



## I-274 - ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL MANEJO DOMICILIARIO DEL ABSCESO HEPÁTICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS

H. Molina Llorente<sup>1</sup>, D. Toresano López<sup>1</sup>, A. Arnáiz García<sup>2</sup>, C. González Fernández<sup>3</sup>, P. Sanroma Mendizábal<sup>3</sup>, M. Pajarón Guerrero<sup>3</sup>, J. Parra Jordán<sup>3</sup> y E. Lino Montenegro<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Enfermedades Infecciosas, <sup>3</sup>Hospitalización Domiciliaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).

### Resumen

**Objetivos:** Analizar las características clínicas, hallazgos microbiológicos y tratamiento antibiótico de los pacientes con abscesos hepáticos ingresados en la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD).

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestra UHD para seguimiento y tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso (TADE) del absceso hepático desde enero de 2016 a junio de 2018.

**Resultados:** Se incluyeron 14 pacientes, un 71% varones y un 29% mujeres, con una edad media de  $68 \pm 14$  años y con una media del índice de Charlson de  $5 \pm 3$ . La estancia hospitalaria total media fue de  $35 \pm 9$  días. Procedentes de los servicios de Digestivo (43%), C. General (36%), M. Interna (14%) e Infecciosas (7%). Entre los factores de riesgo cardiovascular: HTA (43%), DM (14%), fumadores (14%), EPOC (14%), enolismo (14%). Un 7% tomaba corticoides, 2 pacientes con trasplante hepático y toma de inmunosupresores. Entre las causas digestivas asociadas: hepatopatía crónica (57%), un hepatocarcinoma, colangitis (21%), pancreatitis (21%), colecistitis (21%), un quiste hidatídico hepático sobreinfectado, un absceso post-colecistectomía y 2 post-CPRE. En cuanto a la clínica: fiebre (100%), dolor hipocondrio derecho (57%), vómitos (21%) y hepatomegalia (21%). Elevación de las enzimas hepáticas al ingreso en un 43% y de la PCR en un 86%. Un 57% presentaron abscesos múltiples y un 43% absceso único. La etiología más frecuente con un 79% fue la bacteriana, en un 36% absceso polimicrobiano, 50% Gram (+), 43% Gram (-) y 7% anaerobios. Hemocultivo positivo en un 57% y cultivo del absceso positivo en un 29%. Microbiología: E. coli: 2 (14%); C. perfringens: 1 (7%); E. faecium: 2 (14%); E. faecalis: 2 (14%); E. avium: 1 (7%); E. cloacae: 1 (7%); K. pneumoniae: 2 (14%); L. monocytogenes: 1 (7%); P. aeruginosa: 1 (7%); S. epidermidis: 1 (7%). Antibiótico: ertapenem (57%), ceftriaxona sola o en asociación con metronidazol (21%), otros (21%) (augmentine, meropenem...). La duración del tratamiento antibiótico total fue de  $30 \pm 8$  días, de los cuales  $20 \pm 7$  días fue en UHD. Un 36% precisó drenaje. 5 pacientes (35%) presentaron sepsis y 2 pacientes ingresaron en UCI durante la primera semana de ingreso hospitalario. No hubo ningún exitus y sólo 2 pacientes (14%) reingresaron a los 4-5 meses.

**Discusión:** El absceso hepático es una entidad clínica poco frecuente. La duración del tratamiento antibiótico es prolongada, entre 4-6 semanas, por lo que el TADE parece una buena opción en pacientes con estabilidad clínica y tras drenaje del absceso y un periodo previo de hospitalización

convencional, para completar dicho tratamiento y control, a pesar de haber pocas series publicadas al respecto.

*Conclusiones:* Se trata de pacientes de edad avanzada con comorbilidades como factor predisponente. La etiología más común es la digestiva (árbol biliar). A nivel microbiológico el origen bacteriano es el más frecuente, tanto Gram (+) (enterococo) como Gram (-) (E. coli, K. pneumoniae), con bacteriemia asociada en la mitad de los casos. La clínica predominante es la fiebre y dolor en hipocondrio derecho, junto con leucocitosis y elevación de la PCR. La duración del tratamiento antibiótico es prolongada, 4-6 semanas ( $30 \pm 8$  días) de las cuales mínimo 3 semanas endovenoso. El antibiótico más utilizado fue el ertapenem con un 57%, seguido de la ceftriaxona en asociación con metronidazol en un 21%. La evolución fue buena, analíticamente con disminución de la leucocitosis y de la PCR al alta, así como del tamaño del absceso mediante ecografía de control, por lo que el TADE del absceso hepático parece una alternativa segura y eficaz en la mayoría de los pacientes.