



196 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ANALÍTICAS Y PRONÓSTICAS DE LOS ABSCEOS HEPÁTICOS PIÓGENOS SEGÚN SU TAMAÑO

Javier Guzmán Martínez, María Teresa Maciá Candela, Pedro Esteve Atiénzar, Isidro Hernández Isasi, Leticia Espinosa del Barrio, Laura Serna Torres, Josep Vicente Mas y José Miguel Seguí Ripoll

Hospital Sant Joan d'Alacant, Alicante, España.

Resumen

Objetivos: Describir características referentes a la presentación clínica, los hallazgos analíticos, y los resultados del tratamiento aplicado a pacientes ingresados por absceso hepático piógeno; así como la posible asociación de estos hallazgos con el tamaño del propio absceso.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Criterios de inclusión: pacientes > 18 años en nuestro centro (hospital de segundo nivel) por absceso hepático desde el 01/01/2019 al 31/12/2022. Los datos se recogieron de historias clínicas electrónicas de los pacientes. El punto de corte utilizado para dividir nuestra muestra según el tamaño del absceso fue 3 cm, por ser el valor a partir del cual se recomienda drenaje percutáneo en las guías clínicas. Para definir la presencia de sepsis se utilizó la escala SOFA. Se emplearon técnicas estadísticas habituales.

Resultados: Se incluyeron 39 pacientes, 61,5% (n = 24) varones, con una edad media de 72,2 (DE ± 14,1) años. El 59% (n = 23) de los pacientes presentaban abscesos hepáticos \geq 3 cm. En la tabla 1 se recogen el resto de características de la muestra. Todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico durante el ingreso. Se realizó drenaje percutáneo en un 86,9% (n = 20) de pacientes con abscesos \geq 3 cm respecto a un 12,5% (n = 2) con abscesos más pequeños, siendo las diferencias observadas entre ambos grupos estadísticamente significativas (p 10 mg/dL (95,7 vs. 68,8%; p 0,022) fue significativamente mayor en este grupo. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre abscesos > 3 cm con un porcentaje más alto de ingreso en UCI (p 0,046), y con un menor porcentaje de recidivas a los 3 meses (p 0,031). No obstante, las diferencias estadísticamente significativas observadas en el análisis univariado no se confirmaron posteriormente en el análisis multivariado. El resto de los resultados se encuentran en la tabla 2.

Tabla 1. Características de la muestra

Variable

N (%)

Sociodemográficas

		Media \pm DE
Edad (años)		72,2 \pm 14,1
Sexo	Varón	24 (61,5)
	Mujer	15 (38,5)
Antecedentes personales		
HTA		21 (53,8)
DM		16 (41,0)
Obesidad		1 (2,6)
EPOC		4 (10,3)
ERC		5 (12,8)
Inmunosupresión		1 (2,6)
Institucionalizado		1 (2,6)
Neoplasia		6 (15,4)
Neoplasia hepática		0 (0)
Neoplasia biliar		2 (5,1)
Hepatopatía crónica		0 (0)
Colelitiasis		7 (17,9)
Coledocolitiasis		4 (10,3)

Diverticulosis	1 (2,6)
Cirugía abd. previa	18 (46,2)
Manipulación vía biliar	3 (7,7)
Prótesis biliar	2 (5,1)
Trasplante hepático	0 (0)
Método diagnóstico	
Ecografía	14 (35,9)
TC	29 (74,4)
RM	15 (38,5)
Tamaño del absceso	
3cm	16 (41,0)
3-6 cm	9 (23,1)
> 6 cm	14 (35,9)
Abordaje quirúrgico/percutáneo	
Tratamiento antibiótico	39 (100)
	Media ± DE
Duración antibiótico	23,9 ± 11,6
Drenaje	Total
	22 (56,4)

Catéter	16 (41,0)
Aspiraciones	6 (15,4)
Cirugía	0 (0)
Evolución	
	Mediana ± RIC
Duración ingreso (días)	15 ± 15
Bacteriemia secundaria	10 (25,6)
Sepsis	14 (35,9)
Shock séptico	2 (5,1)
Ingreso UCI	5 (12,8)
Exitus	5 (12,8)
Reingreso 30 días	2 (5,1)
Recidiva 3 meses	3 (7,7)

Tabla 2. Análisis univariado

Variable	Abs. ≥ 3 cm	Abs. < 3 cm	p
	N (%)	N (%)	

Sociodemográfico

Sexo	Varón	15 (65,2)	9 (56,2)	0,571
	Mujer	8 (34,8)	7 (43,8)	
Edad (años)		Media ± DE	Media ± DE	0,001
		66,2 ± 13,6	80,8 ± 9,8	
Antecedentes personales				
Neoplasia biliar		1 (4,3)	1 (6,3)	0,791
Colelitiasis		6 (26,1)	1 (6,3)	0,112
Coledocolitiasis		2 (8,7)	2 (12,5)	0,700
Diverticulosis		1 (4,3)	0 (0)	0,398
Cirugía abd. previa		8 (50,0)	10 (43,5)	0,688
Manipulación vía biliar		2 (8,7)	1 (6,3)	0,778
Prótesis biliar		1 (4,3)	1 (6,3)	0,791
Presentación clínica				
Fiebre		10 (43,5)	4 (25,0)	0,237
Dolor abdominal		11 (47,8)	12 (75,0)	0,090
Ictericia		1 (4,3)	6 (37,5)	0,008
Parámetros analíticos ^b				
PCR > 10 mg/dL		22 (95,7)	11 (68,8)	0,022

PCT > 2,5 mg/dL	12 (75,0)	4 (44,4)	0,127
Bilirr. Total > 5 mg/dL	1 (4,8)	6 (37,5)	0,012
Albúmina 3,5 g/dL	18 (85,7)	14 (87,5)	0,875
ALT > 40 U/L	8 (40,0)	13 (81,5)	0,013
AST > 33 U/L	7 (53,8)	10 (83,3)	0,114
GGT > 28 U/L	11 (91,7)	11 (91,7)	0,999
FA > 147 U/L	7 (58,3)	7 (70,0)	0,571
Características del absceso			
Abscesos múltiples	8 (34,8)	10 (62,5)	0,088
Abscesos polimicrobianos	7 (30,4)	1 (6,3)	0,066
Tratamiento			
	Media ± DE	Media ± DE	
Duración antibiótico			0,351
	25,3 ± 12,3	21,8 ± 10,4	
Drenaje	20 (87,0)	2 (12,5)	0,001
Evolución			
	Media ± DE	Media ± DE	
Duración ingreso (días)			0,123
	13,8 ± 7,8	19,4 ± 11,9	
Bacteriemia secundaria	7 (35,0)	3 (20,0)	0,331

Sepsis	11 (47,8)	3 (18,8)	0,063
Shock séptico	2 (8,7)	0 (0)	0,226
Ingreso UCI	5 (21,7)	0 (0)	0,046
Exitus	4 (17,4)	1 (6,3)	0,306
Reingreso 30 días	2 (8,7)	0 (0)	0,226
Recidiva 3 meses	0 (0)	3 (18,8)	0,031

^a Ninguna de las asociaciones que se observaron en el análisis univariado se confirmaron posteriormente en el análisis multivariado. Se introdujeron en el análisis multivariado aquellas variables estadísticamente significativas en el análisis univariado y/o aquellas que puedan ser confusoras por plausibilidad biológica. ^b Las N totales para el cálculo de los porcentajes en el apartado de parámetros analíticos fueron: PCR 39; PCT 25; Bilirrubina total 37; Albúmina 37; ALT 36; AST 25; GGT 24; FA 22.

Conclusiones: Observamos una probabilidad significativamente menor de presentar abscesos de ≥ 3 cm conforme aumenta la edad; así como que estos abscesos más grandes presentaran ictericia y valores alterados de parámetros de función hepática al ingreso como bilirrubina y ALT. Por otro lado, se observa cómo era significativamente más probable que ingresaran con valores de PCR más elevados. Además, se observó también una mayor frecuencia de ingreso en UCI en aquellos abscesos de mayor tamaño y menor de recidiva a los 3 meses. Ninguna de estas asociaciones se confirmó posteriormente en el análisis multivariado, por lo que puede que sea necesario aumentar el tamaño muestral para conseguir confirmar que se cumplen.