



1597 - EPIDEMIOLOGÍA, CARACTERÍSTICAS MACROSCÓPICAS Y PRONÓSTICO DE ABSCESOS HEPÁTICOS EN UN HOSPITAL ESPAÑOL: 12 AÑOS DE INVESTIGACIÓN

Lidia Hervés González¹, Cristina Sánchez del Hoyo², Daniel Robles de la Osa¹, Claudia Pérez Urra¹, María Rincón Villar¹, Antonio San José Gallegos¹, Luis Cabezero Molleda¹ y José Ignacio Cuende Melero¹

¹Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Palencia, España. ²Hospital de Medina del Campo, Medina del Campo, España.

Resumen

Objetivos: El objetivo del estudio es analizar la epidemiología y las propiedades macroscópicas de una serie de abscesos hepáticos y valorar su influencia en el pronóstico, ya que los abscesos hepáticos representan la mayoría de abscesos viscerales, siendo los más comunes los bacterianos o piógenos, con una incidencia anual de 2,3 casos por 100.000 habitantes.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes ingresados con diagnóstico de absceso hepático en un hospital de segundo nivel entre los años 2011 y 2022. Las variables cuantitativas se compararon con el test de Mann-Whitney, de Kruskal-Wallis o la correlación de Spearman; las cualitativas, con el test de chi-cuadrado o de Fisher. El nivel de significación se fijó en $\alpha = 0,05$. El análisis se realizó con SPSS Statistics.

Resultados: Las características epidemiológicas de los 132 pacientes ingresados por absceso hepático se recogen en la tabla. La prueba diagnóstica más frecuente fue el TC (61,4%) seguido de la ecografía (35,6%). El número medio de abscesos fue de $2,4 \pm 2,1$, el diámetro mayor de $6,3 \pm 4$ cm y la localización mayoritaria el lóbulo hepático derecho (57,3%). En el 48,9% y el 10,7% de los casos se realizó drenaje y cirugía del absceso respectivamente. Los pacientes con enfermedad biliar previa presentaron más abscesos (2,8) que aquellos sin ella (2,1) ($p = 0,01$), siendo la patología biliar intervenida la que presentó mayor número (4,2) seguido de la colecistitis y/o colangitis (3). Los pacientes con antecedente de cáncer colorrectal presentaron menos abscesos (1,7) que los que no lo tuvieron (2,5) ($p = 0,04$). Los abscesos fueron más grandes en varones (6,8 cm) que en mujeres (5,5 cm) ($p = 0,045$); y en pacientes con enfermedad hepática previa (7,4 cm) que sin ella (5,9 cm) ($p = 0,03$). Se ha comprobado una correlación negativa entre el tamaño y el número de abscesos ($r = -0,3$; $p = 0,01$) y positiva entre el tamaño y la duración del ingreso ($r = 0,2$; $p = 0,03$). Los abscesos que fueron drenados e intervenidos quirúrgicamente eran de mayor tamaño (7,8 y 9,3 cm respectivamente) que aquellos que no lo fueron (4,7 y 5,9 cm respectivamente) ($p = 0,001$ y $p = 0,001$). Se ha observado una correlación positiva entre el día de drenaje del absceso y la duración del ingreso ($r = 0,4$; $p = 0,01$).

Variable

Mejoría ($n = 112$)

Exitus ($n = 20$)

p

<i>Edad en años (media \pm DE)</i>	70,15 (16,1)	75,5 (12,24)	0,111
<i>Sexo, n (%)</i>			
Hombres	72 (64,3)	11 (55)	0,429
Mujeres	40 (35,7)	9 (45)	0,429
<i>Estancia en días (media \pm DE)</i>	20,35 (13,52)	16,55 (14,79)	0,455
<i>Número de abscesos, n (%)</i>			
Absceso único	69 (61,6)	8 (40)	0,071
Dos o más	43 (38,4)	12 (60)	
<i>Tamaño del absceso, n (%)</i>			
5 cm	40 (35,7)	9 (45)	0,649
5-10 cm	41 (36,6)	8 (40)	0,649
> 10 cm	21 (18,75)	2 (10)	0,649
<i>Precisó drenaje, n (%)</i>	52 (46,4)	12 (60)	0,0495
<i>Día de drenaje desde el ingreso (media \pm DE)</i>	6,68 (6,46)	4 (20)	0,321
<i>Antecedentes personales</i>			
DM n (%)	35 (31,3)	11 (55)	0,04
Trasplante hepático	0 (0)	0	-
Absceso hepático previo	20 (17,9)	2 (10)	0,525

Enfermedad pancreática	27 (24,1)	4 (20)	0,272
Enfermedad hepática	23 (20,5)	4 (20)	0,343
Enfermedad biliar	48 (42,9)	11 (55)	0,285
IBP habitual	56 (50)	11 (55)	0,680
CPRE previa	31 (27,7)	9 (45)	0,121
Cirugía abdominal previa total	59 (52,7)	14 (70)	
Páncreas y vía biliar	22 (19,6)	4 (20)	
Colorrectal	21 (18,8)	1 (5)	
Estómago/intestino delgado	5 (4,5)	1 (5)	0,045
Pared abdominal	1 (0,9)	3 (15)	
Hígado	5 (4,5)	0 (0)	
Otras, no digestivas	5 (4,5)	2 (10)	
Enfermedad inflamatoria intestinal	4 (3,6)	0 (0)	1
Cáncer colorrectal previo	17 (15,1)	3 (15)	1
<i>Serie blanca (media \pm DE)</i>			
Leucocitos, células/mm ³	14.043 (6.768)	17.273 (8.384)	0,206
Neutrófilos, células/mm ³	11.753 (6.640)	13.584 (7.485)	0,414
Linfocitos, células/mm ³	1.231 (1.435)	836 (563)	0,191

Plaquetas, células/mm ³	257.120 (135.747)	265.052 (145.895)	0,730
------------------------------------	-------------------	-------------------	-------

Índices hematológicos de gravedad (media ± DE)

Índice neutrófilo/linfocito	17,62 (16,52)	46,6 (82,74)	0,001
-----------------------------	---------------	--------------	-------

Índice plaqueta/linfocito	386,55 (577,89)	627,73 (898,65)	0,017
---------------------------	-----------------	-----------------	-------

Índice inmunidad-inflamación sistémica	4.364.516 (5.149.674)	10.270.094 (20.414.068)	0,001
--	--------------------------	-------------------------	-------

Cultivo del absceso, n (%)

Negativo	16 (14,3)	0 (0)
----------	-----------	-------

Gram positivos	14 (12,5)	0 (0)
----------------	-----------	-------

<i>E. coli</i>	10 (8,9)	2 (10)
----------------	----------	--------

<i>Klebsiella spp.</i>	1 (0,9)	1 (5)	0,007
------------------------	---------	-------	-------

Anaerobios	1 (0,9)	0 (0)
------------	---------	-------

Polimicrobiano	12 (10,7)	7 (35)
----------------	-----------	--------

Otros	5 (4,5)	0 (0)
-------	---------	-------

Hemocultivo n (%)

Negativo	50 (44,6)	3 (15)
----------	-----------	--------

Gram positivos	15 (13,4)	3 (15)
----------------	-----------	--------

<i>E. coli</i>	5 (4,47)	4 (20)
----------------	----------	--------

<i>Klebsiella spp.</i>	4 (3,6)	1 (5)
------------------------	---------	-------

0,0495

Anaerobios	4 (3,6)	0
Polimicrobiano	6 (5,4)	1 (5)
Otros	3 (2,7)	0

Conclusiones: La patología biliar predispone a un mayor número de abscesos hepáticos, al igual que el sexo masculino y la patología hepática a un mayor tamaño de los mismos. El tamaño se relaciona con un curso más tórpido de la enfermedad dado que abscesos más grandes suponen ingresos más largos y más necesidad de intervencionismo. Un drenaje precoz puede mejorar el pronóstico disminuyendo la duración del ingreso.