



## 633 - REVISIÓN Y ANÁLISIS DE LOS ABSCESOS HEPÁTICOS DE LOS ÚLTIMOS AÑOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

*Isabel Quijano Contreras, Iván Navas Clemente, Daniel Hernández Aceituno, Diego Pereira Boo, Luis Alberto Nieto Fernández del Campo, Paula Bermejo Acevedo, José Ángel Novalbos Partida y Raquel Barba Martín*

*Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles (Madrid).*

### Resumen

**Objetivos:** Revisar los abscesos hepáticos diagnosticados en nuestro centro entre el 1 de enero del 2020 y el 28 de febrero del 2022, describir las características basales de nuestros pacientes, el método diagnóstico, datos de laboratorio, microorganismos implicados y consideraciones de tratamiento.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo en el que hemos analizado la historia clínica de los pacientes diagnosticados de absceso hepático entre el 01/01/2020 y el 28/02/2022. Se recogen variables antropométricas, clínicas, analíticas y de imagen. Las variables categóricas se describen según su distribución de frecuencias. Las variables continuas se describen con su media y desviación estándar.

**Resultados:** Disponemos de 25 pacientes, el 80% varones. La edad media es 69,24 años (DE 13,62). El diagnóstico se realizó mediante TC (72%), ecografía (20%) o PET-TAC (8%). El tamaño medio del absceso al diagnóstico fue de 5,76 cm (DE 3,76). El 80% de los pacientes presentaba fiebre al diagnóstico. De ellos, un 32% presentaba concomitantemente dolor abdominal, un 4% clínica miccional (asumida como resultado de una bacteriemia de origen prostático) y un 4% síntomas constitucionales. En un 16%, solo se describía al diagnóstico dolor abdominal y un 4% se presentó como hallazgo casual ante la presencia de leucocitosis y elevación de otros parámetros inflamatorios. Analíticamente presentan de media  $13,93 \times 10^3$  leucocitos/ $\mu\text{l}$  (DE 7,75) y una PCR de 22,81 mg/dl (DE 11,08). En el 72% de pacientes se identificó un foco intraabdominal como posible origen del absceso hepático, siendo la vía biliopancreática la más frecuente. En el 20% se describe patología predisponente: 16% con tumor subyacente (colangiocarcinoma, adenocarcinoma de páncreas o hepatocarcinoma) y un 4% con colecistitis crónica. Un 16% presentó como factor predisponente manipulación de la vía biliar el mes previo. Dentro del 28% restante, se asumió la bacteriemia como causa y hasta en un 20% se etiquetó como de origen desconocido. En la mayoría de las ocasiones no se logró obtener un aislamiento microbiológico (32% de los pacientes) y hasta en un 28% se obtuvieron dos o más microorganismos. Entre ellos, los más frecuentes correspondieron a *Klebsiella* spp (16%), *Streptococcus constellatus* (8%), *Enterobacter cloacae* (4%), *Enterococcus faecium* (4%) y *Streptococcus parasanguinis*. El tiempo medio de tratamiento fue de 5,52 semanas (DE 2,48), siendo los betalactámicos los antibióticos más frecuentemente empleados. Un 60% fueron tratados en monoterapia con cefalosporinas (28%), amoxicilina-clavulánico (12%), carbapenems

(8%) o quinolonas (12%). Dell 40% restante, se empleó ciprofloxacino + metronidazol (28%), quinolona + daptomicina (4%), quinolona + linezolid (4%) o cotrimoxazol + linezolid (4%). En 68% de los pacientes se realizó drenaje percutáneo. La mayoría evolucionó favorablemente, falleciendo únicamente dos pacientes.

*Conclusiones:* La mayoría de los pacientes fueron diagnosticados mediante TC. La forma de presentación más habitual fue la fiebre, y en muchas ocasiones también dolor abdominal (concomitante o como única manifestación). En más de la mitad de los pacientes se ha identificado un foco intraabdominal como posible origen del absceso. La mayor parte de las veces no se ha logrado obtener un aislamiento microbiológico. Los antibióticos más frecuentemente empleados han sido los betalactámicos, con un tiempo medio de tratamiento de 5,52 semanas.