



ABSCESSO HEPATICO

BY ALAN MORALES DOMINGUEZ

ABSCESO HEPÁTICO

El absceso hepático se define como una colección de pus localizada en el espesor del parénquima hepático. Hasta la primera mitad del siglo 20 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 de alta eficiencia y el desarrollo de técnicas de drenaje mínimamente invasivas, la mortalidad en países desarrollados se ha reducido entre 2 a 12%.



FRECUENCIA

La incidencia del absceso hepático piógeno (AHP) es de 2,3 casos por 10,000 habitantes/año. Los AHP ocurren sobre todo en diabéticos, pacientes con trasplante de hígado o tumores malignos, o en situaciones de inmunodepresión.

La frecuencia de los abscesos hepáticos amebianos (AHA) fue de 0,1 casos por 10,000 habitantes/año en Guipúzcoa en el año 2009. En los países occidentales, la mayoría de los AHA acontecen en la población inmigrante y viajeros procedentes de áreas con amebiasis.





ABSCESO HEPATICO PIOGENO (AHP)

Se presentan entre la 5° a 6° década de la vida, y son 2 a 3 veces más prevalentes en hombres.

Son factores de riesgo la diabetes mellitus (aumenta el riesgo 3,6 veces), la patología pancreatobiliar y la inmunosupresión

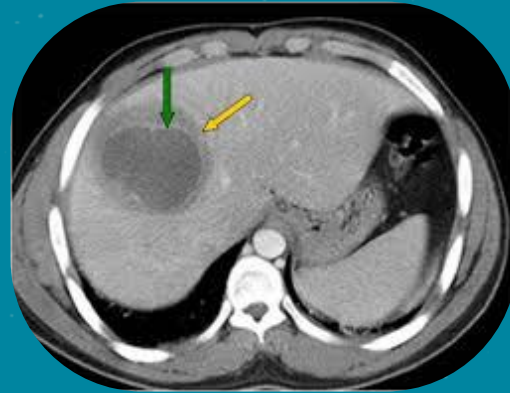
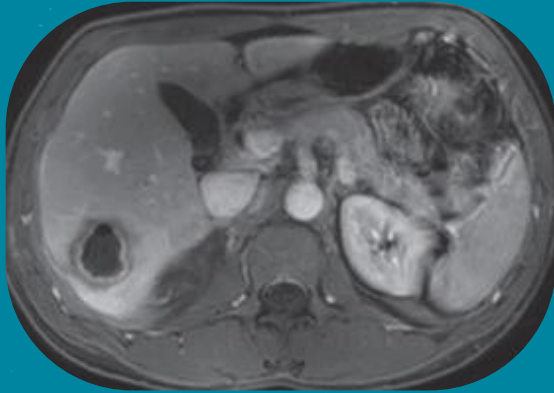
AHP

Hace algunos años la mayoría de los AHP se originaban a partir de un foco infeccioso distante en la cavidad abdominal, el que generaba piemia portal e infección hepática secundaria.

Actualmente, con el uso de ATB, 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.



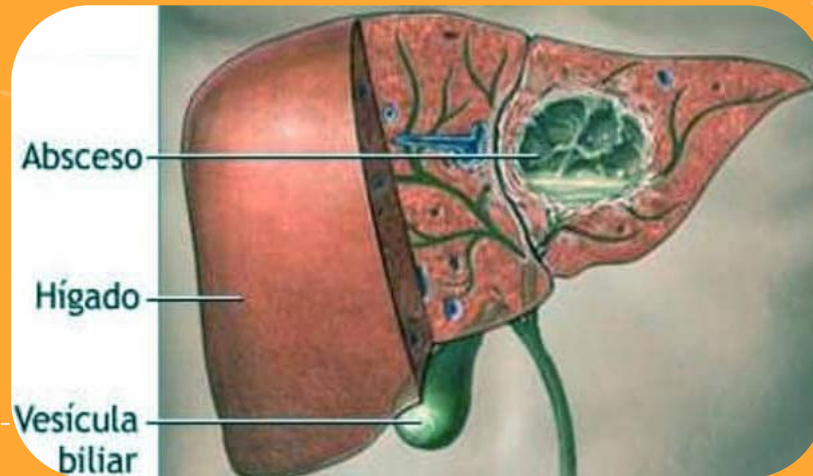
Otras vías de infección son la hematógica, por contigüidad, y las secundarias a traumatismos o procedimientos hepáticos ablativos. Sin embargo, en el 40 a 50% de los casos no se logra establecer la etiología (abscesos criptogénicos)



M.O

La mayoría son polimicrobianos, incluyendo bacterias entéricas facultativas y anaerobios. Estas varían según la geografía y el escenario clínico, siendo los patógenos más comunes, *Klebsiella* sp, *Pseudomonas* sp, *Escherichia coli*, *Proteus*, *Streptococcus* sp y *Staphylococcus* sp.

Debido la dificultad en el cultivo de anaerobios, estos se reportan en menos del 40% de los casos.



CLINICA

La presentación a menudo es subaguda, con días o semanas de evolución

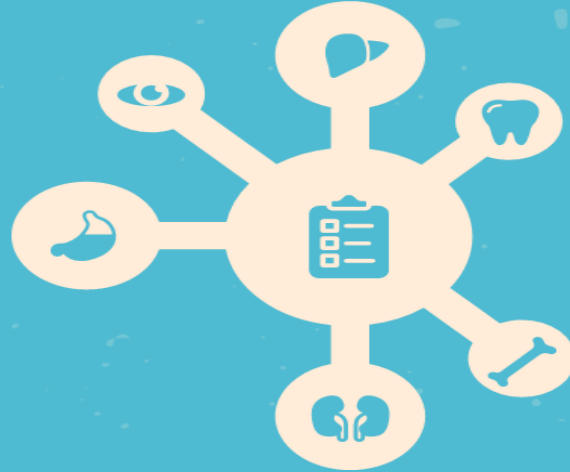
FIEBRE

En el 90% de los casos

Sintomas Inespecíficos

(compromiso del estado general, náuseas y baja de peso). Si el absceso es adyacente al diafragma el paciente podría presentar dolor pleurítico, tos o disnea, como manifestaciones clínicas.

Algunos pacientes pueden debutar con shock séptico, principalmente aquellos con obstrucción biliar y colangitis.



Dolor Abdominal

cuadrante superior derecho (50-75%)

EXPLORACIÓN FISICA



- Al examen se puede encontrar hepatomegalia, sensibilidad en el hipocondrio derecho y tardíamente ictericia en el 50%
- Es común la leucocitosis, anemia, y el alza de los parámetros inflamatorios (velocidad de sedimentación y de la proteína reactiva C)
- En el perfil hepático lo más constante es la elevación leve de las transaminasas y moderada de las fosfatasas alcalinas
- La radiografía de tórax puede mostrar elevación del hemidiafragma, derrame pleural o atelectasias basales derechos
- El diagnóstico definitivo se establece con imágenes y punción de la colección. La tomografía computada (TC) es de elección (sensibilidad y especificidad sobre 95%)

Dx Microbiológico

Siempre se debe intentar realizar diagnóstico microbiológico, con al menos dos hemocultivos previos al inicio del tratamiento, solicitando dirigidamente el cultivo de microorganismos anaerobios. Estos son positivos en 25 a 50%.

En un reporte nacional los microorganismos más frecuentemente aislados fueron *Staphylococcus aureus* (35,3%), *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae* y *Staphylococcus coagulasa negativa* (11,7%, respectivamente). Si se realiza aspiración o drenaje de la colección, el material extraído debe ser enviado a estudio microbiológico.

En el mismo estudio resultaron positivos en 65%, reportándose con mayor frecuencia *Klebsiella pneumonia* (20,4%), *Escherichia coli* (14,3%), *Pseudomonas aeruginosa* (10,2%), *Fusobacterium sp* y *Enterococcus sp* (10,2%, respectivamente).

TRATAMIENTO

Tabla 1. Esquemas de tratamiento antibiótico en AHP

Esquema 1ª línea ev

Cefalosporina 3ºG + Metronidazol

Ceftriaxona 1-2 g/día + Metronidazol 500 mg c/8 h

Betalactámico + inhibidor Bactamasas

Piperacilina/tazobactam 3.375 ó 4.5 g c/6 h

Fluoroquinolona + Metronidazol

Ciprofloxacino 400 mg c/12 h + Metronidazol 500 mg c/8 h

Levofloxacino 500-750 mg/día + Metronidazol 500 mg c/8 h

Esquema 2ª línea

Monoterapia con Fluoroquinolonas

Moxifloxacino 400 mg/día

Monoterapia con Carbapenémicos

Imipenem 500 mg c/6 h

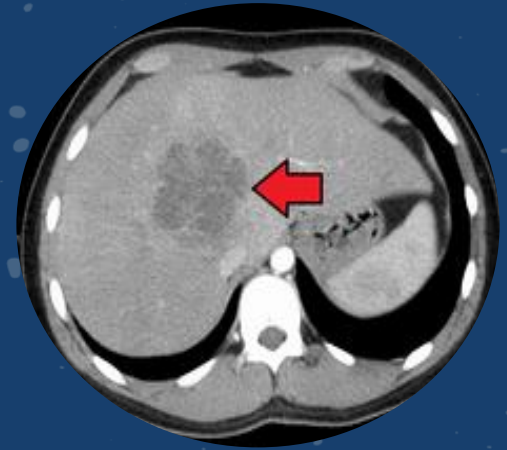
Meropenem 1 g c/8 h

Ertapenem 1 g/día

Esquema oral

Amoxicilina/ac. Clavulánico 875/125 mg c/12 h

Moxifloxacino 400 mg/día



ABSCESO HEPATICO AMEBIANO (AHA)

La amebiasis es una infección parasitaria endémica en regiones tropicales y subtropicales, afectando al 10% de la población mundial

La incidencia es mayor en hombres (7 a 10 veces) y entre la 3° a 5° década de la vida, la mortalidad es < 0,1%.

GENERALIDADES

- Factores de riesgo: Sexo masculino (7 a 12 veces más frecuente)
- Tercera a quinta década de la vida.
- Alcoholismo.
- Padecimientos oncológicos.
- Inmunosupresión.
- Habitar o viajar a zonas endémicas.
- Uso de corticosteroides.

GPC Para el Dx y Tx del AHA

CLINICA

Se caracteriza por dolor en el hipocondrio derecho, habitualmente de 1 a 2 sem de evolución asociado a fiebre alta y continua. Pueden presentar dolor pleurítico, compromiso del estado general y baja de peso. Menos del 30% de los pacientes referirá historia de diarrea en los meses previos. Se encuentra hepatomegalia sensible (50%) y en algunos casos ictericia



PARACLINICOS

En el laboratorio destaca leucocitosis sin eosinofilia, aumento de las fosfatasa alcalinas y proteinuria. Los estudios de imagen muestran hallazgos indistinguibles del AHP, ya descritos. Si se utilizan radionucleótidos, éstos no son captados por el material necrótico, por lo que se denominan “abscesos fríos”.

La punción de los abscesos no es necesaria para el diagnóstico, pero se recomienda en abscesos grandes con alto riesgo de ruptura o si la respuesta clínica es desfavorable. El contenido es acelular, semejante a “pasta de anchoas”. Sólo en 20% de las muestras se pueden reconocer los trofozoitos, siendo útil el estudio con PCR



TRATAMIENTO

Cuadro Básico de Medicamentos

Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
Metronidazol	Adultos 500 mg tres veces al día	Tabletas 500 mg. Caja con 20 o 30 tabletas Suspensión 250 mg. Por cada 5 ml en frasco de 120 ml. Solución inyectable 200 mg en 10 ml/100ml 500mg. / 100 ml en frasco de 100ml.	10 días	Anorexia, náusea, vómito, diarrea, sabor metálico, intolerancia al alcohol, rara vez neurotoxicidad.	Evitar uso concomitante con el alcohol	No se recomienda en el primer trimestre del embarazo y durante la lactancia

TRATAMIENTO

Cuadro Básico de Medicamentos

Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
Tinidazol	Adultos 2 grs diarios en una sola toma.	Tabletas 500 mg, caja con 8 tabletas	10 días	Anorexia, náusea, vómito, diarrea, sabor metálico, cefalea, boca seca, lengua saburral, mareo, vértigo y ataxia.	Algunos pacientes pueden presentar reacciones tipo disulfiram (enrojecimiento cutáneo, cólico abdominal, vómito, taquicardia) al administrárseles tinidazol conjuntamente con medicamentos formulados con alcohol o al ingerir bebidas alcohólicas. Los barbitúricos inhiben la acción terapéutica del tinidazol; Con warfarina se puede incrementar el efecto anticoagulante de ésta.	La administración de este producto está contraindicada en pacientes con hipersensibilidad conocida al fármaco. Debe usarse con precaución en pacientes con discrasias sanguíneas y con trastornos del sistema nervioso central. El fármaco no debe administrarse a mujeres embarazadas, especialmente durante el primer trimestre del embarazo, para su uso en el segundo y tercer trimestre deberá evaluarse el riesgo-beneficio al feto y a la madre. El tinidazol se distribuye en la leche materna, por lo que la lactancia sólo podrá iniciarse 72 horas después de haber suspendido el tratamiento.

TRATAMIENTO

Cuadro Básico de Medicamentos

Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
Nitazoxanida	Adultos 1 tabletas con recubierta de 500 mgs cada 12 hrs. Tabletas 200 mgs	Tabletas de 500 mg. Caja con 6, 10 o 14 tabletas. Grageas de 200 mgs Caja con 6, 10 y 14	7 días en adultos y tres días en niños.	Cefalea, anorexia, náuseas, y ocasionalmente vómitos, malestar epigástrico inespecífico y dolor tipo cólico, mismas que son leves y de carácter transitorio.	El empleo de la nitazoxanida con cumarínicos o warfarina, pueden inducir un incremento en sus niveles plasmáticos prolongando el tiempo de protrombina.	No deberá administrarse pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de la fórmula y en pacientes con hipersensibilidad al ácido acetilsalicílico.

Erradicación tisular

Metronidazol 500-150 mg c/8 h x 10 días

Tinidazol 600 mg c/12 h x 5 días

Nitazoxanida 500 mg c/12 h x 10 días

Erradicación luminal

Paramomicina 500 mg c/8 h por 7 días

Iodoquinol 650 mg c/8 h x 20 días

Diloxanida furoato 500 mg c/8 h x 10 días