

Absceso hepático en Cali, Colombia

Liver abscess in Cali, Colombia

Veline Martínez¹, Luis Gabriel Parra-Lara^{1,2,3}, Juan Felipe Tejada², Juan Pablo Díaz², Juan Camilo Mosquera², María Alejandra Urbano³, Laura J. Ballen³, Andrés Mauricio Hernández^{2,4} y Guillermo Guzmán⁵

¹Departamento de Medicina Interna, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia.

²Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Icesi, Cali, Colombia.

³Centro de Investigaciones Clínicas (CIC), Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia.

⁴Universidad Libre, Cali, Colombia.

⁵Servicio de Endocrinología, Departamento de Medicina Interna, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia.

Conflicto de intereses: nada que declarar.

Financiación: sin financiación.

Recibido: 8 de mayo de 2023 / segunda versión: 27 de diciembre de 2023 / Aceptado: 29 de diciembre de 2023

Resumen

Introducción: El absceso hepático (AH) es el tipo más común de abscesos viscerales. Se estima que el perfil epidemiológico de esta enfermedad ha cambiado con el aumento de la resistencia de los microorganismos y el uso de nuevos medicamentos. **Objetivo:** Describir las características demográficas y clínicas de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de AH en un hospital universitario del suroccidente colombiano. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo, en la Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de AH hospitalizados entre 2011-2020. **Resultados:** Se incluyeron 182 pacientes. La mediana de edad fue 56 años (rango intercuartílico, 45-67) y 62,1% fueron hombres. El microorganismo más común fue *Klebsiella pneumoniae* (17,6%). La mayoría requirió drenaje percutáneo (58,2%). El 58,8% tuvo un absceso único y 54,4% fue manejado en cuidados intensivos. El 7,1% de los pacientes falleció. Al comparar los casos que fueron manejados en cuidados intensivos vs. aquellos que no lo fueron, hubo más hepatomegalia (28,3 vs. 11,0%, $p = 0,004$), derrame pleural derecho (48,5 vs. 28,1%, $p = 0,010$), cirugía (42,4 vs. 13,4%, $p < 0,001$), falla terapéutica (22,2 vs. 7,3%, $p = 0,007$) y muerte (12,1 vs. 1,2%, $p = 0,005$) en los atendidos en UCI. **Conclusión:** Las *Enterobacterales* son la principal causa de AH en nuestra población. La mortalidad ha disminuido, pero la hospitalización en cuidados intensivos sigue siendo alta.

Palabras clave: absceso hepático; *Klebsiella pneumoniae*; cuidados críticos; mortalidad.

Abstract

Background: Liver abscess (LA) is the most common type of visceral abscess. It is estimated that the epidemiological profile of this disease has changed with the increase in resistance and the use of new drugs. **Aim:** To describe the demographic and clinical characteristics of hospitalized patients with a diagnosis of LA in a university hospital in the southwestern region of Colombia. **Methods:** A retrospective observational study was conducted at Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia. Patients older than 18 years with a diagnosis of LA hospitalized between 2011-2020 were included. **Results:** A total of 182 patients were included. The median age was 56 years (interquartile range, 45-67) and 62.1% were men. The most common microorganism was *Klebsiella pneumoniae* (17.6%). The majority required percutaneous drainage (58.2%). A 58.8% had a single abscess and 54.4% were treated in ICU. A 7.1% of the patients died. When comparing cases treated in the ICU vs. those who did not, there was more hepatomegaly (28.3 vs. 11.0%, $p = 0.004$), right pleural effusion (48.5 vs. 28.1%, $p = 0.010$), surgery (42.4 vs. 13.4%, $p < 0.001$), therapeutic failure (22.2 vs. 7.3%, $p = 0.007$) and death (12.1 vs. 1.2%, $p = 0.005$) in patients treated in ICU. **Conclusion:** *Enterobacterales* are the main cause of LA in our population. Mortality has decreased, but intensive care hospitalization remains high.

Keywords: liver abscess; *Klebsiella pneumoniae*; critical care; mortality.

Correspondencia a:

Veline Martínez

velinemartinez@gmail.com

Introducción

El absceso hepático (AH) se define como una colección encapsulada de material supurativo dentro del parénquima hepático que puede ser causada por bacterias, virus, hongos o parásitos¹. El AH es el tipo más común de abscesos viscerales, representando hasta 50% de los casos². Incluyen abscesos piógenos de causa bacteriana y abscesos amebianos, siendo ambos potencialmente mortales³.

La incidencia de AH varía de acuerdo a la región del mundo. En E.U.A., las causas bacterianas representan más de 80% de todos los casos de AH⁴, mientras que los amebianos son menos frecuentes; la mayoría de estos últimos se encuentran en inmigrantes de áreas endémicas y personas que viven en estados fronterizos con México⁵. En Colombia, se ha estimado una proporción de 43,5% de AH no definido, 35,3% de AH piógeno y 21,0% de AH amebiano entre 1995 y 1999⁶, pero desde entonces no se tienen nuevos estudios.

La incidencia de AH piógeno viene en aumento debido al envejecimiento poblacional, el aumento en la prevalencia de enfermedades hepatobiliares, la instrumentación de la vía biliar, la diabetes mellitus y el trasplante hepático, factores de riesgo conocidos para AH piógeno^{7,8}.

El objetivo de este estudio fue describir las características demográficas y clínicas de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de AH en un hospital universitario del suroccidente colombiano, durante el período 2011-2020, con el fin de explorar los cambios epidemiológicos en esta patología en la última década. Adicionalmente, como objetivo secundario se definió comparar las características de los pacientes que requirieron manejo en cuidados intensivos con aquellos que no lo requirieron.

Pacientes y Métodos

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional retrospectivo, en la Fundación Valle del Lili, hospital universitario localizado en Cali, Colombia. Los datos de los pacientes fueron obtenidos mediante la revisión de historias clínicas y bases de datos institucionales de laboratorio clínico y microbiología.

Consideraciones éticas

El Comité de Ética en Investigación Biomédica de la Fundación Valle del Lili aprobó el protocolo de este estudio. Se siguieron los principios éticos para la investigación médica señalados en la Declaración de Helsinki y la Resolución 8.430/1993 del Ministerio de Salud de Colombia. No se requirió de consentimiento informado.

Pacientes y variables

Los casos se identificaron utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición (CIE-10), considerando los códigos A064 y K750, que habían consultado al hospital por el servicio de urgencias o que se diagnosticaron durante la hospitalización en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de diciembre de 2020. Se incluyeron los pacientes con edad ≥ 18 años, con diagnóstico *de novo* de AH, el que se definió como paciente con cuadro clínico compatible de AH (signos y síntomas, pruebas de laboratorio y microbiología) y hallazgo imagenológico (ecografía, tomografía o resonancia magnética (RM) de abdomen). No se utilizaron pruebas serológicas para el diagnóstico de AH amebiano. Todas las imágenes fueron revisadas y analizadas por un especialista en radiología e imágenes diagnósticas. El diagnóstico clínico fue realizado por un especialista en medicina interna, medicina de emergencias, medicina crítica/intensivista o enfermedades infecciosas/infectología. Se excluyeron todos los casos con información clínica incompleta, que no permitiera caracterizar adecuadamente el AH, y aquellos expuestos a manejo antimicrobiano previo para dicho diagnóstico.

Se recolectaron variables demográficas (edad, sexo, procedencia, régimen de salud) y clínicas (comorbilidades, uso de corticoesteroides, uso de inmunosupresores, uso de medicamentos biológicos, historia de colecistectomía y síntomas de presentación del cuadro clínico). Dentro de las variables relacionadas con el AH, se incluyó el tipo de absceso (amebiano o presuntamente bacteriano), tamaño del AH, número de abscesos, visualización ultrasonográfica, aislamiento microbiológico, tratamiento (uso de antimicrobianos, drenaje percutáneo o quirúrgico), falla terapéutica (definido como persistencia de anomalías clínicas o paraclínicas a pesar del tratamiento antimicrobiano guiado con antibiograma), necesidad de unidad de cuidados intensivos (UCI), tiempo de estancia hospitalaria y muerte.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de los datos. Las variables continuas se presentaron utilizando medidas de tendencia central (media o mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar [DS] o rangos intercuartílicos [RIC]), de acuerdo con la prueba de normalidad (pruebas de Shapiro-Wilk). Las variables categóricas se presentaron en frecuencias y porcentajes.

Se compararon las diferentes variables de acuerdo al requerimiento de manejo en UCI. Para las variables categóricas se utilizó la prueba de χ^2 (o prueba exacta de Fisher's cuando se presentaban frecuencias menores de 5) y para las variables numéricas se utilizó la prueba U de Mann-Whitney (o prueba de t de Student cuando las variables presentaban una distribución normal). Los

análisis estadísticos se realizaron en STATA® (StataCorp, 2011, Stata 12 Base Reference Manual, College Station, TX: StataPress).

Resultados

Se identificaron 371 registros de pacientes con sospecha diagnóstica de AH en el periodo 2011-2020. Después de aplicar los criterios de selección, se incluyó en el estudio un total de 182 pacientes (Figura 1).

Las características demográficas y clínicas se presentan en la Tabla 1. El rango de edad fue de 18 a 91 años. La mayoría fueron hombres (62,1%) y procedían de zona urbana (82,9%). La principal comorbilidad fue la presencia de hipertensión arterial (32,4%). El 9,3% usaba inmunosupresores, correspondiente a pacientes con antecedente de trasplante renal o hepático. El 13,2% se tenía antecedente de colecistectomía.

Con relación a la presentación clínica, lo más fre-

cuenta fue el dolor abdominal presente en 81,9% de los pacientes, seguido de la fiebre (76,4%). En la Figura 2 se detallan las manifestaciones clínicas. El 74,7% de los AH fueron visibles en la ecografía, mientras que los otros requirieron de tomografía o RM abdominal para el diagnóstico. El absceso era único en 58,7% de los casos y el tamaño promedio fue de $4,3 \text{ cm} \pm 3,75 \text{ cm}$. El microorganismo aislado con mayor frecuencia fue *Klebsiella pneumoniae* (17,6%). Hubo cinco casos de etiología amebiana. En la Tabla 2 se presentan las características de los AH estudiados.

Se realizó drenaje percutáneo a 58,2% de los pacientes, 29,1% requirió manejo quirúrgico. El 54,4% de los pacientes requirió internación en UCI. La media de estancia hospitalaria fue de $20,3 \pm 23,1$ días (contados desde el día de ingreso al hospital hasta el día de egreso o fallecimiento). El 7,1% de los pacientes falleció durante el periodo de hospitalización.

La comparación entre los casos que requirieron manejo en UCI vs. aquellos que no ingresaron allí, se presenta

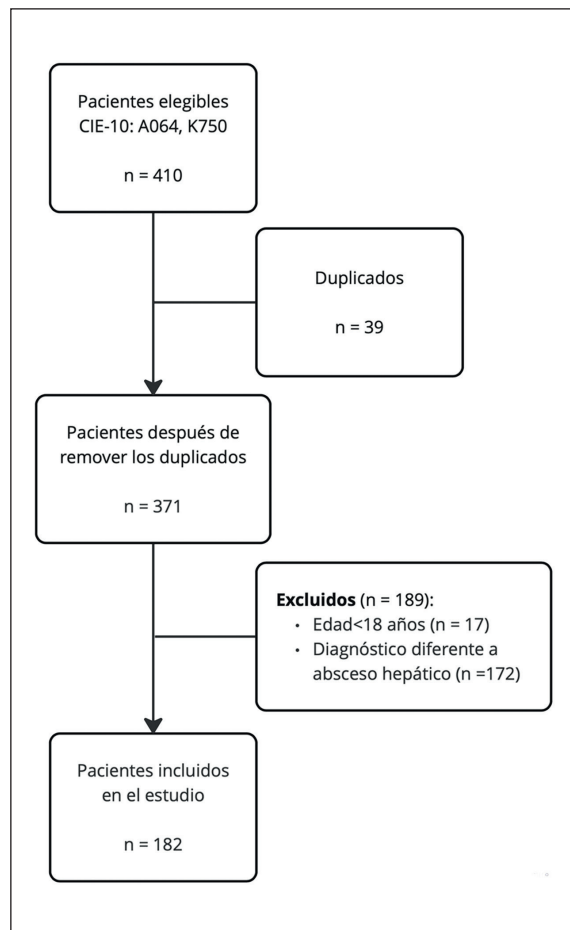


Figura 1. Flujograma de la selección de los pacientes del estudio.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con absceso hepático incluidos (n = 182)

Características	General, n = 182
Mediana de edad (RIC) - años	56 (45-67)
Sexo masculino - n (%)	113 (62,1)
Procedencia - n(%)	
Urbano	151 (83,0)
Rural	31 (17,0)
Comorbilidades - n (%)	
Hipertensión arterial	59 (32,4)
Diabetes mellitus	37 (20,3)
Neoplasia de órgano sólido	35 (19,2)
Enfermedad renal crónica	12 (6,6)
Infección por VIH	3 (1,7)
Neoplasia hematológica	1 (0,6)
Uso de inmunosupresores - n (%)	17 (9,3)
Uso de corticoesteroides - n(%)	16 (8,8)
Uso de terapias biológicas - n (%)	2 (1,1)
Antecedente de trasplante - n (%)	
Hepático	10 (5,5)
Renal	4 (2,2)
Colecistectomía - n (%)*	
< 1 mes	11 (6,0)
1-6 meses	10 (5,5)
> 6 meses	24 (13,2)

RIC: rango intercuartílico; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana. *Sin dato (n = 8).

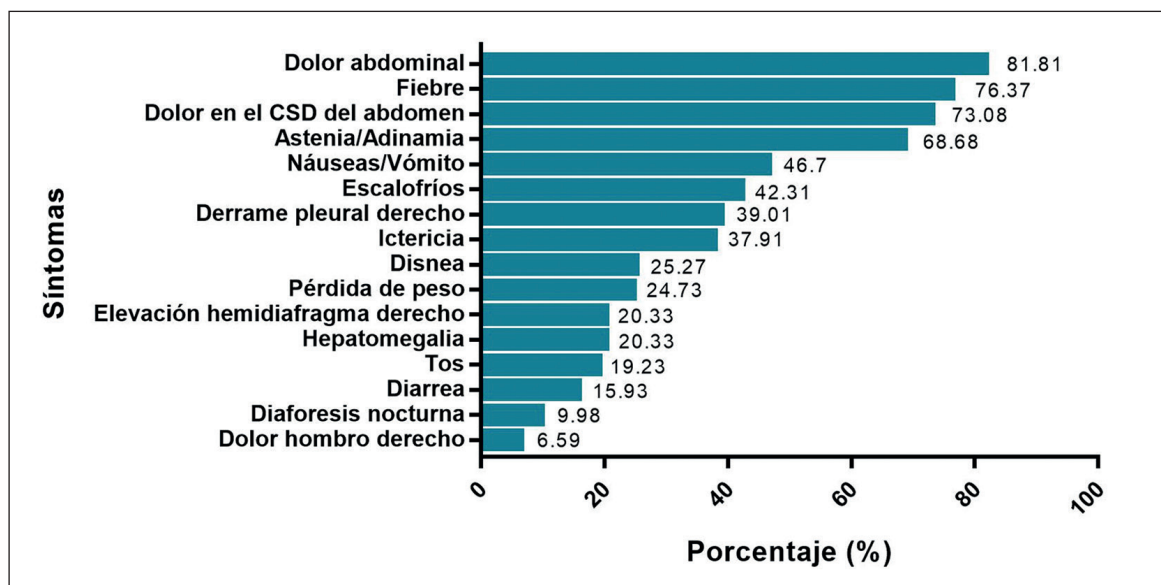


Figura 2. Manifestaciones clínicas de los pacientes con absceso hepático (n = 182). CSD: cuadrante superior derecho.

Tabla 2. Características clínicas, imagenológicas, microbiológicas y desenlaces de los pacientes con absceso hepático (n = 181)

Características del absceso hepático

Número de abscesos	
Único	106 (58,6)
Múltiple	75 (41,4)
Ultrasonografía abdominal, n (%)	
AH visible en la ecografía	136 (74,7)
Sin ecografía (diagnóstico por TAC o RM)	33 (18,8)
Tamaño del absceso en cm ± DS*	4,3 ± 3,8
Aislamiento microbiológico, n (%)	
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	32 (17,6)
Microbiota mixta	23 (12,6)
<i>Escherichia coli</i>	18 (9,9)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	4 (2,2)
<i>Enterococcus faecalis</i>	1 (0,6)
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	1 (0,6)
<i>Staphylococcus aureus</i>	1(0,6)
Otros	31 (17,0)
Sin aislamiento	71 (39,0)
Drenaje percutáneo, n (%)	106 (58,2)
Manejo quirúrgico, n (%)	53 (29,1)
Falla terapéutica, n (%)	28 (15,4)
Requerimiento de manejo en UCI, n (%)	99 (54,4)
Estancia hospitalaria en días ± DS*	20,3 ± 23,1
Muerte, n (%)	13 (7,1)

AH: absceso hepático. Valores reportados como n: número (porcentaje). *Valor reportado como media (desviación estándar). TAC: tomografía axial computalizada. RM: resonancia magnética.

en la Tabla 3. No se encontraron diferencias respecto al sexo, procedencia, regimen de salud, comorbilidades, uso de corticosteroides, uso de otros inmunosupresores y antecedentes de colecistectomía. Hubo más hepatomegalia (28,3 vs. 11,0%, $p = 0,004$), derrame pleural derecho (48,5 vs. 28,1%, $p = 0,010$), cirugía (42,4 vs. 13,4%, $p < 0,001$), falla terapéutica (22,2 vs. 7,3%, $p = 0,007$) y muerte (12,1 vs. 1,2%, $p = 0,005$) en los casos tratados en UCI.

Discusión

Esta serie presenta el panorama sobre los pacientes con AH atendidos en un hospital universitario de Colombia durante diez años. Se encontró que la mayoría de los casos fueron AH piógeno y *K. pneumoniae* fue la bacteria más frecuentemente aislada. Lo anterior difiere de estudios nacionales previos⁶, donde el aislamiento más frecuente fue *Escherichia coli*, siendo en nuestro estudio el de tercer lugar en frecuencia.

Los agentes etiológicos son altamente variables dependiendo de la región geográfica. Sin embargo, *K. pneumoniae* y *E. coli* son los microorganismos más frecuentemente aislados según la epidemiología internacional^{4,9-12} y regional^{13,14}. En países en desarrollo predomina la presentación de AH amebiano en comparación a los países desarrollados¹⁵. En nuestra serie los casos descritos corresponden a AH piógeno; lo anterior, podría ser explicado por los cambios en condiciones de salubridad como también los cambios en la atención médica, cambios en la pirámide poblacional y condiciones que llevan a estados de inmunosupresión.

Tabla 3. Comparación de casos de adultos con abscesos hepáticos que requirieron manejo en UCI vs no manejo en UCI

Características	Total, n = 181**	UCI, n = 99	No_UCI, n = 82	valor p
Edad, media $\pm$ DS	55,3 $\pm$ 16,3	57 $\pm$ 17,5	55,5 $\pm$ 14,9	0,845 [#]
Sexo, n (%)				
Masculino	113 (62,4)	58 (58,6)	55 (67,1)	0,241*
Femenino	68 (37,6)	41 (41,4)	27 (32,9)	
Procedencia, n (%)				
Urbano	151 (83,4)	78 (78,8)	73 (89)	0,065*
Rural	30 (16,6)	21 (21,2)	9 (11)	
Regimen de salud, n (%)				
Subsidiado	50 (27,6)	33 (33,3)	17 (20,7)	0,098 [©]
Contributivo	115 (63,5)	55 (55,6)	60 (73,2)	
Especial	11 (6,1)	8 (8,1)	3 (3,7)	
Sin cobertura	5 (2,8)	3 (3)	2 (2,4)	
Comorbilidades, n (%)				
Hipertensión arterial	58 (32)	34 (34,3)	24 (29,3)	0,466*
Diabetes mellitus	37 (20,4)	25 (25,2)	12 (14,6)	0,078*
Neoplasia de órgano sólido	34 (18,8)	16 (16,2)	18 (22)	0,099*
Enfermedad renal crónica	12 (6,6)	9 (9,1)	3 (3,7)	0,067 [©]
Uso de corticoesteroides, n (%)	16 (8,8)	6 (6,1)	10 (12,3)	0,148*
Otros inmunosupresores, n (%)	17 (9,4)	8 (8,1)	9 (11)	0,506*
Uso de biológicos, n (%)	2 (1,1)	1 (1)	1 (1)	ND
Antecedente de trasplante, n(%)				
Trasplante hepático	10 (5,55)	6 (6,1)	4 (4,9)	0,353 [©]
Trasplante renal	4 (2,2)	-	4 (4,9)	ND
Colecistectomía, n (%)				
< 1 mes	11 (6,1)	7 (7,1)	4 (4,9)	0,859 [©]
1-6 meses	10 (5,55)	6 (6,1)	4 (4,9)	
> 6 meses	24 (29,6)	15 (15,2)	9 (11)	
Manifestaciones clínicas, n (%)				
Dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen	132 (72,9)	72 (72,7)	60 (73,2)	0,964*
Hepatomegalia	37 (20,4)	28 (28,3)	9 (11)	0,004*
Ictericia	69 (3,8)	41 (41,4)	28 (34,2)	0,352*
Derrame pleural derecho	71 (39,2)	48 (48,5)	23 (28,1)	0,010*
Elevación hemidiafragma derecho	37 (20,4)	24 (24,2)	13 (15,9)	0,218*
Fiebre	138 (76,2)	77 (77,8)	61 (74,4)	0,999*
Dolor abdominal	148 (81,8)	83 (83,8)	65 (79,3)	0,428*
Pérdida de peso	45 (24,9)	30 (30,3)	15 (18,3)	0,052*
Náuseas/vómito	85 (46,9)	48 (48,5)	37 (45,1)	0,606*
Dolor hombro derecho	12 (6,6)	3 (3)	9 (11)	0,054 [©]
Astenia/Adinamia	124 (68,5)	73 (73,7)	51 (62,2)	0,096*
Escalofríos	77 (42,5)	42 (42,4)	35 (42,7)	0,894*
Diaforesis nocturna	18 (9,9)	7 (7,1)	11 (13,4)	0,154*
Diarrea	29 (16)	19 (19,2)	10 (12,2)	0,201*
Disnea	46 (25,4)	28 (28,3)	18 (22)	0,330*
Tos	45 (24,9)	20 (20,2)	15 (18,3)	0,746*
Tipo de absceso, n (%)				
Amebiano	5 (2,8)	3 (3)	2 (2,4)	0,058*
Piógeno	126 (69,6)	76 (76,8)	50 (61)	
Indeterminado	46 (25,4)	18 (18,2)	27 (32,9)	
Número de abscesos, n (%)				
Único	106 (58,6)	57 (57,6)	49 (59,8)	0,767*
Múltiple	75 (41,4)	42 (42,4)	33 (40,1)	
Tamaño del absceso (cm), mediana (RIC)	3 (2-6)	3 (2-7)	3 (1-6)	0,122 [†]
Drenaje percutáneo, n (%)	106 (58,6)	54 (54,5)	52 (63,4)	0,228*
Cirugía, n (%)	53 (29,3)	42 (42,4)	11 (13,4)	< 0,001*
Falla terapéutica, n (%)	28 (15,5)	22 (22,2)	6 (7,3)	0,007*
Muerte, n (%)	13 (7,2)	12 (12,1)	1 (1,2)	0,005*

DS: desviación estandar; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana. RIC: rango intercuartílico. ND: no determinado. *T student; *Chi cuadrado; [©]Test de Fisher; [†]Mann-Whitney. **Total 181/182. En un caso no se le logró obtener esta información.

El AH fue más frecuente en los hombres; es conocido que el AH piógeno es de mayor prevalencia en hombres que en mujeres¹. Un estudio de base poblacional realizado en E.U.A. de pacientes con AH piógeno encontró que los hombres tenían más probabilidades de ser diagnosticados en comparación con las mujeres (IRR = 1,85; IC 95 %: 1,76-1,94)⁸. Otro estudio mostró una proporción de 69,6% hombres afectados¹⁶. Si bien, el porcentaje de pacientes procedentes del área urbana fue mayor, la necesidad de cuidado intensivo fue mayor en pacientes de área rural, probablemente en relación a consultas más tardías, reflejo de problemas en atención médica.

En este estudio, las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial y diabetes mellitus. Sin embargo, la presencia de estas dos entidades no se relacionó con la necesidad de manejo en UCI. La asociación entre abscesos hepáticos piógenos e hipertensión arterial ya ha sido descrita y es más frecuente en pacientes diabéticos, indicando una posible relación de las dos condiciones con el padecimiento de enfermedad cardiovascular¹⁷.

Las manifestaciones clínicas de AH son variables. Se encontró que las más frecuentes fueron dolor abdominal, fiebre y dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, lo cual es semejante a lo descrito en la literatura médica^{15,16,18}.

La presentación más frecuente fue el AH único, similar a lo observado en estudios previos, tanto en Norteamérica como en Asia, representado 60 y 74,9% de los casos, respectivamente^{19,20}. Respecto al aislamiento microbiológico, un estudio realizado en Reino Unido muestra que la mayoría de casos corresponden a especies de bacterias únicas (47%), siendo los microorganismos más relevantes *E. coli* (15,9%), *Klebsiella* spp. (15,9%) y el grupo *Streptococcus milleri* (14,4%), aunque en un porcentaje relevante (38,6%) no se logró obtener un aislamiento microbiológico²¹. Otro estudio en realizado en Europa encontró que 53,5% de los casos tuvieron un aislamiento microbiológico, siendo el aislado más frecuente *E. coli* (26,5%), seguido por *Streptococcus* spp. (13,2%)²². Estudios realizados, tanto en Chile como en Colombia, han observado que los microorganismos prevalentes son *K. pneumoniae*, *E. coli* y estreptococos^{6,13,14}, con una tendencia cada vez mayor de aislamientos de *Pseudomonas* spp.^{4,15,23}.

En nuestra serie, en 39,01% de los casos no se logró obtener la etiología y en aquellos donde sí se obtuvo, el microorganismo aislado con mayor frecuencia fue *K. pneumoniae* (17,5% del total de casos). La presentación clínica variable y, en ocasiones inespecífica, sumada al rendimiento limitado del estudio etiológico, constituyen un reto para el diagnóstico oportuno de AH y su óptimo drenaje y tratamiento antimicrobiano.

Respecto al tratamiento de AH, metanálisis realizado en el 2015 mostró que, tanto la aspiración percutánea con aguja, procedimiento en el que se aspira el contenido

total del absceso sin dejar catéter, y el drenaje percutáneo con catéter, procedimiento en el cual se instala un catéter *pigtail*, o doble jota, son métodos seguros para drenar los AH. No obstante, este último ha mostrado una mayor tasa de éxito (RR: 0,81, IC 95% 0,66-0,99), reduce el tiempo requerido para lograr el alivio clínico (diferencia de medias estandarizada [DME]: -0,73, IC 95% 0,36-1,11) y respalda una reducción de 50% en el tamaño de la cavidad del absceso²⁴. La mayoría de nuestros casos fueron manejados mediante drenaje percutáneo; sin embargo, el 29,1% requirió de intervención quirúrgica, lo cual podría ser explicado a que nuestra institución es un centro de referencia en el suroccidente del país, donde se reciben los casos con alto nivel de complejidad.

La mortalidad asociada a esta patología viene en descenso en las últimas décadas, posiblemente relacionado con el mejoramiento de los estudios imagenológicos, la terapia antimicrobiana, el monitero en cuidado intensivo y las técnicas de drenaje²⁵. En este estudio la mortalidad fue de 7,1%, menor a lo reportado en la mayoría de los estudios donde superó el 10%^{9,22,26,27}. En relación a la duración en días de la hospitalización, los hallazgos encontrados por nuestro grupo son similares a los reportados en Corea del Sur, con una media de $19,0 \pm 12,1$ días²⁰, mientras que en otro estudio realizado en Qatar la media de hospitalización fue $13,6 \pm 8,1$ días²⁸.

Limitaciones

Siendo este un estudio retrospectivo, los datos se obtuvieron principalmente de las historias clínicas, por lo cual pudo introducirse un sesgo de información respecto a los síntomas y evolución de la enfermedad. Además, se desconoce el momento exacto en que el paciente adquirió la infección; esta es una limitación constante en los estudios epidemiológicos debido a que es difícil determinar el tiempo entre la inoculación del microorganismo y la aparición de la enfermedad.

Finalmente, nuestro estudio se realizó en un solo centro de la ciudad, generando un sesgo de selección debido a que Fundación Valle del Lili es un centro de referencia para pacientes de alta complejidad en la región.

Conclusiones

El AH es una entidad frecuente en nuestro medio, ha tenido cambios en los hallazgos microbiológicos, con un descenso de los abscesos amebianos, probablemente en relación a mejoras en las condiciones de salubridad de las poblaciones y, por otra parte, avances en el tratamiento de las enfermedades oncológicas, reumatológicas y necesidad de inmunosupresión por trasplante. Se debe mejorar las herramientas de diagnóstico, para que este sea temprano y oportuno, y en consecuencia, impactar en la morbilidad y mortalidad.

Referencias bibliográficas

- 1.- Roediger R, Lisker-Melman M. Pyogenic and amebic infections of the liver. *Gastroenterol Clin North Am* [Internet]. 2020; 49 (2): 361-77. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2020.01.013>
- 2.- Altemeier W A, Culbertson W R, Fullen W D, Shook C D. Intra-abdominal abscesses. *Am J Surg* [Internet]. 1973; 125 (1): 70-9. Available from: [https://doi.org/10.1016/0002-9610\(73\)90010-x](https://doi.org/10.1016/0002-9610(73)90010-x)
- 3.- Lübbert C, Wiegand J, Karlas T. Therapy of liver abscesses. *Viszeralmedizin*: *Gastrointestinal Med Surg* [Internet]. 2014; 30 (5): 334-41. Available from: <https://doi.org/10.1159/000366579>
- 4.- Huang C J, Pitt H A, Lipsett P A, Osterman F A J, Lillemoe KD, Cameron JL, et al. Pyogenic hepatic abscess. changing trends over 42 years. *Ann Surg* [Internet]. 1996; 223 (5): 600-9. Available from: <https://doi.org/10.1097/0000658-199605000-00016>
- 5.- MMWR Morbid Mortal Wkly Rept. Summary of Notifiable Diseases, United States, 1994. Atlanta; 1994.
- 6.- Balbín J, González J C, Negrete K, Patiño R, Mejía W, Correa G, et al. 17 Estudio descriptivo de 195 casos de absceso hepático (AH) en Medellín-Colombia. 2001; 14 (4-5): 245. Available from: <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.3829>
- 7.- Kaplan G G, Gregson D B, Laupland K B. Population-based study of the epidemiology of and the risk factors for pyogenic liver abscess. *Clin Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2004; 2 (11): 032-8. Available from: [https://doi.org/10.1016/s1542-3565\(04\)00459-8](https://doi.org/10.1016/s1542-3565(04)00459-8)
- 8.- Meddings L, Myers R P, Hubbard J, Shaheen A A, Laupland K B, Dixon E, et al. A population-based study of pyogenic liver abscesses in the United States: Incidence, mortality, and temporal trends. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2010; 105 (1): 117-24. Available from: <https://doi.org/10.1038/ajg.2009.614>
- 9.- Pang T C Y, Fung T, Samra J, Hugh T J, Smith R C. Pyogenic liver abscess: An audit of 10 years' experience. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2011; 17 (12): 1622-30. Available from: <https://doi.org/10.3748/wjg.v17.i12.1622>
- 10.- Yinnon A M, Hadas-Halpern I, Shapiro M, Hershko C. The changing clinical spectrum of liver abscess: the Jerusalem experience. *Postgrad Med J*. 1994; 70 (824): 436-9. doi: 10.1136/pgmj.70.824.436.
- 11.- Branum G D, Tyson G S, Branum M A, Meyers W C. Hepatic abscess changes in etiology, diagnosis, and management. *Ann Surg*. 1990; 212 (6): 655-62. doi: 10.1097/0000658-199012000-00002
- 12.- Yeh T S, Jan Y Y, Jeng L B, Hwang T L, Chao T C, Chien R N, et al. Pyogenic liver abscesses in patients with malignant disease. *Arch Surg*. 1998 Mar 1; 133 (3): 242-5. doi: 10.1001/archsurg.133.3.242
- 13.- Castro S M, Eulufi M A, Campos P R, Silva C M, Eulufi M S, Eulufi M C. Drenaje percutáneo de los abscesos intraabdominales (AIA) guiados por TAC. *Rev Chilena Cirugía*. 2004; 56 (4): 346-9. <https://webs.fcm.unc.edu.ar/wp-content/blogs.dir/30/files/2018/03/Drenaje-percut%C3%A1neo-de-abscesos-intraabdominales.pdf>
- 14.- Fantuzzi S A, Alibert A N, Valenzuela V A, Estuardo A N, Castro L A. Absceso hepático: Serie de 107 casos y revisión de la literatura. *Rev Chil Infectol*. 2009 Feb; 26(1): 49-53. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182009000100007>
- 15.- Carrillo Ñañez L, Cuadra-Urteaga J L, Pintado Caballero S, Canelo-Aybar C, Gil Fuentes M. Absceso hepático: características clínicas, imagenológicas y manejo en el Hospital Loayza en 5 años. *Rev Gastroenterol Perú*. 2010; 30 (1): 46-51. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v30n1/a07v30n1.pdf>
- 16.- Rahimian J, Wilson T, Oram V, Holzman R S. Pyogenic liver abscess: Recent trends in etiology and mortality. *Clin Infect Dis* [Internet]. 2004; 39 (11): 1654-9. Available from: <https://doi.org/10.1086/425616>
- 17.- Li W, Chen H, Wu S, Peng J. A comparison of pyogenic liver abscess in patients with or without diabetes: a retrospective study of 246 cases. *BMC Gastroenterology*. 2018; 18 (1): 144. doi: <https://doi.org/10.1186/s12876-018-0875-y>
- 18.- Mohsen A H, Green S T, Read R C, McKendrick M W. Liver abscess in adults: Ten years experience in a UK centre. *QJM* [Internet]. 2002; 95 (12): 797-802. Available from: <https://doi.org/10.1093/qjmed/95.12.797>
- 19.- McDonald M I, Ralph Corey G, Gallis H A, Durack D T. Single and multiple pyogenic liver abscesses. Natural history, diagnosis and treatment, with emphasis on percutaneous drainage. *Medicine (Baltimore)*. 1984; 63 (5): 291-302. doi: 10.1097/00005792-198409000-00003
- 20.- Lee C H, Jo H G, Cho E Y, Song J S, Jung G M, Cho Y K, et al. Maximal diameter of liver abscess independently predicts prolonged hospitalization and poor prognosis in patients with pyogenic liver abscess. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2021; 21 (1): 1-10. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12879-021-05873-7>
- 21.- Neill L, Edwards F, Collin S M, Harrington D, Wakerley D, Rao G G, et al. Clinical characteristics and treatment outcomes in a cohort of patients with pyogenic and amoebic liver abscess. *BMC Infect Dis*. 2019; 19 (1): 1-8. doi: <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4127-8>
- 22.- Serraino C, Elia C, Bracco C, Rinaldi G, Pomerio F, Silvestri A, et al. Characteristics and management of pyogenic liver abscess: a European experience. *Medicine (United States)* [Internet]. 2018; 97 (19): 1-6. Available from: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000010628>
- 23.- Lee K T, Wong S R, Sheen P C. Pyogenic liver abscess: an audit of 10 years' experience and analysis of risk factors / with invited commentary. *Dig Surg*. 2001; 18 (6): 459-66. Discussion 465-6. doi: 10.1159/000050194.
- 24.- Cai Y L, Xiong X Z, Lu J, Cheng Y, Yang C, Lin Y X, et al. Percutaneous needle aspiration versus catheter drainage in the management of liver abscess: a systematic review and meta-analysis. *HPB International Hepato-Pancreato-Biliary Association (Oxford)* [Internet]. 2015; 17 (3): 195-201. Available from: <https://doi.org/10.1111/hpb.12332>
- 25.- Christein J D, Kendrick M L, Que F G. What affects mortality after the operative management of hepatic abscess? *HPB International Hepato-Pancreato-Biliary Association (Oxford)*. 2006; 8 (3): 175-8.
- 26.- Lo J Z W, Leow J J J, Ng P L F, Lee H Q, Mohd Noor N A, Low J K, et al. Predictors of therapy failure in a series of 741 adult pyogenic liver abscesses. *J Hepatobiliary Pancreat Sci* [Internet]. 2015; 22 (2): 156-65. Available from: <https://doi.org/10.1002/jhbp.174>
- 27.- Santos-Rosa O M dos, Lunardelli H S, Ribeiro-Junior M A F. Pyogenic liver abscess: diagnostic and therapeutic management. *ABCD Arq Bras Cir Dig* [Internet]. 2016; 29 (3): 194-7. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-6720201600030015>
- 28.- Abbas M T, Khan F Y, Muhsin S A, Al-Dehwe B, Abukamar M, Elzouki A N. Epidemiology, clinical features and outcome of liver abscess: A single reference center experience in Qatar. *Oman Med J*. 2014; 29 (4): 260-3. doi: 10.5001/omj.2014.69