

## INFORMACIÓN AL PACIENTE

Sección coordinada por:

V.F. Moreira, E. Garrido

Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal

### Abscesos hepáticos

#### ¿QUÉ ES EL ABSCESO HEPÁTICO?

El absceso hepático es un proceso focal supurativo, poco habitual, de mortalidad moderada (2-12 %). Los agentes patógenos responsables pertenecen principalmente a dos grupos, bacterias y parásitos (*Entamoeba histolytica*), y dan lugar a dos tipos de abscesos hepáticos: piógenos y amebianos, respectivamente.

#### ¿CUÁL ES SU FRECUENCIA?

La incidencia del absceso hepático piógeno (AHP) es de 2,3 casos por 10<sup>5</sup> 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<sup>5</sup> 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.

#### ¿CÓMO SE PRODUCEN?

El mecanismo patogénico de los AHP es múltiple. Estos pueden estar causados por una colangitis ascendente debida a enfermedades biliares (abscesos colangíticos), procesos infecciosos abdominales asociados o no a una trombosis de la vena porta (abscesos pyleféticos), bacteriemias secundarias a infecciones a distancia con diseminación hepática a través de la arteria hepática (abscesos hematógenos), traumatismos no penetrantes y heridas con infección de hematomas, contacto o extensión directa a partir de una infección próxima pero distinta de las vías biliares, ingesta accidental de cuerpos extraños con perforación gastrointestinal, y por procedimientos terapéuticos sobre lesiones hepáticas malignas. En ocasiones, no existe una causa clara (abscesos criptogénicos). Los colangíticos y los criptogénicos son los más comunes.

El AHA se debe a la colonización del hígado por cepas patógenas de *E. histolytica* a través de la circulación portal.

#### ¿QUÉ MANIFESTACIONES CLÍNICAS TIENEN?

Las manifestaciones clínicas dependen de su mecanismo patogénico. La sintomatología clásica de los AHP consiste en fiebre con escalofríos y dolor en hipocondrio derecho con o sin hepatomegalia, de aparición subaguda, presente en el 40 % de los pacientes. El dolor abdominal alto se observa solo en la mitad de los enfermos. La ictericia se asocia a la existencia de patología biliar concomitante.

El AHA se caracteriza por dolor abdominal (70-100 % de los casos), fiebre (70-100 %) y diarrea con o sin sangre (30-50 %). A veces, el absceso amebiano cursa sólo con fiebre.

#### ¿CUÁL ES EL GERMEN RESPONSABLE?

La identificación del germen por el cultivo del contenido del absceso, gracias al empleo de nuevas tecnologías, se hace en más del 90 % de los casos y por hemocultivo, en el 50 %. Más de la mitad de los AHP son polimicrobianos. Los gérmenes responsables se relacionan con el foco infeccioso inicial. Las enterobacterias, los estreptococos microaerófilos y los anaerobios intestinales son los causantes de más del 90 % de los AHP.

#### ¿CÓMO SE DIAGNOSTICAN?

En los pacientes con AHP, los datos de laboratorio (leucocitosis, fosfatasa alcalina y bilirrubina elevadas) son anodinos y propios de una infección bacteriana sistémica. Los enfermos con AHA requieren pruebas serológicas (anticuerpos frente a *E. histolytica*) y otras, basadas en la reacción en cadena de la polimerasa, que detectan el ADN amebiano.

El diagnóstico de los abscesos hepáticos se establece mediante pruebas de imagen (ECO, TAC, RM) que permiten visualizar la morfología y topografía de las lesiones, realizar punción-aspiración para el estudio microbiológico y, también, drenaje percutáneo como alternativa a la cirugía.

#### ¿CÓMO SE TRATAN?

El tratamiento de elección de los AHP (cobertura antibiótica de instauración temprana asociada a drenaje percutáneo) proporciona la curación de la mayoría de los pacientes, con una tasa de complicaciones del 4 al 11 %. La terapia antibiótica se hará de acuerdo con el foco infeccioso inicial (conocido o supuesto) y los gérmenes habituales responsables. La colocación de un catéter para drenar el absceso se hace por vía percutánea, guiada por radiología. El drenaje quirúrgico (cirugía abierta) se lleva a cabo si fracasa el percutáneo, existen contraindicaciones (trastornos de coagulación, ascitis, abscesos múltiples de tamaño pequeño y riesgo de dañar una estructura vital), enfermedades asociadas subsidiarias de cirugía o en los abscesos que muestran ruptura o hemorragia. El abordaje por vía laparoscópica es una alternativa a la cirugía convencional.

El tratamiento de los AHA consiste en la administración de amebicidas lo antes posible. El drenaje percutáneo guiado se practica únicamente en los de gran tamaño (> 8 cm), en los localizados en el lóbulo izquierdo y cuando no hay respuesta al tratamiento médico o existe fallo hepático concomitante. El drenaje quirúrgico se realiza si fracasa el percutáneo o surgen complicaciones.

Ángel Cosme<sup>1</sup> y Carol Julyssa Cobián<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CIBEREHD (Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas). Instituto Biodonostia. San Sebastián, Guipuzkoa. <sup>2</sup>Servicio de Digestivo. Hospital Donostia. Guipuzkoa

