



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL GENERAL NACIONAL DR. ÁNGEL LARRALDE

**MANEJO DEL ABSCESO HEPÁTICO POR DRENAJE PERCUTÁNEO
ECOGUIADO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL
GENERAL NACIONAL DR. ÁNGEL LARRALDE PERÍODO 2022-2024**

AUTOR: DR. TENNESSE LEDEZMA

C.I. N° V- 25.093.128

TUTOR CLÍNICO: DRA. MARIAISABEL CEDEÑO

C.I. N° V-18.168.335

BÁRBULA, OCTUBRE DE 2024



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL GENERAL NACIONAL DR. ÁNGEL LARRALDE

**MANEJO DEL ABSCESO HEPÁTICO POR DRENAJE PERCUTÁNEO
ECOGUIADO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL
GENERAL NACIONAL DR. ÁNGEL LARRALDE PERÍODO 2022-2024**

Trabajo de investigación presentado ante la Dirección de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo como requisito para optar al Título de Especialista en Cirugía General

AUTOR: DR. TENNESSEE LEDEZMA

C.I. N° V- 25.093.128

TUTOR CLÍNICO: DRA. MARIAISABEL CEDEÑO

C.I. N° V-18.168.335

BÁRBULA, OCTUBRE DE 2024

Universidad de Carabobo



Valencia - Venezuela

Facultad de Ciencias de la Salud



Dirección de Asuntos Estudiantiles
Sede Carabobo

ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

MANEJO DEL ABSCESO HEPÁTICO POR DRENAJE PERCUTÁNEO ECOGUIADO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL GENERAL NACIONAL DR. ÁNGEL LARRALDE PERÍODO 2022-2024

Presentado para optar al grado de **Especialista en CIRUGÍA GENERAL** por el (la) aspirante:

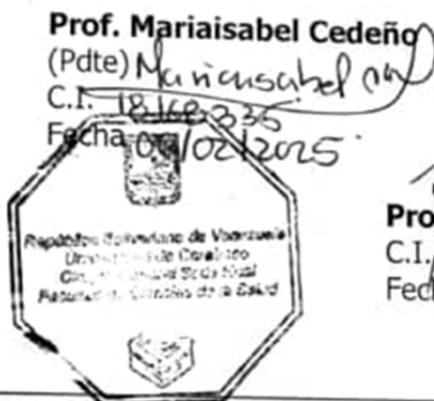
LEDEZMA S., TENNESSE J.,
C.I. V.- 25.093.128

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Mariaisabel Cedeño., titular de la C.I V.- 18.168.335, decidimos que el mismo está **APROBADO**

Acta que se expide en valencia, en fecha: **06/02/2025**


Prof. Andres Petta
C.I. 29240524
Fecha 06/02/25

TEG: 46-24




Prof. Euden Hernández
C.I. V-16772118
Fecha 06/02/25



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL GENERAL NACIONAL DR. ÁNGEL LARRALDE



MANEJO DEL ABSCESO HEPÁTICO POR DRENAJE PERCUTÁNEO
ECOGUIADO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL
GENERAL NACIONAL DR. ÁNGEL LARRALDE PERÍODO 2022-2024

Autor: Tennessee Ledezma.

Tutor Clínico: Dra. Marialsabel Cedeño

Octubre, 2024

RESUMEN

El absceso hepático (AH) es una acumulación encapsulada de material purulento en el parénquima hepático, causada por diversos agentes infecciosos como bacterias, hongos o parásitos. El manejo de los abscesos hepáticos se realiza principalmente mediante drenaje; en un inicio, se empleaba laparotomía general, pero actualmente el drenaje percutáneo guiado por imágenes es la técnica de elección. En Venezuela, esta técnica se ha implementado recientemente, motivo por el cual se plantea este estudio para analizar su eficacia en pacientes de un hospital público. **OBJETIVO GENERAL:** Evaluar el manejo del absceso hepático mediante drenaje percutáneo ecoguiado en el servicio de cirugía general del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde” durante el periodo 2022-2024. **METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio de casos con diseño no experimental, prospectivo y de tipo descriptivo. La muestra no probabilística fue seleccionada según criterios de inclusión y exclusión detallados en el documento. La muestra incluyó 10 casos de pacientes con absceso hepático tratados mediante drenaje percutáneo ecoguiado. Para la recolección de datos se utilizó una ficha de registro completada para cada paciente atendido. **RESULTADOS:** Se trataron 10 pacientes con drenaje percutáneo de absceso hepático, de los cuales el 70% fueron hombres y el 30% mujeres. Los patógenos identificados incluyeron *Entamoeba histolytica* en el 40% de los casos, *E. coli* en el 30%, y *Klebsiella* en el 10%. Los factores de riesgo observados fueron consumo de alcohol y comida rápida. El 60% de los pacientes requirió solo un día de hospitalización. El volumen promedio de los abscesos disminuyó de 372,6 cm³ antes del procedimiento a 16,6 cm³ a los 15 días, y se observó una hepatización del 99% en todos los pacientes a los 30 días. **CONCLUSIÓN:** El drenaje percutáneo ecoguiado es altamente efectivo en el manejo de abscesos hepáticos de diversos orígenes. Este procedimiento reduce significativamente el tiempo de hospitalización y la necesidad de tratamientos prolongados con antibióticos.

Palabras clave: Absceso hepático, Drenaje percutáneo ecoguiado, abscesos amebianos, abscesos piógenos.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL GENERAL NACIONAL DR. ÁNGEL LARRALDE



Autor: Tennessee Ledezma.
Tutor Clínico: Dra. Marialsabel Cedeño
Octubre, 2024

ABSTRACT

Liver abscess (HA) is an encapsulated accumulation of purulent material in the liver parenchyma, caused by various infectious agents such as bacteria, fungi or parasites. The management of liver abscesses is mainly performed by drainage; initially, general laparotomy was used, but currently image-guided percutaneous drainage is the technique of choice. In Venezuela, this technique has recently been implemented, which is why this study is proposed to analyze its effectiveness in patients in a public hospital. **GENERAL OBJECTIVE:** To evaluate the management of liver abscess by ultrasound-guided percutaneous drainage in the general surgery service of the "Dr. Ángel Larralde" National General Hospital during the period 2022-2024. **METHODOLOGY:** A case study with a non-experimental, prospective and descriptive design was carried out. The non-probabilistic sample was selected according to inclusion and exclusion criteria detailed in the document. The sample included 10 cases of patients with liver abscess treated with ultrasound-guided percutaneous drainage. For data collection, a registration form was completed for each patient treated. **RESULTS:** Ten patients were treated with percutaneous drainage of liver abscess, of which 70% were men and 30% were women. The identified pathogens included *Entamoeba histolytica* in 40% of cases, *E. coli* in 30%, and *Klebsiella* in 10%. The observed risk factors were alcohol consumption and fast food. 60% of the patients required only one day of hospitalization. The average volume of the abscesses decreased from 372.6 cm³ before the procedure to 16.6 cm³ at 15 days, and 99% hepatization was observed in all patients at 30 days. **CONCLUSION:** Ultrasound-guided percutaneous drainage is highly effective in the management of liver abscesses of various origins. This procedure significantly reduces hospitalization time and the need for prolonged antibiotic treatment.

Keywords: Liver abscess, percutaneous ultrasound-guided drainage, amoebic abscesses, pyogenic abscesses.

CONTENIDO

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
CONTENIDO	6
INTRODUCCIÓN	7
OBJETIVOS	16
RESULTADOS	20
DISCUSIÓN	27
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS	37

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal es un síntoma que caracteriza a muchas enfermedades; cuando éste se acompaña de fiebre, es necesario determinar si la causa de estos síntomas es infecciosa o no (1). En caso de ser infecciosa, se debe investigar el agente causal de las mismas. Una de estas enfermedades es el absceso hepático, que se caracteriza por algunos síntomas constitucionales, que, si no se tratan a tiempo, los pacientes pueden desarrollar muchas complicaciones, o incluso la muerte (2).

El término absceso hepático (AH), hace referencia a una colección de material supurativo encapsulada y ubicada a nivel del parénquima hepático, que puede estar infectada por diferentes agentes ya sean bacterianos, fúngicos o parásitos, siendo el más frecuente el bacteriano, llamado absceso hepático piógeno (AHP) (3).

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(4). También pueden resultar de la siembra arterial hematógena en el contexto de una infección sistémica. Entre los principales factores de riesgo se tienen: infecciones biliares, infecciones intraabdominales, extensión directa, extensión directa y traumatismos abdominales(5).

Por otra parte, *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 tercermundistas en comparación a países del primer mundo. La infección se asocia a malas condiciones de vida y contaminación de agua potable. El absceso hepático como complicación de la infección amebiana afecta predominantemente a hombres de mediana edad (30–60 años). Los factores de riesgo incluyen el consumo de alcohol y desnutrición (6). La mayoría de los pacientes tienen de 2 a 4

semanas de fiebre, tos y dolor abdominal en el hipocondrio 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 (2).

La incidencia de AH varía alrededor del mundo, siendo baja a nivel general, por ejemplo, en América del Norte se documentan 2,3 casos por cada 100,000 ingresos hospitalarios, por otro lado, en oriente, específicamente en Taiwán, aumenta la incidencia hasta 15 a 275,4 por cada 100,000 ingresos hospitalarios. A pesar del descenso de 75-80% a 10-40% en la mortalidad asociada AH en el último siglo, gracias los avances farmacológicos específicamente en el área de antibióticos, y a los procesos intervencionistas que se han desarrollado, aún la mortalidad es muy alta, de ahí la necesidad de enfatizar en el diagnóstico más oportuno para mejorar el pronóstico, por lo cual se realiza esta revisión, con el afán de pensar como posibilidad diagnóstica el AH (7).

En Latinoamérica la incidencia a pesar de ser entre 30 a 300 casos por cada 100,000 ingresos hospitalarios(7), de estos casos predominan el absceso parasitario, debido a que estos predominan en países en proceso de desarrollo con pocas normas de saneamiento. El diagnóstico clínico es difícil por el carácter inespecífico de los síntomas. Dentro de los signos y síntomas, aunque inespecíficos, pero más comúnmente informados incluyen, fiebre en la mayoría de los casos, no en todos, dolor abdominal e hipotensión (7).

El porcentaje de pacientes afectados por cada síntoma abarca un rango bastante amplio, lo que refleja la gran variabilidad en las manifestaciones clínicas de las cuales las más frecuentes son el malestar general (89%), escalofríos (69%), fiebre (59-90%), taquicardia (52%), dolor abdominal (39-89%), ictericia (19-29%), diarrea (11%) (4).

En cuanto al diagnóstico, la unión de los estudios de laboratorio, microbiológico y de imagen son imprescindibles para realizar el diagnóstico. Las técnicas de imagen tienen una gran sensibilidad para el diagnóstico de abscesos hepáticos,

además, estas técnicas permiten la aspiración guiada del absceso y su drenaje no quirúrgico. La intervención inmediata (aspiración guiada, drenaje percutáneo o exploración quirúrgica) y el tratamiento antibiótico intravenoso son prioritarios en el absceso hepático piógeno (1).

En ciertos casos las pruebas de laboratorio son poco específicas, pero son necesarias para guiarse en el diagnóstico. Dentro de las alteraciones que encontraremos con más frecuencia son:

Elevación de la proteína C reactiva (PCR) y velocidad de sedimentación (VSG) Leucocitosis en un 68%. Elevación de las fosfatasas alcalinas (66-71%). Elevación de glutamiltransferasa (81%). Hipoalbuminemia (70-96%)(8).

En menor frecuencia: Hiperbilirrubinemia (38-75%) y un patrón de citólisis con predominio de alanina aminotransferasa que es dos veces superior a los valores normales para el laboratorio (53- 71%).

Las alteraciones más frecuentes en un absceso hepático amebiano son: Leucocitosis, elevación de la fosfatasa alcalina, elevación de la velocidad de sedimentación globular y anemia leve (2).

Las complicaciones del absceso hepático derivan fundamentalmente de su origen. 10-20% de los casos pueden complicarse con ruptura del absceso con posterior derrame del contenido dentro de la cavidad abdominal, lo que va a conducir a peritonitis, septicemia y sepsis (1).

La otra posibilidad es que se produzca la ruptura por contigüidad y extensión a estructuras vecinas, siendo lo más frecuente a cavidad pleural (los abscesos subdiafragmáticos) lo que conduce a empiema, a cavidad pericárdica (los localizados en el lóbulo izquierdo) o más raramente a colon. Son más susceptibles de complicaciones los pacientes inmunocomprometidos, con hipoalbuminemia severa (desnutridos) y con diabetes. En éstos últimos el riesgo de complicaciones se triplica (9).

En las últimas décadas, el tratamiento y manejo de los abscesos ha cambiado trascendentalmente. Anteriormente, el papel principal estaba desempeñado por la

intervención quirúrgica que, en resumen, podía realizarse a través de una laparotomía exploradora (8). Este tipo de intervención ocasionaba al paciente un trauma quirúrgico importante de la pared, dolor posoperatorio, aumento de las estancias hospitalarias y un mayor número de complicaciones, entre los principales. Actualmente, los avances en radiología tales como: la tomografía computarizada, la ecografía o ultrasonido, los materiales nuevos de intervención y drenaje, han permitido crear y mejorar una técnica mínimamente invasiva con el propósito de tratar los abscesos de forma percutánea a través de guía de imagen (7,9).

A continuación, se describe el procedimiento estándar de la técnica de drenaje percutáneo de absceso hepático:

Existen dos técnicas comúnmente utilizadas para el drenaje percutáneo, las técnicas de Seldinger y Trocar. La elección de la técnica depende del tamaño y la ubicación del absceso. La técnica de Seldinger se utiliza para abscesos pequeños, profundos, de alto riesgo y de difícil acceso, mientras que la técnica del Trocar se utiliza para grandes colecciones superficiales (10).

El paciente se coloca sobre la mesa en posición decúbito supino y se conecta al monitor para monitorear los signos vitales en tiempo real. Se coloca una vía intravenosa para sedación y líquidos intravenosos si es necesario. El área se limpia y prepara de la forma estéril habitual. Se procederá a la localización ecográfica de ventana acústica favorable para la cateterización y posterior drenaje. Se realiza infiltración de anestesia 15 cc de lidocaína al 1% y 5 cc de bupivacaina. La anestesia local puede mejorar el cumplimiento del procedimiento por parte del paciente, mientras que la sedación consciente puede estar justificada para procedimientos más prolongados y dolorosos. Se hace una pequeña incisión en la piel para introducir el catéter. Con la técnica de Seldinger, el acceso inicial a la cavidad se obtiene utilizando una aguja de calibre 21 o 22 (11).

Luego, se introduce una conversión de alambre de 0,018 pulgadas a alambre de 0,035 o 0,038 pulgadas con el uso de un sistema de introducción de catéter coaxial. Se utiliza nuevamente la técnica del trocar, una aguja de pequeño calibre,

para realizar la aspiración del contenido del absceso. Esto gana acceso al espacio y también confirma el posicionamiento adecuado. Se debe insertar un catéter combinado coaxial paralelo a esta aguja introductora, lo que permite el avance de un catéter directamente dentro de la colección. Una vez colocado mediante cualquiera de las técnicas, se conecta un catéter a una bolsa de drenaje fuera del cuerpo. El catéter permanecerá en su lugar con una bolsa de drenaje para recoger el contenido de la infección. A menudo, los desagües aprovecharán un sistema de recolección de presión negativa para ayudar al drenaje. Una vez que se drena con éxito el absceso o la colección de líquido, se puede retirar el catéter (10).

El drenaje percutáneo de las colecciones intraabdominales guiado por ultrasonografía (US) o por tomografía computadorizada (TC), ha sido el tratamiento de elección desde hace más de dos décadas. Se considera el tratamiento estándar para el absceso abdominal y el pélvico, en ausencia de indicaciones para la cirugía inmediata, tiene un alto porcentaje de éxito, con baja morbilidad y mortalidad, duración de la hospitalización corta y costos reducidos. Según las características de las colecciones, la efectividad del drenaje percutáneo guiado por imágenes puede llegar a estar entre el 80 y el 90 % 3-5. La tasa de recurrencia del absceso se estima en 5 a 10 % (5).

En el absceso hepático, la aspiración con aguja bajo guía ecográfica o la inserción de un catéter en espiral no se requieren de forma rutinaria, pero puede estar justificada si el absceso 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 (5,9).

El drenaje percutáneo (DP) es el procedimiento de primera línea en el tratamiento del absceso hepático (AH) la aspiración puede realizarse con aguja o mediante la inserción de un catéter guiado por ecografía. En el caso de la aspiración con aguja percutánea, se inserta una aguja de 16- 18 Ga en la cavidad del absceso, y se aspira hasta su completa evacuación. De manera similar, el drenaje con catéter

percutáneo se realiza con un catéter pigtail de 8-14 F, se inserta en la lesión y se deja en su lugar y se drena por gravedad. Este último es más efectivo que la aspiración con aguja percutánea y tiene beneficios extras como el ser mínimamente invasivo, se elimina la necesidad de anestesia general, disminuye la formación de adherencias y la contaminación durante el procedimiento es relativamente menor en comparación con el drenaje quirúrgico (6).

En cuanto al drenaje percutáneo de colecciones abdominales guiado por ecografía inalámbrica a pie de cama del a demostrado que es una técnica segura, fácil de realizar, con un índice de fracaso menor al 10%, en virtud de lo cual se considera un procedimiento con buen rendimiento terapéutico y baja morbimortalidad. Las ventajas de los métodos mínimo invasivos son: el acceso directo no contamina otras áreas. El uso de anestesia local. Muy buena tolerancia del paciente. Evitar nuevas incisiones o relaparotomías. Menor riesgo para el paciente. Tiempo de internación reducido. Menor dolor. Mejor relación costo beneficio (6).

Entre los estudios recientes reseñados en la comunidad científica, se encuentra el estudio titulado “Absceso hepático” presentado por Akhondi y Sabih publicado en 2023. En el mismo, se hace un balance de la definición actual de absceso hepático, sus tipos y tratamiento. Se destaca la explicación acerca de la importancia de la instauración reciente del drenaje percutáneo ecoguiado como principal procedimiento para el manejo de esta patología (1).

Otro estudio relevante es el titulado “Evolución de los pacientes llevados a drenaje percutáneo guiado por ecografía o tomografía de abscesos intrabdominales, durante el año 2016 en dos instituciones de tercer nivel de la ciudad de Pereira-Colombia” (12). En el mismo, se presenta la experiencia en drenaje percutáneo de abscesos intraabdominales guiado por ecografía y tomografía en dos instituciones de tercer nivel de la ciudad de Pereira. Se obtuvo un total de 72 casos; de ellos 60 abscesos simples y 12 complejos; con una tasa de éxito del 42% y del 93% respectivamente, y total del 83.3%. En los abscesos complejos, con una $p < 0.05$. Se observó 3 veces más posibilidad de producirse en los pacientes con antecedente de neoplasia intraabdominal, mayor tasa de recidiva, 5 veces más

probabilidad de requerir cirugía posterior al drenaje fallido, relación directa con el agente *Klebsiella*, mayor volumen de la colección a mayor neutrofilia. Los abscesos simples por su parte se asociaron al antecedente quirúrgico reciente a nivel de vesícula y colon (P de 0.019). Las variables clínicas no se asociaron con abscesos simples o complejos (<0.05), por lo cual el diagnóstico es imagenológico. Finalmente, la ecografía disminuyó el tiempo de estancia intrahospitalaria (P de 0.014) (12).

De igual forma se describe el estudio titulado “Absceso hepático amebiano modificado: reporte de un caso (13). Se presenta el caso de una paciente de raza negra de 56 años quien ingresó por cuadro clínico de disentería de varios días de evolución acompañado de fiebre, compromiso de su estado general y dolor abdominal en el hipocondrio derecho. Los estudios analíticos de laboratorio mostraron leucocitosis con predominio de neutrófilos y presencia de trofozoitos de *Entamoeba histolytica* en la materia fecal. La ecografía de abdomen reportó una imagen mixta de 110 x 84 mm en el lóbulo derecho del hígado y la tomografía confirmó la lesión que se interpretó como un posible absceso hepático. Se inició tratamiento antimicrobiano por un periodo de 4 semanas sin adecuada respuesta por lo que requirió tratamiento quirúrgico. Su evolución fue favorable salvo por derrame pleural derecho seroso de mediana cuantía (700 mL), el cual se resolvió con toracocentesis, no obstante, la paciente egresó totalmente recuperada a los 21 días.

En Paraguay, se publicó el estudio titulado “Resultados del drenaje percutáneo como tratamiento del absceso hepático piógeno en el servicio de cirugía general del hospital nacional de Itaugua” (14). En dicho estudio se realizó una revisión de los expedientes clínicos de los pacientes entre 17 y 90 años de ambos sexos que hayan sido ingresados al servicio de Cirugía General del Hospital Nacional de Itaugua en el periodo de 2010- 2016 con el diagnóstico de absceso hepático piógeno. Como resultados se reportó que El promedio de edad es de 75 años. Sexo prevalente es el masculino con el 71%. Germen infeccioso: de los cuales

fueron 38% para *E.coli*, 19% *klebsiella*, 12% *enterobacter*, la localización más frecuente es en el lóbulo derecho.

Una investigación en el ámbito nacional fue la titulada “Revalencia de abscesos hepáticos en el Hospital General del Oeste. Período 2008-2010” (15). La cual consistió en una una revisión retrospectiva de los hallazgos ultrasonográficos en pacientes con diagnóstico de absceso hepático, que acudieron al servicio de Gastroenterología del Hospital General del Oeste, entre el año 2008 y el año 2010. Entre los resultados reportaron un total de 58 pacientes. De los cuales el 72.4% fue de sexo masculino y 27.5% de sexo femenino. La edad promedio de 37.6 años. El principal hallazgo ultrasonográfico fue absceso hepático único en 86.7%, de tamaño mediano (43.1%), con ubicación en el lóbulo derecho (84.4%). El 100% de los pacientes recibió tratamiento médico basado en antibioticoterapia, en 87.93% sólo se indicó tratamiento médico, 5.17% drenaje percutáneo y 6.89% drenaje quirúrgico.

Otro estudio reseñable, es el titulado “Absceso hepático polimicrobiano gigante”. Reporte de caso, realizado por Iglesias et al., publicado en la Revista de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología en 2018. Este caso corresponde un caso inusual de AHP debido a infección polimicrobiana, bacteriana y fúngica en la cual en *Streptococcus Viridansy* la *Candida Albicansson* agentes infrecuentes aislados en abscesos hepáticos. En este caso, se presume que es de origen criptogenético, ya que no se consiguieron antecedentes patológicos. El drenaje guiado por radiología del absceso y la terapia antibiótica (incluida la cobertura anaeróbica) son los pilares de la terapia. En éste caso el paciente requirió intervención quirúrgica debido a las grandes dimensiones del absceso y al deterioro del estado general con signos de shock séptico (5).

De igual forma se presentó el estudio titulado “Absceso hepático amebiano y amibiasis cutánea como presentación rara de un caso, realizado en el Hospital Universitario de Maracaibo Venezuela”, en 2021, de Araujo et al. (16). El objetivo de la publicación de este caso la poca frecuencia de la patología y la escasa revisión literaria sobre la misma que se puede encontrar. Se presenta

como una lesión que consiste en una úlcera fagedénica, destructiva, dolorosa, de evolución rápida. Se presenta un caso de amibiasis cutánea como complicación de un absceso hepático amebiano, en un paciente masculino seropositivo (HIV), en donde el diagnóstico se estableció mediante biopsia de la úlcera cutánea de pared abdominal, en donde se encontraron trofozoítos de *Entamoeba histolytica*. Entre las conclusiones se sugiere que los médicos tratantes conozcan y tengan una comprensión más amplia sobre la presentación clínica de la amibiasis cutánea, en cuanto a las manifestaciones dermatológicas de la parasitosis, su diagnóstico, la terapéutica de la enfermedad (16).

El estudio de la literatura reciente acerca del tema de estudio da cuenta de la importancia que a nivel internacional se le otorga al manejo del absceso hepático percutáneo guiado por ultra sonido, al punto que se ha convertido en el tratamiento de primera línea frente al drenaje quirúrgico (2). Los estudios se centran principalmente en la descripción de los procedimientos diferenciando el impacto de la técnica por aspiración versus la técnica por catéter, resultando esta última más eficiente en la mayoría de las investigaciones. En el caso de Venezuela, existe un vacío investigativo con respecto a esta técnica quirúrgica. Se encuentran trabajos que se limitan a la descripción de reportes de casos particulares, de abscesos hepáticos raros y de complicaciones de abscesos hepáticos. En el mejor de los casos se describe la prevalencia de los abscesos hepáticos en determinados periodos de tiempo, de instituciones hospitalarias particulares. Se explican las características epidemiológicas fundamentales, más no se profundiza en la descripción del manejo realizado, a dicha patología, en el país (5).

No obstante, en la dinámica médica venezolana se ha venido afianzando la práctica del drenaje percutáneo ecoguiado de abscesos hepáticos. Es realizado principalmente por especialistas de cirugía general, radiólogos intervencionistas y gastroenterólogos quirúrgicos. Resulta de interés describir las formas en que los profesionales ejecutan la técnica y los resultados que está presentando en la población venezolana.

De lo anterior se desprende el interés de la presente investigación, la cual trata sobre la descripción del manejo de los abscesos hepáticos mediante drenaje percutáneo ecoguiado de la patología de abscesos hepáticos. Se ha propuesto realizar un estudio retrospectivo descriptivo, en el Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde” ubicado en Valencia estado Carabobo.

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar el manejo de absceso hepático por drenaje percutáneo ecoguiado en el servicio de cirugía general del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde” período 2022-2024.

Objetivos específicos

1. Caracterizar epidemiológicamente a los pacientes con absceso hepáticos manejados con drenaje percutáneo ecoguiado.
2. Identificar los aspectos clínicos del absceso hepático presente en los pacientes estudiados
3. Comparar los resultados obtenidos en el manejo absceso hepático con drenaje percutáneo ecoguiado previo y al postoperatorio inmediato.
4. Contrastar los resultados obtenidos en el manejo absceso hepático con drenaje percutáneo ecoguiado previo y a los 15 días del postoperatorio además del porcentaje de hepatización.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación comprende un estudio de casos que sigue un diseño no experimental, prospectivo del tipo descriptivo. La población objeto de estudio se constituye por el total de casos intervenidos mediante drenaje percutáneo ecoguiado de absceso hepático, en el servicio de cirugía general “Dr. Rommel Mota”, del hospital general nacional “Dr. Ángel Larralde”, en el periodo 2022-2024.

La muestra es de tipo no probabilística, la cual se seleccionó con base en criterios de inclusión y exclusión que se describen en adelante. La misma está conformada por 10 casos de pacientes con absceso hepático tratados con drenaje percutáneo ecoguiado.

Como criterios de inclusión se han tomado casos de absceso hepático tratados con drenaje percutáneo ecoguiado. Pacientes con diagnóstico de abdomen agudo inflamatorio: absceso hepático, en cualquier segmento, sin signos de inestabilidad hemodinámica o de irritación peritoneal que ameritaran o que tuvieran intención directa para laparotomía exploradora. Pacientes de ambos sexos con edades comprendidas entre 18 y 50 años.

Como criterios de exclusión se establecieron casos de absceso hepático tratados con otros procedimientos terapéuticos. Pacientes con diagnóstico de abdomen agudo inflamatorio con signos de inestabilidad hemodinámica, irritación peritoneal que ameritaran o que tuvieran intención directa para laparotomía exploradora. Pacientes menores de 18 años. Pacientes mayores de 50 años.

El estudio consiste en la revisión de historial clínico de pacientes con absceso hepático tratados con drenaje percutáneo ecoguiado. Para tales fines se tomarán en cuenta los siguientes pasos a seguir:

Se identificó el total de casos de drenaje percutáneo ecoguiado atendidos en el servicio de cirugía general “Dr. Romel Mota”, en el período julio – 2022 / mayo – 2024.

Se hizo el registro de cada caso de acuerdo a una numeración que sirve como identificación codificada durante todo el estudio, se fijará la fecha de procedimiento

y el número de historia clínica en la hoja de registro de casos de estudio (Ver Anexo A).

Identificados todos los casos, se procedió a solicitar las historias clínicas de cada paciente ante el servicio de archivo del hospital “Dr. Ángel Larralde”.

Luego de recopilar las historias clínicas, se registró toda la información pertinente de los casos clínicos. Para ello se tomó en cuenta datos generales del paciente, condiciones de salud previas, cuadro clínico de ingreso, dimensiones de absceso, origen microbiológico de absceso, descripción de procedimiento, resultados del procedimiento. Esta información se registrará en ficha de análisis de historias clínicas (Ver Anexo B).

El proceso se inicia con la captación del paciente, quien, una vez ingresado, es canalizado para la resolución quirúrgica del absceso mediante una técnica de drenaje percutáneo ecoguiado. El paciente se posiciona en decúbito supino, posición que se mantiene durante los procedimientos prolongados para reducir su ansiedad y evitar movimientos, especialmente útiles para controlar los desplazamientos diafragmáticos en casos de lesiones cercanas al diafragma.

Antes de la colocación del catéter, se administra anestesia local con una mezcla de 15 cc de lidocaína al 1% y 5 cc de bupivacaína al 5%, infiltrándose tanto la piel como el tejido celular subcutáneo, y extendiéndose, si es necesario, hasta la aponeurosis.

El drenaje se realiza utilizando un kit de catéter Malecot® 12 Fr x 25 cm de la marca Dynamics®. Este kit incluye un catéter de drenaje Malecot®, una aguja de punción tipo Shiba, una guía Lunderquist de 80 cm de longitud con punta en forma de J, de núcleo fijo y acero inoxidable, y dilatadores fasciales. Además, se emplean otros materiales estériles, tales como tres pares de guantes, seis paquetes de gasas, un paquete de compresas, adhesivo médico, una sutura de seda con aguja #0, un kit para paciente, un frasco de alcohol, un frasco de lidocaína al 2%, una ampolla de bupivacaína al 5%, un frasco de yodo y tres jeringas (dos de 20 cc y una de rosca tipo Tommy).

La técnica es ejecutada por un equipo compuesto por dos médicos y una enfermera. El Médico A realiza el procedimiento de punción y drenaje, mientras que el Médico B utiliza el ecógrafo para mantener la visión ecoguiada durante la intervención. La enfermera se encarga de canalizar la vía periférica, administrar la solución fisiológica al 0.9%, y asistir al equipo facilitando los materiales necesarios.

El procedimiento de drenaje se efectúa en posición de decúbito supino, cumpliendo con las normas de asepsia y antisepsia. El Médico B localiza la ventana acústica ideal para la cateterización y posterior drenaje. Se realiza la infiltración por planos con la mezcla anestésica, y el Médico A introduce la aguja tipo Shiba bajo la visión ecográfica del Médico B. Luego, el Médico A coloca el catéter, pasando previamente la guía metálica y dilatando con los dilatadores fasciales. Tras constatar los hallazgos y asegurarse de la colocación correcta del drenaje activo tipo Blake®, el Médico A finaliza el procedimiento verificando la hemostasia y asegurando la asepsia final.

Como instrumento de recolección de datos se utilizó una ficha de registro de casos. La misma se ha llenado por cada uno de los pacientes atendidos. Recopila información básica, socioeconómica y de condiciones de salud generales del paciente. Así mismo, registra las características morfológicas y patológicas de los abscesos hepáticos, y también la evolución de los mismos después de realizado el drenaje. De igual forma se registran los síntomas en los pacientes posterior a la realización del procedimiento.

RESULTADOS

La muestra se conformó por 10 pacientes que ingresaron al servicio de cirugía del hospital “Ángel Larralde” durante el periodo junio de 2022, agosto 2024, con diagnóstico de absceso hepático con indicación de drenaje del mismo por técnica percutánea guiada por ultrasonido. El promedio de edad es de 35 años $\pm 12,8$ años, la mediana de la edad es de 35 años, la menor edad reportada es de 19 años y mayor edad 50 años. Los grupos de edad con mayor frecuencia fueron el de 18-25 años con 3 pacientes al igual que el de 36-45 años con 3 pacientes.

En cuanto a la distribución por sexo, se observa que el 70% de los pacientes son masculinos (7 casos), mientras que el 30% corresponde al sexo femenino (3 casos). Al analizar la variable edad, los grupos etarios muestran una distribución mayoritaria en adultos jóvenes de 18 a 25 años y adultos medios de 36 a 45 años, ambos con un 30% de los casos (3 personas cada uno). Los adultos en etapa temprana (26 a 35 años) y los adultos tardíos (46 a 50 años) representan cada uno el 20% de los casos (2 personas en cada grupo).

En relación con la ocupación, la mayoría de los pacientes se encuentran en el ámbito educativo o en oficios específicos. Así, el 30% son estudiantes (3 casos), el 20% son maestros de karate (2 casos), el 20% son obreros (2 casos), y el 10% corresponde a cada una de las siguientes profesiones: abogado, administrador e independiente (1 caso cada uno).

Respecto a los factores de riesgo, se identificó que el 100% de los pacientes consume alcohol y comida rápida, lo cual representa una exposición significativa en todos los casos. Además, se reporta que el 10% de los pacientes son fumadores, mientras que el 90% no presentan este hábito. Por otro lado, no se registra consumo de agua no tratada entre los pacientes, con el 100% de ellos usando agua tratada.

Este análisis revela un perfil común de factores de riesgo y características demográficas en la población estudiada, con una tendencia a presentar hábitos alimentarios y de consumo que podrían influir en su estado de salud.

Tabla 1. Caracterización epidemiológica de la muestra. Pacientes sometidos a drenaje percutáneo ecoguiado de absceso hepático. Servicio de cirugía general “Dr. Rommel Mota”, del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde”, periodo 2022-2024

Sexo	f	%		
Masculino	7	70%		
Femenino	3	30%		
Edad	f	%		
Adulto joven 18-25 años	3	30%		
Adulto temprana 26-35 años	2	20%		
Adulto medio 36-45 años	3	30%		
Adulto tardío 46-50 años	2	20%		
Profesión u oficio	f	%		
Estudiante	3	30%		
Maestro de karate	2	20%		
Obrero	2	20%		
Abogado	1	10%		
Administradora	1	10%		
Independiente	1	10%		
Factores de riesgo	Sí		No	
	f	%	f	%
Consumo de Alcohol	10	100%	0	0%
Consumo de comida rápida	10	100%	0	0%
Tabaquismo	1	10%	9	90%
Agua no tratada	0	0%	10	100%

Fuente: datos propios de la investigación (Ledezma, 2024).

En la tabla 2 se describe las características clínicas de los abscesos. El resultado muestra que el 60% de los abscesos fueron del tipo amebiano y el 40% de origen piógeno. Como patógenos secundario detectado se muestra que *Entamoeba histolytica* está presente en el 40% de los pacientes, *E.Coli* 30% y *Klebsiella* en 10%.

Tabla 2. Caracterización clínica de los casos. Pacientes sometidos a drenaje percutáneo ecoguiado de absceso hepático. Servicio de cirugía general “Dr. Rommel Mota”, del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde”, periodo 2022-2024

Tipo de absceso	f			%
Amebiano	6			60%
Piόgeno	4			40%
Patόgenos secundarios	f			%
Entamoeba histolytica	6			60%
E.Coli	3			30%
Klebsiella	1			10%
Síntomas principales	Día 1-7		Día 8-15	
	Sí	No	Sí	No
Dolor	10	0	0	10
Fiebre	10	0	0	10
Días de antibioticoterapia	f			%
15 días	10			100
Más de 15 días	0			0
Días de hospitalización	f			f
1-2 días	6			60
3-4 días	4			40
Total	10			100

Fuente: datos propios de la investigación (Ledezma, 2024).

Sobre la evolución de los síntomas en los pacientes en el periodo posterior al procedimiento. Se puede observar que todos los pacientes presentaron dolor del día 1 al día 7, pero luego del día 7 al 15 no se presentó dolor. En el caso de la fiebre igualmente se manifestó en los primeros 7 días, pero no hubo fiebre en los 7 días posteriores hasta el día 15.

En la tabla 6 se muestra la distribución de antibioticoterapia y hospitalización posterior al procedimiento. Se tiene que el 100% de los pacientes cumplió un tratamiento de antibióticos orales por 15 días. Ninguno ameritó superar los 15 días de tratamiento de antibioticoterapia. En el caso de la hospitalización el 60% solo ameritó 1 día de hospitalización, 20% 3 días, 10% 2 días, y 10% igualmente solo 4 días. Esto sugiere el éxito inmediato del procedimiento el cual no ameritó prolongación de la vigilancia de los pacientes en hospitalización.

En la tabla 4 se muestra la comparación de las dimensiones de los abscesos diagnosticados previos al procedimiento. La evaluación de las dimensiones de los abscesos hepáticos en los pacientes sometidos a drenaje percutáneo ecoguiado mostró una reducción significativa en todos los parámetros medidos (longitud, anchura, profundidad y volumen) en el periodo inmediatamente posterior al procedimiento. Esta reducción sugiere que la técnica es eficaz para disminuir el tamaño del absceso de manera rápida y efectiva, con implicaciones clínicas positivas en el manejo de esta condición.

Tabla 3. Evolución de dimensiones de absceso antes y en postoperatorio inmediato de procedimiento de drenaje percutáneo ecoguiado.

Momento	Antes Md (rango)	PO Inmediato Md (rango)	15 días Md (rango)	KW / P
Longitud	10 (8 – 14)	4 (2 – 5)	4 (2 – 5)	KW=19,96; P = 0,0000
Anchura	8 (7 - 11)	3 (1 – 4)	3 (1 – 4)	KW=20,84; P = 0,0000
Profundidad	7 (4 – 8)	3 (1,5 – 3,0)	3 (1,5 – 3,0)	KW=20,92; P = 0,0000
Volumen	327,5 (146 – 644)	14,5 (0,7 – 31)	14,5 (0,7 – 31)	KW=19,43; P = 0,0000

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Ledezma T; 2024)

En cuanto a la longitud del absceso, se observó una disminución de la mediana inicial de 10 cm, con un rango de 8 a 14 cm, a una mediana de 4 cm en el postoperatorio inmediato, con un rango de 2 a 5 cm. Esta reducción significativa en la longitud indica una respuesta rápida al drenaje percutáneo, lo que sugiere un vaciamiento efectivo de la cavidad del absceso.

La anchura del absceso también experimentó una disminución considerable. Antes del procedimiento, la mediana de la anchura era de 8 cm (rango de 7 a 11 cm), mientras que en el periodo postoperatorio inmediato se redujo a 3 cm, con un rango de 1 a 4 cm. Este cambio notable refleja la capacidad de la técnica de drenaje para reducir transversalmente el tamaño del absceso, lo que contribuye a la descompresión de la lesión y potencialmente reduce la presión en los tejidos circundantes.

La profundidad del absceso mostró una disminución similar, con una mediana inicial de 7 cm y un rango de 4 a 8 cm, reduciéndose a 3 cm (rango de 1,5 a 3,0 cm) inmediatamente después del drenaje. Esta reducción en la profundidad es significativa y sugiere una evacuación adecuada del contenido purulento, un objetivo crucial en la resolución de abscesos hepáticos.

Finalmente, el volumen del absceso presentó la mayor reducción entre los parámetros evaluados. La mediana inicial de volumen era de 327,5 cm³, con un rango que variaba de 146 a 644 cm³. Tras el drenaje, este volumen disminuyó de manera significativa a una mediana de 14,5 cm³ (rango de 0,7 a 31 cm³) en el postoperatorio inmediato, lo que confirma la efectividad del drenaje percutáneo ecoguiado en la evacuación de grandes volúmenes de material purulento.

En conjunto, estos hallazgos sugieren que el drenaje percutáneo ecoguiado es una intervención eficaz para reducir las dimensiones de los abscesos hepáticos en el periodo inmediato tras el procedimiento. Los cambios significativos observados en la longitud, anchura, profundidad y volumen del absceso indican que este método podría facilitar una mejor recuperación clínica al reducir de forma rápida y significativa el tamaño de la lesión.

La Tabla 5 presenta las características de los abscesos antes del procedimiento y 15 días después. La evolución de las dimensiones de los abscesos hepáticos evaluados a los 15 días después del drenaje percutáneo ecoguiado revela una reducción significativa en todos los parámetros analizados (longitud, anchura, profundidad y volumen). Estos resultados destacan la efectividad sostenida del drenaje en la disminución del tamaño del absceso, lo que sugiere una respuesta favorable y continuada al tratamiento.

Para la longitud del absceso, se observa una disminución notable desde una mediana inicial de 10 cm (rango de 8 a 14 cm) a una mediana de 4 cm (rango de 2 a 5 cm) a los 15 días. La prueba de Wilcoxon ($W = 0,0$) y el valor de $P = 0,0002$ indican que esta reducción es estadísticamente significativa, lo cual sugiere que el drenaje ecoguiado mantiene su efectividad a mediano plazo en la disminución de la longitud del absceso.

Tabla 4. Evolución de dimensiones de absceso antes y a los 15 días después del procedimiento de drenaje percutáneo ecoguiado.

Momento	Antes Md (rango)	15 días Md (rango)	W / P
Longitud	10 (8 – 14)	4 (2 – 5)	W=0,0 P = 0,0002
Anchura	8 (7 - 11)	3 (1 – 4)	W=0,0 P = 0,0001
Profundidad	7 (4 – 8)	3 (1,5 – 3,0)	W=0,0; P = 0,0001
Volumen	327,5 (146 – 644)	14,5 (0,7 – 31)	W=0,0; P = 0,0002

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Ledezma T; 2024)

En el caso de la anchura, la reducción también es significativa. La mediana disminuyó de 8 cm (rango de 7 a 11 cm) antes del procedimiento a 3 cm (rango de 1 a 4 cm) a los 15 días. Esta reducción, con un valor de $W = 0,0$ y $P = 0,0001$, muestra una contracción considerable en el tamaño lateral del absceso, confirmando que el efecto de la técnica se mantiene más allá del postoperatorio inmediato.

La profundidad del absceso sigue una tendencia similar, con una disminución de la mediana inicial de 7 cm (rango de 4 a 8 cm) a 3 cm (rango de 1,5 a 3,0 cm) a los 15 días. Esta reducción significativa ($W = 0,0$; $P = 0,0001$) indica que el drenaje percutáneo ecoguiado sigue siendo eficaz en la reducción de la dimensión profunda del absceso, contribuyendo así a una mejor resolución de la lesión en un periodo prolongado.

Finalmente, el volumen del absceso, inicialmente con una mediana de 327,5 cm³ (rango de 146 a 644 cm³), experimentó una reducción considerable a una mediana de 14,5 cm³ (rango de 0,7 a 31 cm³) a los 15 días. Este cambio, respaldado por $W = 0,0$ y $P = 0,0002$, muestra que el drenaje ecoguiado es altamente eficaz en la evacuación del contenido del absceso y en la reducción de su volumen a mediano plazo.

En resumen, los datos obtenidos a los 15 días posteriores al drenaje percutáneo ecoguiado confirman que esta técnica logra una reducción significativa y sostenida en las dimensiones del absceso hepático. La persistencia de estos efectos en

todos los parámetros evaluados respalda la eficacia del drenaje ecoguiado no solo en el corto plazo, sino también en un periodo de seguimiento más prolongado, lo que contribuye a una recuperación clínica continua en los pacientes tratados.

DISCUSIÓN

La muestra de estudio correspondió a un total de 10 pacientes atendidos en el periodo de 2 años entre 2022 y 2024. Las características de sexo y edad resultaron conformes a lo descrito por la teoría al respecto. En relación al sexo, se mostró una predominancia en el sexo masculino con 70% de los casos, este resultado se aproxima con otros estudios similares realizados en Venezuela y otras partes de América Latina (15). Estos hallazgos son consistentes con la epidemiología global de los abscesos hepáticos, donde se observa una mayor incidencia en hombres, lo que puede estar relacionado con factores de riesgo como el alcoholismo y ciertas comorbilidades más comunes en este grupo (13).

Respecto a la edad se obtuvo una incidencia mayor en el grupo de 46 a 41 años. Otros estudios reportan que esta patología es más frecuente en adultos de mediana edad, con un predominio en el grupo de 41-50 años (17). En un estudio en Colombia, los grupos etarios con mayor número de casos fueron el de 18-25 años y el de 36-45 años, con 3 pacientes cada uno (18).

Respecto a la profesión u oficio de los pacientes se obtuvieron resultados diversos. Resalta mayor incidencia en estudiantes y en obreros. Esto pudiera estar relacionado con condiciones de riesgo alimenticio. Algunos estudios sugieren que las profesiones con mayor exposición a factores de riesgo como el alcoholismo, enfermedades infecciosas y condiciones de salud subyacentes pueden estar asociadas con una mayor incidencia de abscesos hepáticos. Por ejemplo, trabajadores en sectores de alto riesgo, como la construcción o la agricultura, podrían estar más expuestos a infecciones que contribuyen a la formación de abscesos. De igual forma los estudiantes que viven solos o que pernoctan mucho tiempo en campus universitarios tienden a presentar hábitos alimenticios inadecuados, o en las residencias estudiantiles sus condiciones de higiene personal y alimenticio pudieran generar riesgo de infecciones que derivan en abscesos hepáticos (19).

En relación a la variable oficio del paciente, llama la atención que se presentaron 2 casos de maestros de karate pertenecientes a una misma escuela. Es conocido que los practicantes de este tipo de deporte ejecutan el entrenamiento en ambientes donde la higiene no es óptima, lo que puede aumentar el riesgo de infecciones. La exposición a superficies contaminadas o contacto físico con otros deportistas con infecciones, puede facilitar la transmisión de patógenos (20). Si bien esta puede ser una de las causas, se recomienda un seguimiento de este tipo de casos para detectar la etiología real de dicho fenómeno y determinar si existe un foco infeccioso o son casos aislados.

El consumo regular de alcohol y de comida rápida son los principales factores de riesgo encontrados en los pacientes de este estudio. La comida rápida, que suele tener un alto contenido de grasas, azúcares y carbohidratos no saludables, puede provocar enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD), en particular cuando constituye el 20% o más de la ingesta calórica diaria de una persona (21). Esto es especialmente preocupante para las personas con obesidad o diabetes, que son más susceptibles a la acumulación de grasa en el hígado, que puede progresar a abscesos hepáticos o cirrosis si no se trata.

Además, el consumo de alcohol exagera el daño hepático y aumenta la probabilidad de desarrollar infecciones hepáticas, ya que puede afectar la capacidad del hígado para funcionar correctamente y responder a las infecciones. Los estudios han demostrado que una combinación de un alto consumo de comida rápida y consumo de alcohol eleva significativamente el riesgo de enfermedades hepáticas, lo que destaca la necesidad de tener conciencia dietética y modificaciones del estilo de vida para mitigar estos riesgos (22–24).

Los abscesos identificados en el grupo de estudios se distribuyeron en 60% amebianos y 40% de origen piógeno. La incidencia de abscesos hepáticos en América Latina varía según el patógeno involucrado, siendo los más comunes los abscesos amebianos y piógenos. Los abscesos amebianos, causados principalmente por *Entamoeba histolytica*, son endémicos en la región y presentan una incidencia de aproximadamente 21 por cada 100,000 habitantes(15).

Los resultados obtenidos sobre la preeminencia de abscesos originados por este agente coincide con otros estudios como Rivero y Nuñez (13), en el cual se reportó un caso de este tipo de absceso amebiano. Estos abscesos suelen ser únicos y se localizan predominantemente en el lóbulo derecho del hígado, con una mortalidad cercana al 0% si se manejan adecuadamente.

Por otro lado, los abscesos piógenos, que pueden ser causados por bacterias como *Klebsiella pneumoniae*, tienen una mortalidad significativamente más alta, que puede alcanzar hasta el 40%, y son más comunes en pacientes con condiciones predisponentes como diabetes mellitus (4). La incidencia de casos de este tipo de abscesos se presentó en personas del sexo masculino en el grupo de edad de mayores de 35 años. Esto coincide con otros estudios como el de Agüero et al. (14), en Paraguay, el cual reportó mayor incidencia en varones de edades avanzadas.

La presencia de patógenos como *Klebsiella*, y la *E. Coli*, sugiere la tendencia a la polipatoogenicidad de los casos. Lo anterior coincide con lo descrito por Iglesias et al. (5) en Venezuela, quien reportó un caso de absceso hepático polimicrobiano gigante, demostrando la existencia de este riesgo en la población venezolana.

Los abscesos hepáticos polimicrobianos se producen generalmente como resultado de infecciones que involucran múltiples microorganismos, a menudo tras una perforación intestinal o una diseminación hematogena de patógenos. La flora bacteriana normal del intestino, que incluye tanto anaerobios como aerobios, puede contribuir a la formación de abscesos cuando hay una alteración en la barrera intestinal, lo que permite que estas bacterias accedan al hígado. Factores predisponentes como enfermedades hepáticas crónicas, diabetes mellitus y condiciones inmunosupresoras aumentan el riesgo de desarrollar estos abscesos. La identificación temprana y el tratamiento adecuado son cruciales para mejorar el pronóstico en pacientes afectados por esta condición(25).

En este punto de la discusión se procede a analizar los resultados del proceso de drenaje percutáneo ecoguiado al cual fueron sometidos los pacientes en los 10 casos reportados en este estudio.

En primer lugar, se toma en consideración el resultado de evolución inmediata de los principales síntomas en los pacientes posterior al procedimiento, a saber, dolor y fiebre. Se encontró que el dolor y la fiebre se manifestaron durante la primera semana posterior al procedimiento. Se redujo su incidencia de forma total en la segunda semana, en la cual ningún paciente reportó niveles elevados de temperatura y tampoco dolor. Estos datos fueron sugerentes de una evolución favorable.

Respecto al tratamiento con antibióticos este se llevó en todos los pacientes durante los primeros 15 días posteriores al procedimiento. En el periodo de 15 a 30 días después del drenaje, ninguno de los pacientes ameritó una extensión de antibioticoterapia o de aplicación de un tratamiento nuevo con antibióticos.

Previo al procedimiento, el promedio de volumen de los abscesos fue de 372,6 Cm^3 , inmediatamente después del procedimiento la media bajó a 16,6 Cm^3 . Estudios demuestran que la efectividad del drenaje hepático se considera exitosa si supera el 90% de reducción al momento de terminar el procedimiento (9). Por lo cual, se cumple en todos los casos la estimación esperada para este procedimiento destacando su elevado porcentaje de efectividad.

Para el día 15 después del procedimiento el 100% de los pacientes mostró 99% de hepatización. Esto indica que el drenaje percutáneo guiado por imágenes ecográficas es exitoso en la reducción de los tipos de abscesos hepáticos tratados. Estos resultados son coincidentes con los ofrecidos por un metaanálisis reciente publicado por Lin et al. (26) el cual concluye que el drenaje percutáneo ecoguiado con catéter en pacientes con absceso hepático aumenta la tasa de éxito del tratamiento en 136 por 1000 pacientes, mejora los resultados clínicos en 3 días y reduce la necesidad de antibióticos intravenosos en 4 día.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A continuación, se presentan las conclusiones del estudio. Las mismas se han dispuesto en correlación con el orden de los objetivos planteados al inicio del protocolo de estudio.

En el periodo de 2 años entre 2022 y 2024 se atendió un total de 10 casos de pacientes con absceso hepático en servicio de cirugía general del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde” período 2022-2024. Los casos se dividieron en 60% de origen amebiano con le *Entamoeba hystolitica* como patógeno principal, el resto del 40% consistió en absceso de origen piógeno, con patógenos tales como *E.Coli* (30%) y *Klebsiella* (10%). La prevalencia por sexo fue de 70% en masculinos de los cuales 4 casos fueron piógenos y 3 amebianos, el 30% de paciente femeninas presentaron abscesos amebianos. Respecto a la edad hubo una incidencia mayor en hombres mayores de 35 años con 50% de los casos y en mujeres, los casos se reportaron en personas jóvenes menores de 25 años con 30%, el 20% restante correspondió a hombres en el rango de 18 a 25 años.

Respecto a los patógenos principales, se reporta una prevalencia mayor de casos de abscesos amebianos. Este resultado coincide con las estadísticas de la región latinoamericana en la cual suele presentarse mayormente este tipo de casos producto de condiciones deficientes de salubridad e higiene principalmente en la ingesta alimentaria.

El procedimiento quirúrgico denominado drenaje percutáneo ecoguiado presenta una alta tasa de éxito en el manejo de abscesos hepáticos de cualquier origen. Se estima que reduce el tiempo de hospitalización y de la aplicación de tratamientos de antibioticoterapia prolongados. La tasa de éxito es de 99% de hepatización en todos los pacientes.

Como conclusión general se tiene que el drenaje percutáneo ecoguiado es la principal alternativa terapéutica para el manejo de abscesos hepáticos de mediano tamaño. Debe recomendarse su uso como estándar para la atención de este tipo de pacientes.

Recomendaciones

A continuación, se presentan recomendaciones y líneas futuras de investigación que surgen de los resultados del presente estudio.

Difundir los resultados del presente estudio en el cuerpo médico de servicio de cirugía general del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde” período 2022-2024, así como en otras dependencias con el fin de valorar el drenaje percutáneo ecoguiado como estándar de manejo de abscesos hepáticos.

Recomendar a los promotores de salud incluir información sobre el absceso hepático como posible complicación de infecciones por *Entamoeba Hystolitica*, y otros patógenos con el fin de generar conciencia acerca de la higiene alimentaria.

A los servicios de epidemiología se recomienda realizar vigilancia en centros deportivos de artes marciales, con el fin de investigar un posible foco infeccioso. Esto a las luces de hallazgo de investigación en el cual dos pacientes, maestros de karate, provenientes del mismo centro deportivo, desarrollaron absceso hepático.

Se recomienda valorar el uso de ecógrafos convencionales o equipos inalámbricos en los procesos de drenaje percutáneo de abscesos hepático toda vez que han demostrado eficacia en la ejecución de dicho tratamiento.

Se recomienda a las autoridades del hospital disponer recursos para optimizar la aplicación de esta técnica como estándar de manejo del absceso hepático, así como entrenar a médicos del servicio de cirugía en el manejo de esta técnica mínimamente invasiva.

A la comunidad médica científica del país, se aconseja desarrollar investigaciones sobre el absceso hepático y su tratamiento, en otras poblaciones con el fin de tener un conocimiento más amplio del comportamiento de esta patología en el medio venezolano

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Akhondi H, Sabih DE. Liver Abscess. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 7 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538230/>
2. Haro Goyes DS. Absceso hepático [Internet] [bachelorThesis]. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2019 [citado 7 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://dspace.espoch.edu.ec/handle/123456789/11986>
3. Pinilla A. Absceso hepático. Trib méd (Bogotá). 1998;151-60.
4. Abusedera MA, El-Badry AM. Percutaneous treatment of large pyogenic liver abscess. The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine. 1 de marzo de 2014;45(1):109-15.
5. Iglesias R, Rosales K, Jesús LD, Oliveira DD, Dávila E, Lafuente A, et al. Absceso hepático polimicrobiano gigante. Reporte de caso. Revista GEN. 2018;72(2):49-51.
6. Arriciaga ACR, Pereira KSM, Fernández JCT. Diagnóstico diferencial del absceso hepático amebiano. RECIAMUC. 1 de octubre de 2019;3(4):76-92.
7. Cerón D, Báze D, Álvarez L, Zambrano D. Utilidad de ecografía en drenaje percutáneo | RECIAMUC [Internet]. 2020 [citado 7 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/514>
8. Fantuzzi S A, Albertz A N, Valenzuela V A, Estuardo A N, Castro L A. Absceso hepático: Serie de 107 casos y revisión de la literatura. Revista chilena de infectología. febrero de 2009;26(1):49-53.
9. Ramírez J, Arroyave Y, Quilindo C, Romero T, Priarone C. Manejo del drenaje percutáneo guiado por imágenes en un hospital de tercer nivel. Revista Colombiana de Cirugía. 14 de mayo de 2019;34(2):163-70.

10. Harclerode TP, Gnugnoli DM. Percutaneous Abscess Drainage. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 16 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564356/>
11. Casanova D. Cirugia hepatica- tomo 7. Arán Ediciones; 2004. 364 p.
12. Galvis Monroy IA, Sánchez Suárez MA. Evolución de los pacientes llevados a drenaje percutáneo guiado por ecografía o tomografía de abscesos intrabdominales, durante el año 2016 en dos instituciones de tercer nivel de la ciudad de Pereira. 2018 [citado 7 de octubre de 2023]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/11059/9129>
13. Rivero-León A, Núñez-Calatayud M. Absceso hepático amebiano modificado: reporte de un caso. Revista colombiana de Gastroenterología. 2022;37(2):242-8.
14. Agüero C, Aucejo M, Agüero C, Aucejo M. Resultados del drenaje percutáneo como tratamiento del absceso hepático piógeno en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional De Itaugua. Cirugía paraguaya. diciembre de 2018;42(3):29-31.
15. Ollarves M, Gori M, Echeverría G, Folkmanas W, Linares B, Rodríguez J, et al. Prevalencia de abscesos hepáticos en el Hospital General del Oeste: Período 2008-2010. Gen. diciembre de 2011;65(4):353-8.
16. Araujo Cuauro JC, García Á, González K, Stuyvesant L. Absceso hepático amebiano y amibiasis cutánea como presentación rara de un caso: Sus aspectos clínicos, de diagnóstico y terapéutico. Vitae: Academia Biomédica Digital. 2021;(85):5.
17. Berdejo JC, Troche M, Arredondo J. Tratamiento del absceso hepatico. Experiencia en el Hospital Nacional De Itaugua: treatment of hepatic abscess.

- The experience at the national hospital of itaugua. *Cirugía paraguaya*. diciembre de 2014;38(2):22-5.
18. Martínez V, Parra-Lara LG, Tejada JF, Díaz JP, Mosquera JC, Urbano MA, et al. Absceso hepático en Cali, Colombia. *Revista chilena de infectología*. abril de 2024;41(2):291-7.
 19. Guajardo EGC, Sifuentes GAO, Aguilar JFQ, Escobedo JJM, García MAM, Maldonado CH. Salud bucal, estado nutricional y hábito alimenticio de la población estudiantil de la UAO/UAZ. *Investigación Científica*. 2020;14(2):162-6.
 20. King OS. Infectious Disease and Boxing. *Clin Sports Med*. octubre de 2009;28(4):545-60.
 21. Khatatbeh M, Momani W, Altaani Z, Al Saad R, Al Bourah AR. Fast Food Consumption, Liver Functions, and Change in Body Weight Among University Students: A Cross-Sectional Study. *Int J Prev Med*. 21 de septiembre de 2021;12:109.
 22. Sharma S, Ahuja V. Liver Abscess: Complications and Treatment. *Clinical Liver Disease*. 2021;18(3):122.
 23. Abbas MT, Khan FY, Muhsin SA, Al-Dehwe B, Abukamar M, Elzouki AN. Epidemiology, Clinical Features and Outcome of Liver Abscess: A single Reference Center Experience in Qatar. *Oman Med J*. julio de 2014;29(4):260-3.
 24. Añorve JV, Pérez PIZ, Martínez RIS, Caicedo EHG, Urueña DL. Absceso hepático amebiano, reporte de un caso. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 11 de octubre de 2022;6(4):5238-48.
 25. Carrillo Ñañez L, Cuadra-Urteaga JL, Pintado Caballero S, Canelo-Aybar C, Gil Fuentes M. Absceso hepático: características clínicas, imagenológicas y manejo en el Hospital Loayza en 5 años. *Revista de Gastroenterología del Perú*. enero de 2010;30(1):46-51.

26. Lin JW, Chen CT, Hsieh MS, Lee IH, Yen DHT, Cheng HM, et al. Percutaneous catheter drainage versus percutaneous needle aspiration for liver abscess: a systematic review, meta-analysis and trial sequential analysis. *BMJ Open*. 1 de julio de 2023;13(7):e072736.

ANEXOS

ANEXO A: CONSENTIMIENTO INFORMADO



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUDDIRECCIÓN DE
POSTGRADO PROGRAMA DE ESPECIALIZACION
EN CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL GENERAL NACIONAL DR. ÁNGEL
LARRALDE**



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, portador de la C.I: _____ declaro haber sido informado y haber aceptado ser incluido (a) en el trabajo de investigación que realiza el médico Tenneesse Ledezma, que al ser sometido a anestesia local e infiltrativa posteriormente se me realizará drenaje percutáneo ecoguiado del absceso hepático, esto conlleva a posibles complicaciones que se me han descrito a detalle previamente al procedimiento. Estoy consciente que como todo procedimiento puede ocasionar dolor post procedimiento, infecciones del sitio quirúrgico o falla en el drenaje total del absceso, se me explico que se me dejara un drenaje el cual será cuantificado por mi persona una vez se dé el alta, y que posteriormente se me retirara a los 3 a 7 días.

En este estudio al que seré sometido, yo, acepto y estoy consciente de manera abierta que los resultados, servirán para contribuir al mejor manejo de los pacientes a futuro, sometidos a drenaje percutáneo de absceso hepático. Además, los datos que me identifican no podrán ser divulgados por los investigadores, al menos que la ley lo exija y, estoy, consciente que puedo interrumpir mi participación en cualquier momento sin que esta decisión me perjudique.

Expreso que he leído el protocolo de investigación que se me ha suministrado y he recibido respuestas a todas mis preguntas y dudas, por parte del equipo médico.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Testigo: _____ Testigo: _____

Firma de aceptación: _____

ANEXO B: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA: ____ / ____ / ____

N° PACIENTE: _____

MEDICO TRATANTE: _____

DATOS GENERALES DEL CASO

- a. NÚMERO DE CASO: _____
- b. EDAD: _____
- c. Sexo: Masculino _____ Femenino _____

PARTE 1. DATOS CLÍNICO Y SOCIO AMBIENTALES

1.1 Fecha de Nacimiento: _____

1.2 Profesión u oficio: _____

1.3 Antecedentes patológicos:

1.4 Hábitos.

Consumo de alcohol _____ Consumo de tabaco _____ Consumo de comida rápida _____ Consumo de aguas no tratadas _____ Otros _____

PARTE 2. Categorización microbiológica del absceso hepático, evolución clínica de los pacientes según dolor, fiebre, necesidad de reintervención, tiempo de uso de antibioticoterapia, días de hospitalización

Ítem	SIGNO	VALOR
2.1	Cultivo microbiológico de la muestra	Patogenia principal: _____ Patógenos secundarios: _____
2.2	Evolución clínica del paciente respecto al dolor	1-7 días: _____ 7-15 días: _____
2.3	Evolución clínica del paciente respecto a la fiebre	-7 días: _____ 7-15 días: _____
2.4	Necesidad de reintervención	Sí _____ No _____
2.5	Días de antibioticoterapia	
2.6	Días de hospitalización	

PARTE 3. Evolución de las características ecográficas del absceso durante el procedimiento.

Ítem	MOMENTO	VALOR
3.1	Previo al drenaje	Longitud: _____ Anchura: _____ Profundidad: _____ Volumen: _____
3.2	Inmediatamente posterior al drenaje	Longitud: _____ Anchura: _____ Profundidad : _____ Volumen: _____
3.3	15 días después del procedimiento	Longitud: _____ Anchura: _____ Profundidad : _____ Volumen: _____
3.4	Porcentaje de hepatización absceso	% de hepatización