas, la mortalidad en países desarrollados se ha reducido entre 2 a 12%. (10)

Se sabe que hasta hace algunos años la mayoría de los abscesos hepáticos se originaban a partir de un foco infeccioso distante en la cavidad abdominal. Actualmente, con el amplio uso de antibióticos, esta vía de infección ha disminuido, cobrando relevancia la secundaria a patología biliar: 40 a 60% se relacionan con estenosis benigna o maligna de la vía biliar, instrumentalización de ésta y con el mantenimiento de “stents” biliares. (10)

En Ecuador, un país tropical, donde la amebiasis es endémica y donde el retraso en el acceso a los servicios de salud termina complicando patologías hepatobiliares y sus procedimientos, sería interesante visualizar la realidad de esta patología, su prevalencia y factores asociados.

En nuestro país esta patología no es de frecuente diagnóstico, pero aproximadamente el ministerio de salud en sus informes anuales de egresos hospitalarios reporta un aproximado de 350 casos por año siendo estos de predominio en la provincia de Pichincha cerca del 50% de casos, seguida de la provincia del Guayas.

Otra consideración importante que justifica la investigación, es que se ha observado la emergencia de cepas bacterianas de mayor virulencia y resistentes a los tratamientos antibióticos estándar, casi todas adquiridas en la comunidad, la cual, en pacientes diabéticos, inmunocomprometidos o alcohólicos, genera cuadros graves asociado a elevada morbimortalidad. En nuestro país, como en el resto del mundo estas

comorbilidades presentan una prevalencia no despreciable y consideramos oportuno estudiar la presentación de los abscesos hepáticos en estas poblaciones.

Objetivos generales y objetivos específicos.

Objetivo General:

1. Determinar las características epidemiológicas, clínicas y diagnósticas de los abscesos hepáticos amebianos – piógenos.

Objetivos específicos:

1. Establecer la frecuencia de abscesos hepáticos amebianos – piógenos.
2. Describir el perfil clínico/epidemiológico (edad, sexo, procedencia, comorbilidades) de los pacientes egresados con diagnóstico de absceso hepático.
3. Conocer los factores de riesgo presentes en los pacientes con diagnóstico de abscesos hepáticos amebianos – piógenos.
4. Identificar las características de los abscesos hepáticos según número tamaño y etiología

MARCO TEORICO

El absceso hepático es una infección supurante del parénquima hepático, más comúnmente de origen bacteriano (absceso piógeno) o amebiano (causado por *Entamoeba histolytica*). A principios del siglo XX, el absceso hepático comenzó a describirse como un proceso febril de origen abdominal en jóvenes masculinos. (1)

Durante el siglo XX, la mortalidad disminuyó gradualmente: del 65% en 1970, aumentó al 24-30% en 1990 y luego al 14-20% en la década de 2000. La edad media es aumentó de 25 a 30 años en 1970 a 50 a 60 años en la década de 2000. Los factores médicos de riesgo para la aparición de HA son el alcoholismo, enfermedad hepática crónica, especialmente si está asociada con anastomosis bilio-digestiva, inmunosupresión y diabetes. (2)

Los abscesos hepáticos son el tipo más común de absceso visceral, en un informe de 540 casos de abscesos intraabdominales (que también incluían abscesos intra y retroperitoneales), los abscesos hepáticos piógenos representaron el 48 por ciento de los abscesos viscerales y el 13 por ciento de los abscesos intraabdominales en general. La incidencia anual de absceso hepático se ha estimado en 2,3 casos por 100.000 personas y es mayor entre los hombres que entre las mujeres (3,3 frente a 1,3 por 100.000). (3)

Absceso Hepático Piógeno

El desarrollo de abscesos hepáticos piógenos es más común después de una peritonitis debida a la pérdida de contenido intestinal intraabdominal con diseminación posterior al hígado a través de la circulación portal o en el contexto de una infección biliar por diseminación directa. También pueden resultar de la siembra arterial hematógena en el contexto de una infección sistémica. (4)

Los factores de riesgo incluyen Diabetes mellitus, enfermedad hepatobiliar o pancreática subyacente, trasplante de hígado y uso regular de inhibidores de la bomba de protones.

Los pacientes con enfermedad granulomatosa crónica (EGC), un trastorno genético poco común caracterizado por infecciones recurrentes, también tienen riesgo de absceso hepático. (5)

Patogénesis

Una proporción considerable de abscesos hepáticos piógenos sigue a uno o más episodios de piemia de la vena porta, generalmente relacionada con fuga intestinal y peritonitis. Otra ruta importante es la propagación directa de la infección biliar. La enfermedad subyacente de las vías biliares, como los cálculos biliares o la obstrucción maligna, está presente en el 40 al 60 por ciento de los casos. En ocasiones, los abscesos surgen de heridas quirúrgicas o penetrantes, incluida la lesión por la migración de un cuerpo extraño ingerido. (6)

Los abscesos hepáticos también pueden resultar de la siembra hematógena de la circulación sistémica. Un absceso hepático monomicrobiano debido a una especie estreptocócica o estafilocócica debe impulsar la evaluación de una fuente adicional de infección, en particular endocarditis infecciosa. (5)

1. **Infecciones biliares** Las infecciones biliares intraabdominales representan actualmente la mayoría de los abscesos hepáticos piógenos (50% -60%). La incidencia de infección biliar que causan los abscesos hepáticos han aumentado durante el siglo pasado a medida que la población ha envejecido y la enfermedad biliar se ha vuelto más prevalente. Las causas subyacentes de los abscesos biliares son la obstrucción maligna, la instrumentación de los conductos biliares, la coledocolitiasis, la colangitis esclerosante primaria, la enfermedad de Caroli y (raramente) la obstrucción por parásitos como *Ascaris lumbricoides*. (7)
2. **Infecciones intraabdominales** Antes de la creciente incidencia de enfermedad biliar, la siembra de la vena porta de una infección intraabdominal fue la causa más común de absceso hepático piógeno. Las infecciones intraabdominales suelen ser apendicitis o diverticulitis, pero los tumores gastrointestinales infectados y la enfermedad inflamatoria intestinal también pueden provocar a

la formación de abscesos hepáticos. Ahora las infecciones intraabdominales representan del 10% al 20% de todos los abscesos hepáticos bacterianos. La mayoría de los abscesos hepáticos se encuentran en el hígado lóbulo debido al flujo preferencial de la vena porta. (8)

3. **Extensión directa** La extensión directa de la colecistitis, el absceso perinéfrico y el absceso subfrénico puede causar abscesos hepáticos piógenos. Los microbios invaden el hígado a través de diseminación contigua desde la vesícula biliar o un absceso cercano. (9)
4. **Diseminación hematológica** Las bacterias del torrente sanguíneo ingresan al hígado a través de la arteria hepática. Casos de bacteriemia por endocarditis, sepsis grave, sangre asociada a la vía central. Se ha demostrado que las infecciones de la corriente, y la enfermedad periodontal causan abscesos hepáticos piógenos. (9)
5. **Traumatismo** El traumatismo hepático, ya sea iatrogénico (p. Ej., Ablación por radiofrecuencia [ARF], quimioembolización, cirugía) o como traumatismo contuso directo, puede causar un absceso hepático piógeno. La necrosis es el principal factor de riesgo de formación de abscesos; trauma severo o arterial severo comprometidos tienen mayores probabilidades de causar un absceso hepático piógeno.6 Curiosamente, Los bilomas inducidos por traumatismos rara vez se infectan (una serie de casos, el 7% de los bilomas se ha infectado). (10)

Microbiología

Se han descrito muchos patógenos, suelen ser con frecuencia polimicrobianos; las especies mixtas entéricas facultativas y anaerobias son los patógenos más comunes. La microbiología altamente variable justifica la búsqueda de un diagnóstico microbiológico en prácticamente todos los casos. (11)

Los patógenos potenciales incluyen los siguientes:

1. Las enterobacterias *Escherichia coli* y *K. pneumoniae*, se identifican con frecuencia.

2. Los estreptococos. En particular, el grupo *Streptococcus milleri* (que incluye *Streptococcus anginosus*, *Streptococcus constellatus* y *Streptococcus intermedius*) (12)
3. *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* y otros cocos grampositivos se asocian a escenarios particulares. Por ejemplo, trasplante hepático. (9) (12)

También se ha descrito la coinfección por *Cándida* junto con bacterias típicas. (12)

Los estudios epidemiológicos han encontrado una incidencia creciente de abscesos hepáticos inducidos por *K. pneumoniae*, especialmente en el sudeste asiático, donde se ha convertido en la causa bacteriana más común de hígado piógeno abscesos. En Taiwán, *Klebsiella* representa el 82% de los abscesos hepáticos piógenos. Un metaanálisis de casos chinos de abscesos hepáticos piógenos encontró que *Klebsiella* representó la mayoría de los abscesos (54%) causados por bacterias gramnegativas. (13)

Tratamiento

Drenaje: el drenaje del contenido del absceso es un componente estándar de la terapia. El drenaje debe considerarse siempre que las circunstancias lo permitan. Se puede realizar mediante drenaje percutáneo guiado por tomografía computarizada (TC) o guiado por ecografía (con aspiración con aguja solamente o con colocación de catéter), drenaje quirúrgico abierto, drenaje laparoscópico o drenaje por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). (14) El drenaje endoscópico guiado por ecografía es una técnica emergente que parece ser segura y eficaz para los abscesos hepáticos de difícil acceso. (15)

El drenaje quirúrgico se hará siempre y cuando lo justifique una patología de base. Caso contrario se optará por el drenaje. Por ejemplo, en pacientes con pobre respuesta al drenaje percutáneo después de siete días o contenido viscoso que obstruye el catéter de drenaje. (15)

Se ha descrito un tratamiento médico exitoso del absceso hepático sin drenaje ni aspiración, pero solo en unos pocos pacientes, y se desconocen las características de los pacientes asociados con buenos resultados con la terapia médica. (16)

Antibioterapia

El tratamiento se basa en la fuente probable de infección y deben guiarse por patrones de resistencia bacteriana local, si se conocen. (17)

Se deben administrar antibióticos parenterales empíricos de amplio espectro en espera de la aspiración del absceso y del análisis microbiológico del contenido del absceso. El régimen empírico debe incluir estreptococos, bacilos gramnegativos entéricos y anaerobios. Además, a menos que la participación de *E. histolytica* parezca poco probable (p. Ej., En pacientes con enfermedad biliar evidente que predisponen a un absceso piógeno), el régimen empírico también debe cubrir este organismo hasta que se encuentre el patógeno o patógenos causantes o se hayan realizado pruebas de serología o antígeno amebiano. (17)

Si el paciente está en shock séptico o si *S. aureus* es una preocupación (p. Ej., En un paciente con un catéter permanente o uso previo de drogas inyectables), generalmente se recomienda vancomicina. (17)

Pronóstico

La tasa de mortalidad en los países desarrollados oscila entre el 2 y el 12 por ciento. Los factores de riesgo independientes de mortalidad incluyen la necesidad de drenaje quirúrgico abierto, la presencia de malignidad y la presencia de infección por anaerobios. (18)

Absceso hepático amebiano

Entamoeba histolytica es un protozoo que causa amebiasis y la causa más común de infección en viajeros. *Entamoeba histolytica* está globalmente distribuida con las tasas más altas de infección en países de ingresos medios bajos en comparación a países de

altos ingresos. La infección se asocia a malas condiciones de vida y contaminación de agua potable. (19)

La manifestación extra intestinal más común es un absceso hepático, con parásitos que llegan al hígado a través de la vena porta. La incidencia de la enfermedad es más alta en Asia, donde las tasas pueden ser tan alto como 21 por 100 000 habitantes por año. El absceso hepático amebiano afecta predominantemente a hombres de mediana edad (30–60 años). Los factores de riesgo incluyen el consumo de alcohol y desnutrición. (20)

Generalmente se acepta que hay una ausencia de células inflamatorias debido a lisis de neutrófilos por el protozoo que forma el normalmente descrito absceso no purulento en "pasta de anchoa". La muerte celular continuará ocurriendo con expansión del absceso hasta que el paciente reciba tratamiento apropiado. (20)

Clínica

El absceso hepático amebiano es 10 veces más común en hombres que en mujeres y es inusual en niños. El paciente típico con un absceso hepático amebiano es un hombre de 20 a 40 años, perteneciente a un área endémica, con fiebre, dolor en el cuadrante superior derecho, leucocitosis, niveles anormales de transaminasas séricas y fosfatasa alcalina, y un defecto visto en estudios de imágenes hepáticas. Entre los viajeros, el intervalo promedio entre la exposición y la presentación clínica puede ser de hasta 18 meses. (21)

La mayoría de los pacientes tienen de 2 a 4 semanas de fiebre, tos y dolor abdominal en el cuadrante superior derecho o epigastrio. La afectación de la superficie diafragmática del hígado puede ocasionar dolor pleural derecho o dolor referido en el hombro y hemidiafragma derecho elevado en la radiografía de tórax. La hepatomegalia con sensibilidad puntual sobre el hígado, debajo de las costillas o en los espacios intercostales es un hallazgo típico. (22)

Diagnóstico diferencial

Si se observa un defecto de llenado de espacio en el hígado, el diagnóstico diferencial incluye (1) amebiasis (más común en hombres con antecedentes de viaje o residencia en un país en desarrollo), (2) absceso piógeno o bacteriano (particularmente sospechado en mujeres, pacientes con colecistitis, ancianos, personas con diabetes y pacientes con ictericia), (3) absceso equinocócico (que sería un hallazgo incidental porque el absceso equinocócico no debería causar dolor ni fiebre) y (4) cáncer. La mayoría de los pacientes con absceso hepático amebiano tendrán antígeno circulante detectable en suero, así como anticuerpos antiamebícos en suero. (11)

En niños, el dolor abdominal se informa con poca frecuencia con absceso hepático amebiano. Con mayor frecuencia, se notan fiebre alta, distensión abdominal, irritabilidad y taquipnea. Algunos de estos niños ingresan en el hospital con fiebre de origen desconocido. La hepatomegalia ocurre con frecuencia, pero no está bien documentada la aparición de hipersensibilidad hepática. En un informe, cuatro de cada cinco niños menores de 5 años murieron de un absceso hepático amebiano porque no se sospechaba el diagnóstico. (21)

Las manifestaciones extraintestinales inusuales de la amebiasis incluyen la extensión directa del absceso hepático a la pleura o el pericardio y el absceso cerebral. La muerte suele ser consecuencia de la rotura del absceso hepático en el peritoneo, el tórax o el pericardio, pero también puede deberse a daño hepático extenso e insuficiencia hepática. (21)

Diagnóstico por imágenes

Las imágenes radiográficas del hígado se pueden obtener con ultrasonido, tomografía computarizada (TC) o imágenes por resonancia magnética (MRI). La ecografía suele demostrar una cavidad intrahepática quística. Los abscesos hepáticos amebianos se encuentran con mayor frecuencia en la parte posterior del lóbulo derecho; 70 a 80% son lesiones subcapsulares solitarias, aunque pueden estar presentes múltiples

lesiones. La localización en el lóbulo izquierdo predispone a la extensión hacia el saco pericárdico. (23)

En la ecografía, el absceso aparece como una masa hipoeoica redonda y bien definida. En la tomografía computarizada, aparece como una masa de baja densidad con un borde realzado periférico. En la resonancia magnética, el absceso aparece con una intensidad de señal baja en las imágenes ponderadas en T1 y una intensidad de señal alta en las imágenes ponderadas en T2. Después de la cicatrización, la periferia del absceso puede calcificarse como un anillo delgado y redondo. (24)

En las gammagrafías hepáticas con citrato de galio y radionúclido coloide de azufre marcado con tecnecio, los abscesos amebianos son "fríos" (con un borde brillante en algunos casos), mientras que los abscesos piógenos son "calientes". Los hallazgos radiográficos deben interpretarse en el contexto clínico apropiado teniendo en cuenta los diagnósticos diferenciales, incluidos el absceso piógeno y la neoplasia maligna. (25)

Las lesiones pueden parecer aumentar de tamaño o número en la ecografía después del inicio del tratamiento, incluso con la terapia adecuada y la mejoría clínica. Las lesiones tratadas pueden sufrir cambios de ecogenicidad y tamaño durante la evolución. Así que no se recomiendan estudios seriados de control. La resolución radiológica completa puede tardar dos años o más. Por lo tanto, la ausencia de cambios en las imágenes no debe dar pie a nuevos tratamientos. (24) (25)

Se observará una anomalía en la radiografía de tórax en aproximadamente el 50% de los pacientes con un absceso hepático amebiano, con mayor frecuencia elevación del hemidiafragma derecho. Este hallazgo no indica necesariamente una afectación pulmonar en la infección. (26)

Diagnóstico serológico

Aproximadamente el 99% de los pacientes con absceso hepático amebiano desarrollan anticuerpos detectables, pero las pruebas serológicas pueden ser negativas en los

primeros siete días. Los anticuerpos séricos son detectables en el 92 al 97 por ciento de los pacientes en el momento de la presentación. (27)

En áreas endémicas, hasta el 35 por ciento de los individuos no infectados tienen anticuerpos anti-amebianos debido a una infección previa con *E. histolytica*. Por tanto, la serología negativa es útil para excluir la enfermedad, pero la serología positiva no puede distinguir entre una infección aguda y una previa.

Se han desarrollado nuevas pruebas serológicas basadas en antígenos recombinantes de *E. histolytica*. En un estudio de dos antígenos diferentes entre 20 pacientes con abscesos hepáticos amebianos conocidos, los pacientes perdieron la seroreactividad con los antígenos recombinantes más rápidamente que con las pruebas serológicas convencionales; tales ensayos pueden ser especialmente útiles en áreas endémicas. En otro estudio, la eficacia diagnóstica combinada de los ELISA indirectos que utilizan antígeno soluble crudo y antígeno excretor-secretor para el serodiagnóstico del absceso hepático amebiano mejoró mediante el uso de ambos ensayos (en comparación con cualquiera de los dos ensayos).

Drenaje

La aspiración con aguja bajo guía ecográfica o por TC o la inserción de un catéter en espiral no se requieren de forma rutinaria, pero puede estar justificada si el quiste tiene > 10 cm de diámetro y parece tener un riesgo inminente de ruptura (en particular para las lesiones en el lóbulo izquierdo). , si hay deterioro clínico o falta de respuesta a la terapia empírica, o si es necesario excluir diagnósticos alternativos. En algunos casos, la aspiración puede ser tanto terapéutica como diagnóstica. (26)

Los abscesos hepáticos amebianos contienen restos proteicos acelulares y un líquido marrón parecido a la "pasta de anchoa", que consiste predominantemente en hepatocitos necróticos. Los trofozoítos se observan en el microscopio del aspirado en menos del 20% de los casos y, a menudo, sólo están presentes en las partes periféricas del absceso, invadiendo y destruyendo el tejido adyacente. Esto contrasta con los aspirados de abscesos hepáticos piógenos en los que los microorganismos bacterianos y las células polimorfonucleares suelen ser evidentes con la tinción de Gram. (28)

Tratamiento médico

Para las circunstancias en las que se sospecha un absceso hepático amebiano en función de la epidemiología, las manifestaciones clínicas y los hallazgos radiográficos, es razonable iniciar un tratamiento empírico en espera de una evaluación diagnóstica adicional (incluidas pruebas antigénicas o serológicas confirmatorias y evaluación del parásito en las heces y el hígado). (29)

En general, el tratamiento farmacológico incluye un agente tisular y un agente luminal (para eliminar los quistes intraluminales). En los casos de absceso hepático amebiano no complicado, no se ha observado ningún beneficio con el drenaje además del tratamiento médico. La aspiración o el drenaje con catéter pueden estar justificados para pacientes con un gran absceso en el lóbulo izquierdo, una falta de respuesta clínica dentro de los cinco días posteriores al tratamiento antimicrobiano apropiado y en casos de incertidumbre sobre el diagnóstico. (29)

Agentes tisulares: los pacientes con un absceso hepático amebiano deben ser tratados con metronidazol o tinidazol. La tasa de curación con esta terapia es > 90 por ciento. En general, no se recomienda una duración más corta del metronidazol. El metronidazol se absorbe bien en el tracto gastrointestinal; La terapia intravenosa no ofrece ninguna ventaja (30)

Las alternativas al metronidazol o tinidazol incluyen ornidazol y nitazoxanida. Se ha demostrado que la nitazoxanida (500 mg dos veces al día durante 10 días) es eficaz en una pequeña serie de casos. En el contexto de una respuesta lenta al metronidazol o una recaída después del tratamiento, se puede justificar la aspiración terapéutica, el drenaje con catéter percutáneo y / o un ciclo prolongado de metronidazol. (31)

CAPITULO III

Metodología.

Diseño del estudio:

Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. Muestreo no probabilístico basado en los criterios de inclusión y exclusión. Del universo de pacientes con diagnóstico de “Absceso hepático” se calculó una muestra representativa de 81 pacientes, de cuyas historias clínicas digitales se obtendrán los datos presentados en la tabla “operacionalización de las variables”

Técnica de recolección de la información: Se elaborará un instrumento de recolección basado en la agrupación de variables, el cual será entregado al departamento estadístico del Hospital Teodoro Maldonado Carbo para que se nos facilite la base de datos a ser tabulada y analizada.

Población de estudio:

Se incluirán pacientes mayores de 18 años que hayan egresado del Hospital Teodoro Maldonado Carbo bajo diagnóstico de “Absceso amebiano del hígado (CIE 10 A064)” “Absceso del Hígado (CIE 10 K750)”.

Tamaño de la muestra: 81 pacientes

Criterios de inclusión:

1. Hallazgo de una o varias imágenes intra-hepáticas de características líquidas por medio de ecografía y/o TAC, asociada a la sospecha de absceso hepático basada en el cuadro clínico, exámenes de laboratorio y/o estudio microbiológico.
2. Hallazgo de una o varias imágenes intra-hepáticas de características líquidas por medio de ecografía y/o TAC, con posterior drenaje de pus.
3. Hallazgo de colección intra-hepática en relación a algún procedimiento quirúrgico.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

	Variable	Definición	Tipo de Variable	Escala/Unidad de Medida	Fuente
1	Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Cuantitativa continua	Años cumplidos	Historia Clínica AS400
2	Sexo	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos	Cualitativa Nominal	Hombre Mujer	Historia Clínica AS400
3	Procedencia	Lugar, cosa o persona de que procede alguien o algo. Procedencia Geográfica	Cualitativa Nominal	Urbana Rural	Historia Clínica AS400
4	Sintomatología	Motivo o motivos de consulta de los pacientes diagnosticados con absceso hepático.	Cualitativa Nominal	Astenia Dolor abdominal Fiebre Diarrea Disnea Masa abdominal Pérdida de peso Diaforesis Vómitos Otros	Historia Clínica AS400

5	Tiempo de evolución	Días de evolución del cuadro clínico que motivó la consulta.	Cuantitativa continua	Número de días	Historia Clínica AS400
6	Comorbilidad	Presencia de uno o más trastornos además de la enfermedad o trastorno primario.	Cualitativa Nominal	Diabetes Hipertensión arterial Colangitis Colecistitis Infecciones previas Alcoholismo	Historia Clínica AS400
7	Consumo de IBP	Consumo de inhibidor de bomba de protones por el paciente previo al diagnóstico de absceso hepático	Cualitativa Nominal	Si No	Historia Clínica AS400
8	Numero de abscesos	Absceso hepático único o múltiple	Cuantitativa continua	Único Múltiples	Historia Clínica AS400
9	Tamaño del (los) abscesos	Medición en centímetros de la imagen sugestiva de absceso hepático	Cuantitativa continua	Medición en centímetros	Historia Clínica AS400
10	Etiología	Causalidad de la enfermedad	Cualitativa Nominal	Piógeno Amebiano Fúngico Otros	Historia Clínica AS400

RESULTADOS

Los abscesos hepáticos (AH), una enfermedad habitualmente infrecuente se presentó con una incidencia de 1,4% en el servicio de Gastroenterología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante los años 2016 a 2020.

En los pacientes con diagnóstico de absceso hepático, la media aritmética de las edades fue 56,37 años; la mediana 55,5; la moda 50; la edad mínima 19 años; la edad máxima 89 años y la desviación estándar fue de 10,6. Se diagnosticaron abscesos hepáticos en 31 mujeres y 50 hombres. El 100% de los pacientes diagnosticados con absceso hepático en el HTMC durante los años 2016 a 2020 procedían de la ciudad de Guayaquil.

La comorbilidad más frecuente en los pacientes diagnosticados con Absceso hepático fue la Hipertensión arterial (50,62%), seguida del alcoholismo (44,44%) y Diabetes Mellitus (28,40%). Los antecedentes como Colangitis, colecistitis e infecciones previas representaron el 2,47%, 16,05% y 20,99% respectivamente.

La tríada dolor abdominal, fiebre y astenia representó el principal motivo de consulta en pacientes con diagnóstico de Absceso hepático. El 95% de los pacientes presentó dolor abdominal al ingreso, el 80% un cuadro febril subagudo y el 66% refirió astenia. Una masa abdominal se encontró en el 23% de los pacientes. Los vómitos representaron el 51% de los síntomas y la pérdida de peso significativa el 37%.

El promedio de días de evolución de la enfermedad fue de 13,18 con una desviación estándar de 18,19. Siendo el mínimo 1 día y el máximo 150 días. La mediana 8,5 y la moda 1 y 15. Los cuadros agudos (menores de 7 días de evolución) fueron los más frecuentes con el 48,15%. Mientras los cuadros subagudos y crónicos comparten el 25,93% de los casos.

Se encontraron abscesos únicos en la mayoría de los casos, representando el 94%. Solamente 5 pacientes (6%) presentaron abscesos hepáticos múltiples. El tamaño promedio del diámetro mayor de los abscesos hepáticos fue de 8,09 cm con una

desviación estándar de 3,46. El tamaño máximo fue de 18 cm y el mínimo 2 cm. Mediana de 8 y moda de 8.

El mayor porcentaje de pacientes fue diagnosticado un origen piógeno del absceso hepático (77%), mientras apenas el 17% fue de origen amebiano. Se encontraron 5 casos (6%) de abscesos hepáticos de origen fúngico.

DISCUSION

En este estudio se reportan las características clínicas, epidemiológicas y etiología de 81 pacientes con diagnóstico de absceso hepático.

En Minnessota, EEUU, un estudio de 71 pacientes reportó que 46 de 72 (63,79%) fueron hombres; siendo la edad promedio 63 con una DE 17,5. En China, en el Hospital Nanjing entre los 178 casos, 112 casos fueron hombres, 66 casos eran mujeres. La edad de estos pacientes osciló entre 22 a 84 años (edad media: $52,1 \pm 15,4$ años). En el presente estudio, igualmente el género masculino fue el más prevalente [50 pacientes de 81 (62%)] y la edad promedio 56,37 años con una desviación estándar de 10,6. Se puede observar que los abscesos hepáticos son más prevalentes en varones de edad media, tal como reza la literatura médica referida.

En el Hospital Loayza, Perú; durante 5 años se estudiaron 106 pacientes en los cuales el tiempo de evolución de la enfermedad fue de 4.15 semanas (rango 0.42 - 24 semanas). El cuadro clínico se caracterizó principalmente por fiebre, que fue la molestia referida por el 95.65% de pacientes, seguidos por dolor abdominal en cuadrante superior derecho y pérdida de apetito. En el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, Quito; el tiempo de evolución promedio de la enfermedad fue de 14,8 días. La clínica predominante fue el dolor abdominal (58,7%) seguido de la fiebre con el 33,6%. En el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, el 95% de los pacientes presentó dolor abdominal al ingreso, el 80% un cuadro febril subagudo y el 66% refirió astenia y el promedio de días de evolución de la enfermedad fue de 13,18 con una desviación estándar de 18,19. El dolor abdominal y fiebre son los síntomas más representativos, aunque pueden presentarse en cualquier infección intraabdominal. Los cuadros subagudos (de 15 a 30 días) es lo más frecuente en los abscesos hepáticos.

En Minnessota, EEUU, los factores de riesgo encontrados con más frecuencia en pacientes con diagnóstico de absceso hepático fueron: colecistitis (9.7%), colangitis ascendente (13,9%), intervenciones abdominales (11.1%), hipertensión (33.3%), consumo excesivo de alcohol (20.8%) y diabetes mellitus (31.9%). En estudios más

grandes se logra identificar a la Diabetes Mellitus hasta en un 44.3% mientras que en la población de este estudio se identificó en un 28,40%. Si bien es cierto la Hipertensión arterial, el consumo de alcohol y la Diabetes Mellitus representan el mayor porcentaje de comorbilidades, esto se debe a que son enfermedades prevalentes y no necesariamente implica causalidad o riesgo. Opuesto a lo que sucede con patologías como: colecistitis, coledocolitiasis, colangitis, diverticulitis, etc... que son fuentes directas para posibles siembras bacterianas y el posterior desarrollo de abscesos hepáticos piógenos. En el estudio realizado en Perú, las principales comorbilidades fueron: postoperatorio de colecistectomía (32,6%) litiasis vesicular (43,78%) y consumo de alcohol (10,86%).

En relación al número y tamaño de abscesos en el presente estudio se encontraron abscesos únicos en el 94% de los casos. El tamaño promedio del diámetro mayor de los abscesos hepáticos fue de 8,09 cm. Un estudio llevado a cabo en Mondovi, Italia, El tamaño medio del absceso hepático fue de $7 \pm 3,5$ cm (rango, 1,5–15 cm). En esta serie, el 55% de los abscesos fueron únicos en tiempo de presentación. Se encontraron dos abscesos en el 18,3% de los casos y > 3 lesiones en el 26,6% de los pacientes. Mientras que en el estudio peruano el diámetro mayor de los abscesos fue de 5cm. Dos tercios de los pacientes (73%) presentaban AH único, 12 pacientes múltiples y en un paciente no se lograba identificar los límites de la lesión. El tamaño y número de las lesiones es tan variable como las etiologías, así que, de estudio en estudio, de población en población habrá diferencias. A pesar de lo expuesto, es común que sean únicos y de tamaño mediano.

En relación a la causa/origen de los AH, en este estudio la totalidad se clasificó como infeccioso. El mayor porcentaje de pacientes fue diagnosticado un origen piógeno del absceso hepático (77%), mientras apenas el 17% fue de origen amebiano. Se encontraron 5 casos (6%) de abscesos hepáticos de origen fúngico. En estudios más grandes como el estudio italiano citado anteriormente, el 74,3% de los AH fueron catalogados como de origen infeccioso, mientras en 28 casos (25,7%) la causa no estaba clara (absceso criptogénico) Enfermedades del tracto biliar incluyendo colelitiasis, colecistitis y neoplasias malignas, fueron identificadas en el 55% de los casos.

Esto permite apreciar ciertas diferencias con respecto a pacientes con la misma afección en otros países. En general, en nuestro estudio observamos a pacientes con abscesos de mayor tamaño, de origen infeccioso y con un cuadro clínico crónico con sintomatología insidiosa.

CONCLUSIONES

1. En el servicio de Gastroenterología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante los años 2016 a 2020, la incidencia de AH fue del 1,4%. El 77% fueron de origen piógeno, el 17% amebiano.
2. El perfil clínico de los pacientes con AH fue: paciente masculino de edad media (55,5 años) de procedencia urbana con un cuadro clínico subagudo, cuyos síntomas más frecuentes fueron: fiebre, dolor abdominal y astenia.
3. La comorbilidad más frecuente en los pacientes diagnosticados con Absceso hepático fue la Hipertensión arterial (50,62%), seguida del Alcoholismo (44,44%) y Diabetes Mellitus (28,40%).
4. Se encontraron abscesos únicos en la mayoría de los casos (94%). El tamaño promedio del diámetro mayor de los abscesos hepáticos fue de 8,09 cm.

RECOMENDACIONES

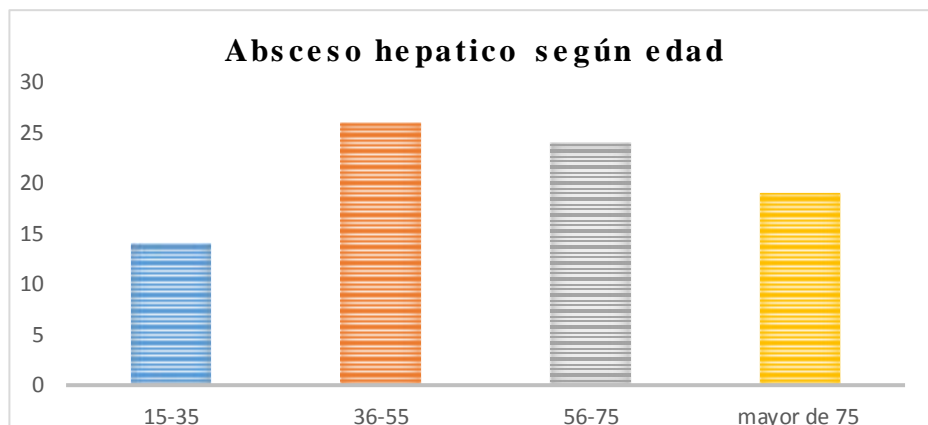
1. Es importante desarrollar protocolos de manejo de esta enfermedad, con el propósito de mejorar la calidad de la información consignada en las historias clínicas, dado que esto representó una clara limitación del estudio.
2. Los médicos deberíamos mantener un alto índice de sospecha de AH en pacientes que presentan los factores de riesgo; en particular, patologías del sistema hepático-pancreático-biliar, y escenarios clínicos de fiebre, dolor abdominal derecho, aumento de los niveles de proteína C reactiva y recuento de glóbulos blancos.

ANEXOS: TABLAS Y GRAFICOS

Tabla 1 Absceso Hepático según edad. Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2016-2020

Intervalos de edad en años	Frecuencia
15-35	14
36-55	26
56-75	24
mayor de 75	19

Gráfico 1: Absceso Hepático según edad.



Elaborado por: Aguilar Alvaro, Guerra Joao

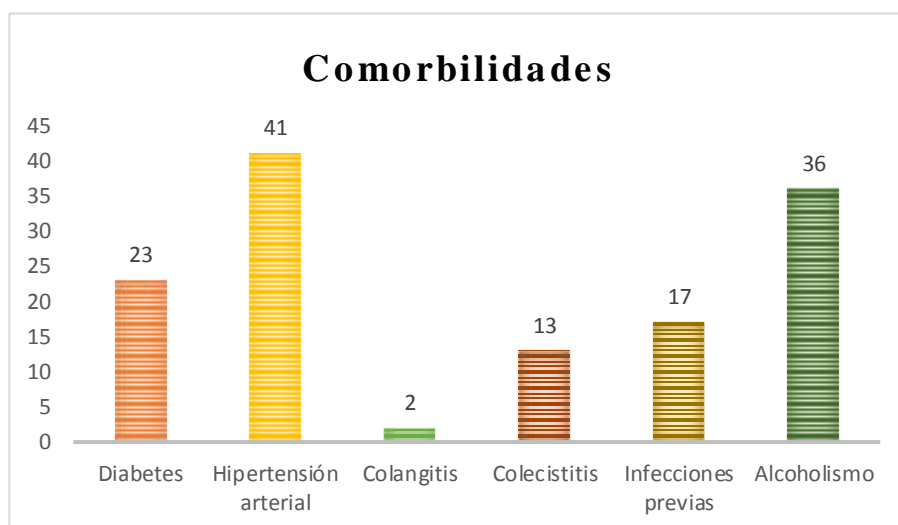
Tabla 2 Absceso hepático según sexo. Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2016-2020

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	50	62%
Femenino	31	38%
Total	81	100%

Tabla 3 Comorbilidades en pacientes con Absceso Hepático. Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2016-2020

Comorbilidad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Diabetes	23	28,40
Hipertensión arterial	41	50,62
Colangitis	2	2,47
Colecistitis	13	16,05
Infecciones previas	17	20,99
Alcoholismo	36	44,44

Gráfico 2: Comorbilidades en pacientes con absceso hepático.



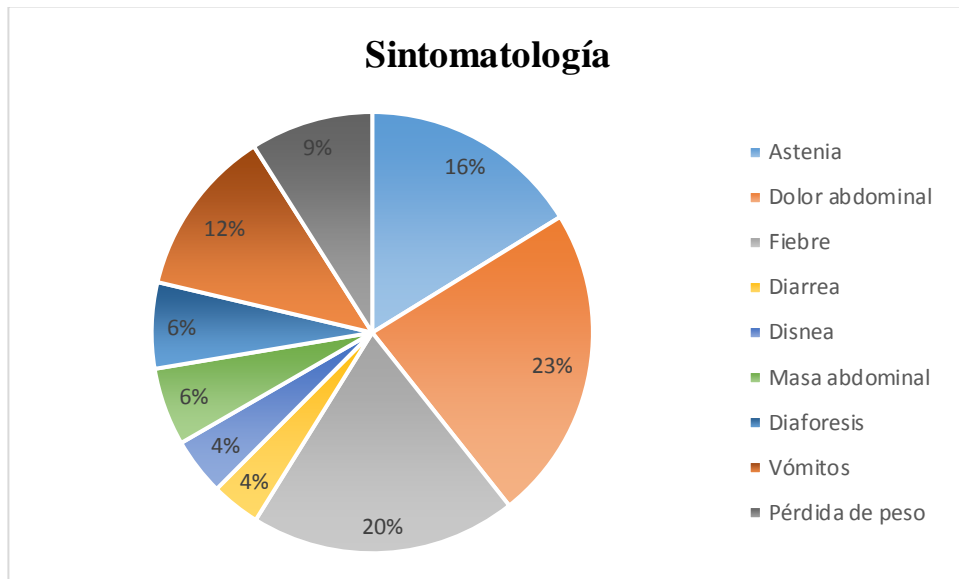
Elaborado por: Aguilar Alvaro, Guerra Joao

Tabla 4 Sintomatología en pacientes con absceso hepático. . Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2016-2020.

Sintomatología	Frecuencia	Porcentaje
Astenia	54	66%
Dolor abdominal	77	95%
Fiebre	65	80%
Diarrea	12	15%

Disnea	14	17%
Masa abdominal	19	23%
Diaforesis	21	26%
Vómitos	41	51%
Pérdida de peso	30	37%

Gráfico 3: Sintomatología en pacientes con absceso hepático.

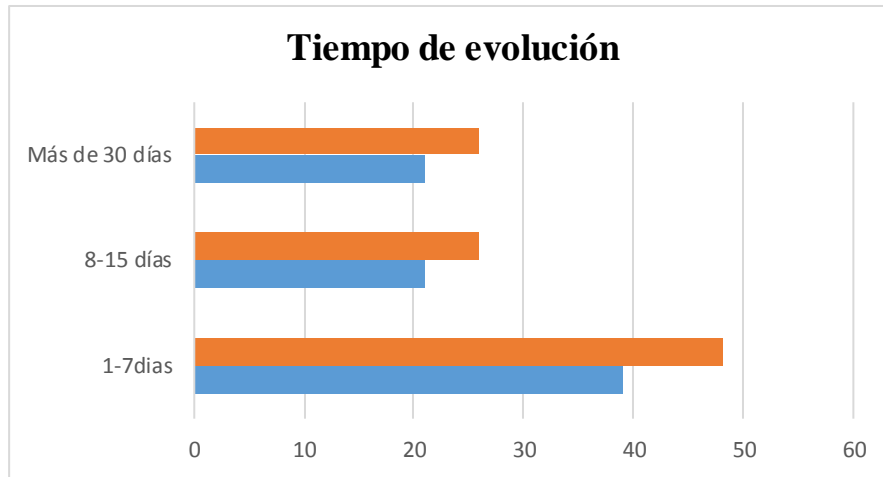


Elaborado por: Aguilar Alvaro, Guerra Joao

Tabla 5 Tiempo de evolución de la enfermedad en pacientes con absceso hepático. Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2016-2020.

Intervalos	Frecuencia	Porcentaje
1-7 días	39	48,15%
8-15 días	21	25,93%
Más de 30 días	21	25,93%

Gráfico 4: Tiempo de evolución de la enfermedad en pacientes con absceso hepático.



Elaborado por: Aguilar Alvaro, Guerra Joao

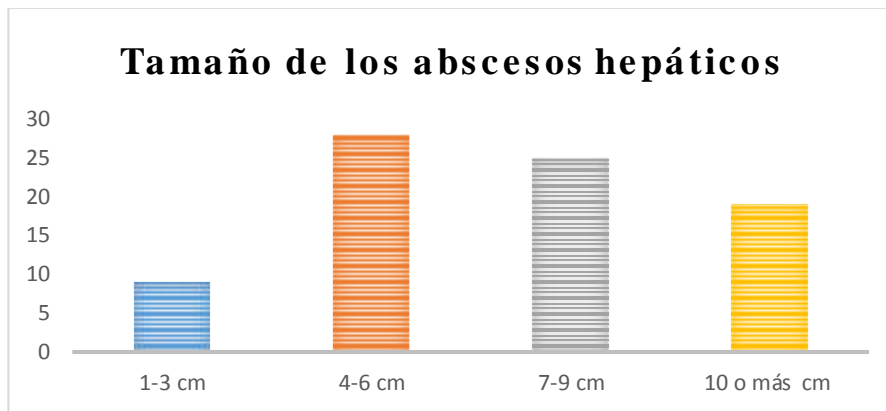
Tabla 6 Numero de abscesos en pacientes con absceso hepático. Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2016-2020.

Numero de abscesos	Frecuencia	Porcentaje
Único	76	94%
Múltiple	5	6%
Total	81	100%

Tabla 7 Tamaño de abscesos en pacientes con absceso hepático. Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2016-2020.

Tamaño	Frecuencia	Porcentaje
1-3 cm	9	11,11
4-6 cm	28	34,57
7-9 cm	25	30,86
10 o más cm	19	23,46

Gráfico 5: Tamaño de abscesos en pacientes con absceso hepático.

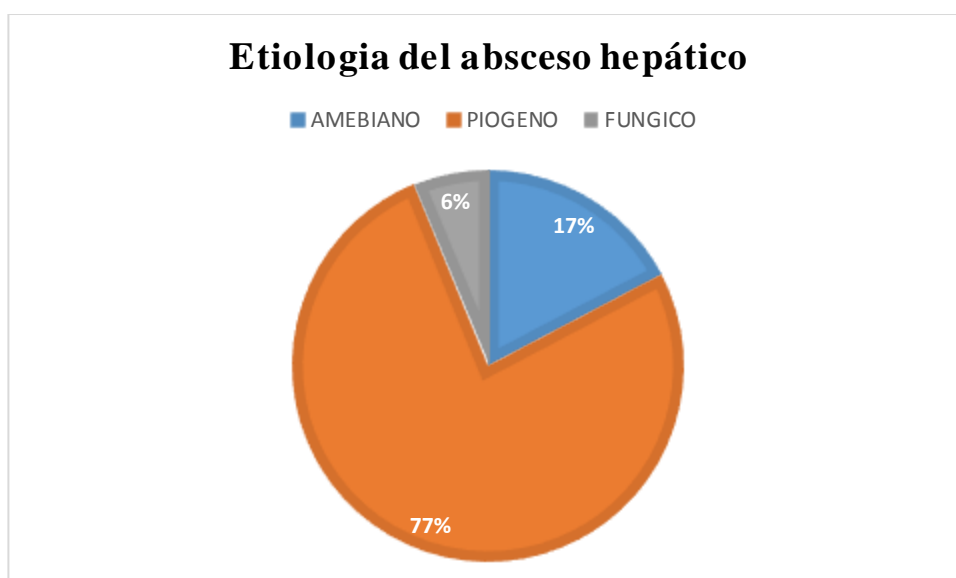


Elaborado por: Aguilar Alvaro, Guerra Joao

Tabla 7 Etiología del absceso hepático. Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2016-2020.

Etiología	Frecuencia	Porcentaje
Amebiano	14	17%
Piógeno	62	77%
Fúngico	5	6%
Total	81	100%

Gráfico 6. Etiología del absceso hepático.



BIBLIOGRAFÍA

1. Gaetan K, Sokhom E, Satdin M, Nicola T. Liver abscess: diagnostic and management issues found in the low resource setting. *British Medical Bulletin*. 2019; 11(132).
2. Cosme A, Ojeda E, Zamarreño I, Bujanda L. Pyogenic versus amoebic liver abscesses. A comparative clinical study in a series of 58 patients. *Rev Esp Enferm Dig*. 2010; 102(2).
3. Kurland J, Brann OS. Pyogenic and amebic liver abscesses. *Current Gastroenterology Reports*. 2004; 6(4).
4. Serraino C, Elia C, Bracco C. Characteristics and management of pyogenic liver abscess: A European experience. *Medicine (Baltimore)*. 2018; 97(19).
5. Roediger R, Lisker-Melman M. Pyogenic and Amebic Infections of the Liver. *Gastroenterol Clin North Am*. 2020; 49(2).
6. Akhondi H, Sabih DE. Liver Abscess. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls. 2020.
7. Shao-Hua S, Zheng-Long Z, Shu-Sen. Pyogenic Liver Abscess of Biliary Origin: The Existing Problems and Their Strategies. *Seminars in Liver Disease*. 2018; 38(3).
8. Anzali BC, Mohammadi N, Bahreini M, Esmaeili W. Ascariasis in common bile duct resulting in a subhepatic abscess. *Acta Gastroenterol Belgica*. 2020; 83(3).
9. Wang WJ, Tao Z, Wu HL. Etiology and clinical manifestations of bacterial liver abscess: A study of 102 cases. *Medicine (Baltimore)*. 2018; 97(38).
10. Choi SH, Kim SJ, Kang DH, Choi CW. Liver Abscess Secondary to Perforation after Duodenal Endoscopic Resection. *Korean J Gastroenterol*. 2018; 25(71).
11. Johanssen EC, Sifri CD, Madoff LC. Pyogenic liver abscesses. *Infect Dis Clin North Am*. 2000; 14(3).
12. Mischnik A. Pyogenic liver abscess: Changes of Organisms and Consequences for Diagnosis and Therapy. *Dtsch Med Wochenschr.* 2017; 142(14).

13. Neill L . Clinical characteristics and treatment outcomes in a cohort of patients with pyogenic and amoebic liver abscess. *BMC Infect Dis.* 2019; 3(19).
14. Sersté T, Bourgeois N, Vanden E, Coppens E. Endoscopic drainage of pyogenic liver abscesses with suspected biliary origin. *Am J Gastroenterol.* 2017; 102(6).
15. Chung YF, Tan YM, Lui HF, Tay KH. Management of pyogenic liver abscesses - percutaneous or open drainage? *Singapore Med J.* 2017; 48(12).
16. Barakate MS, Stephen MS, Waugh RC, Gallagher PJ. Pyogenic liver abscess: a review of 10 years' experience in management. *Aust N Z J Surg.* 2009; 69(3).
17. Ribeiro Da Costa R, Andres A, Huttner B. Pyogenic liver abscesses. *Rev Med Suisse.* 2020; 30(16).
18. Yoon JH, Kim YJ, Kim SI. Prognosis of liver abscess with no identified organism. *BMC Infect Dis.* 2019; 31(19).
19. Mohidin B, Green SF, Duggineni S. Amoebic liver abscess. *QJM An International Journal of Medicine.* 2018; 1(111).
20. Sánchez-Aldehuelo R, García de la Filia I. Amoebic liver abscess. *Gastroenterol Hepatol.* 2019; 42(3).
21. Kumanan T, Sujanitha V, Sreeharan N. Amoebic liver abscess: a neglected tropical disease. *Lancet Infect Dis.* 2020; 20(2).
22. Kannathasan S, Muruganathan A, Kumanan T. Epidemiology and factors associated with amoebic liver abscess. *BMC Public Health.* 2018 Jan 10;18. 2018; 10(18).
23. Katzenstein D, Rickerson V, Braude A. New concepts of amoebic liver abscess derived from hepatic imaging, serodiagnosis, and hepatic enzymes in 67 consecutive cases in San Diego. *Medicine.* 2002; 61(4).
24. Park MS, Kim KW, Ha HK, Lee DH. Intestinal parasitic infection. *Abdom Imaging.* 2008; 2.
25. Thorsen S, Ronne-Rasmussen J, Petersen E. Extra-intestinal amebiasis: clinical presentation in a non-endemic setting. *Scand J Infect Dis.* 2003; 25(6).

26. Vardakostas D, Damaskos C, Garmpis N, Antoniou EA. Minimally invasive management of hepatic cysts: indications and complications. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2018; 22(5).
27. Adams EB, MacLeod IN. Invasive amebiasis. I. Amebic dysentery and its complications. *Medicine (Baltimore).* 2007; 4.
28. Salim A, Jeelani SM, Qazi SH, Mirza W. Amoebic liver abscess: Outcomes of percutaneous needle aspiration vs drain placement. *J Pak Med Assoc.* 2019; 69.
29. Chavez-Tapia NC, Hernandez-Calleros J, Tellez-Avila FL. Image-guided percutaneous procedure plus metronidazole versus metronidazole alone for uncomplicated amoebic liver abscess. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019.
30. *Drugs for Parasitic Infections*, 3rd ed, The Medical Letter, New Rochelle, NY 2013..
31. Lasserre R. Single-day drug treatment of amebic liver abscess..

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros: **Álvaro Bryan Aguilar Martínez** y **Joao Alberto Guerra García** con C.C: # **0706036472** y **1311947814** respectivamente, autores del trabajo de titulación: **Factores de riesgo presentes en pacientes con absceso hepático en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante los años 2016-2020**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **30 de agosto del 2021**



f.

Alvaro Bryan Aguilar Martínez



f.

Joao Alberto Guerra García



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Factores de riesgo presentes en pacientes con absceso hepático en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante los años 2016-2020.		
AUTOR(ES)	Alvaro Bryan Aguilar Martínez Joao Alberto Guerra García		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Rene Antonio Mendoza Merchán		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Medicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Medico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	30 de agosto del 2021	No. DE PÁGINAS:	31
ÁREAS TEMÁTICAS:	Gastroenterología, Infecciosas, Medicina tropical		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	ABSCESO HEPÁTICO, FACTORES DE RIESGO, SINTOMATOLOGÍA, ABSCESO PIÓGENO, ABSCESO AMEBIANO		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>El absceso hepático es una infección supurante del hígado, secundario a bacterias, parásitos u hongos. A pesar de contar con métodos diagnósticos y opciones de manejo accesibles, el AH sigue siendo una causa de alta morbi-mortalidad en países en vías de desarrollo. El objetivo del presente trabajo fue reportar la incidencia, perfil clínico y factores de riesgo presentes en pacientes con AH, hospitalizados en el área de Gastroenterología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante los años 2016-2020. Se trata de un estudio observacional descriptivo que incluyó 81 pacientes, cuyas historias clínicas digitales fueron revisadas según el instrumento de recolección. Resultados: La incidencia de la enfermedad fue del 1,4%. El 77% de los abscesos fueron de origen piógeno, el 17% amebiano. La edad promedio 56,37 años +/- 10.6. Se diagnosticaron abscesos hepáticos en 31 mujeres y 50 hombres. El 95% de los pacientes presentó dolor abdominal al ingreso, el 80% un cuadro febril subagudo y el 66% refirió astenia. La comorbilidad más frecuente en los pacientes diagnosticados con Absceso hepático fue la Hipertensión arterial (50,62%), seguida del alcoholismo (44,44%) y Diabetes Mellitus (28,40%). Los antecedentes como Colangitis, colecistitis e infecciones previas representaron el 2,47%, 16,05% y 20,99% respectivamente. Conclusiones: El perfil clínico de los pacientes con AH fue: paciente masculino de edad media con un cuadro clínico subagudo, cuyos síntomas más frecuentes fueron: fiebre, dolor abdominal y astenia que en los estudios de imágenes presentaban abscesos piógenos únicos.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: Álvaro Aguilar: 0963914484 Joao Guerra: 0993376353	E-mail: Alvaro Aguilar: aaguilarm94@gmail.com Joao Guerra: joaoguerragarcia@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Ayón Genkuong, Andrés Mauricio Teléfono: +593997572784 E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			