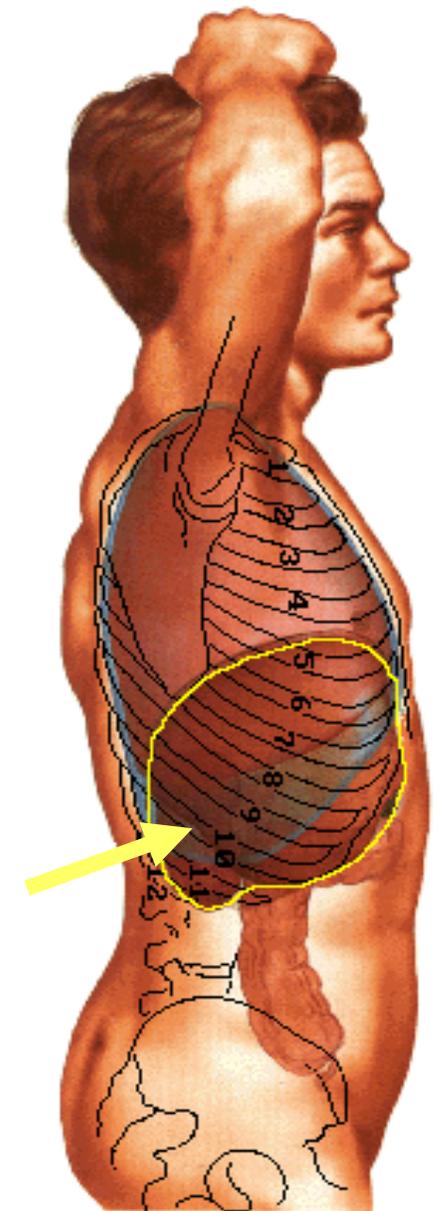
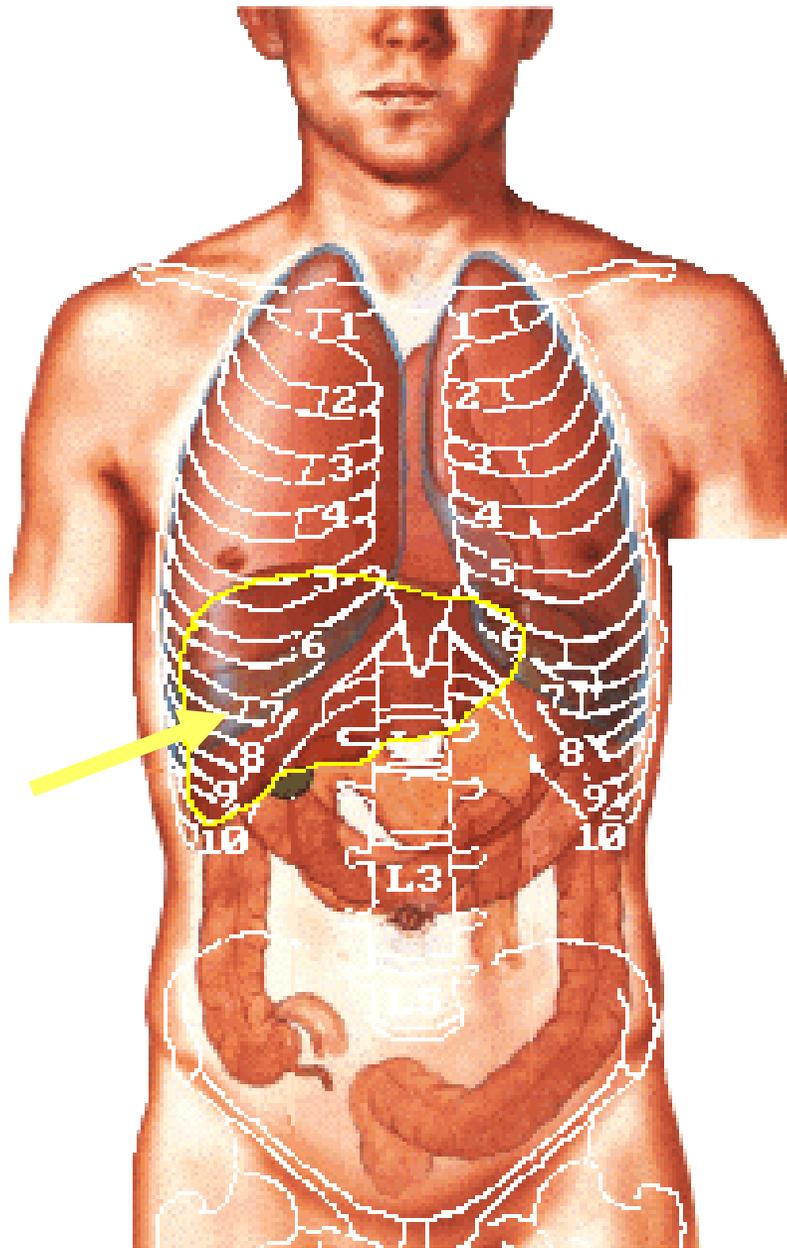


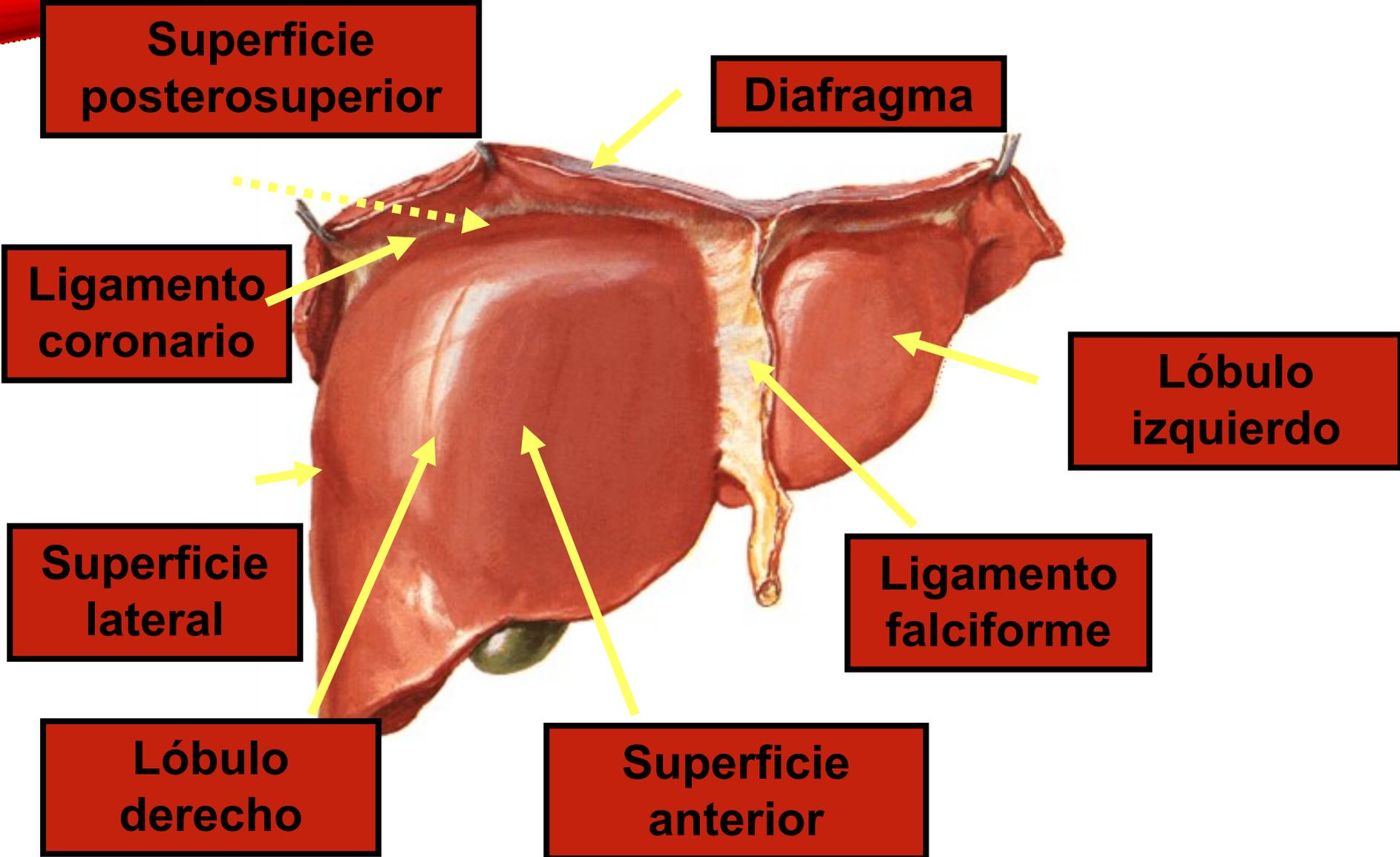
Absceso hepático

Colección de pus en el hígado por proceso infeccioso que destruye el parénquima hepático, es un foco séptico causado por bacterias, hongos y parásitos

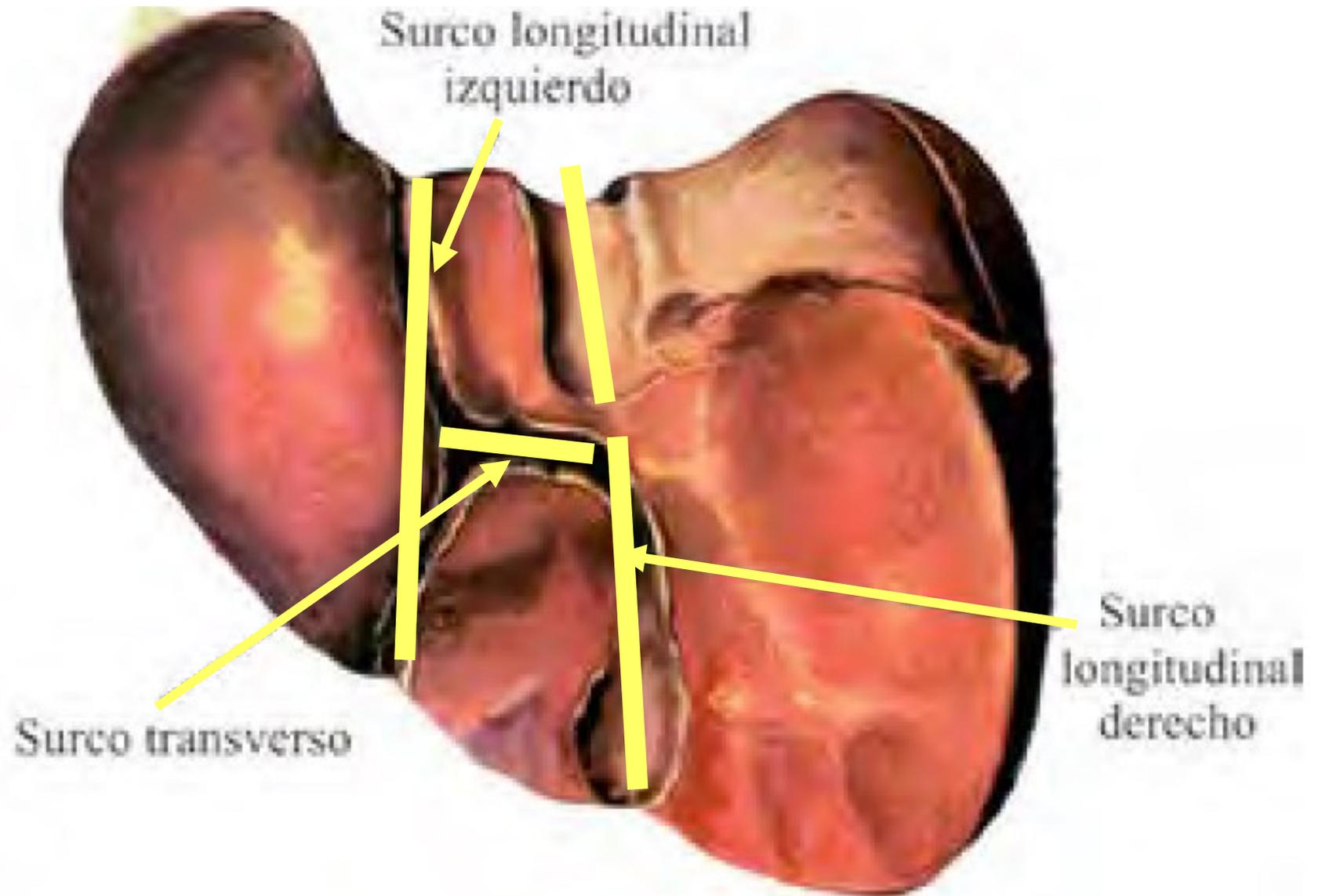
SITUACIÓN ANATÓMICA DEL HÍGADO



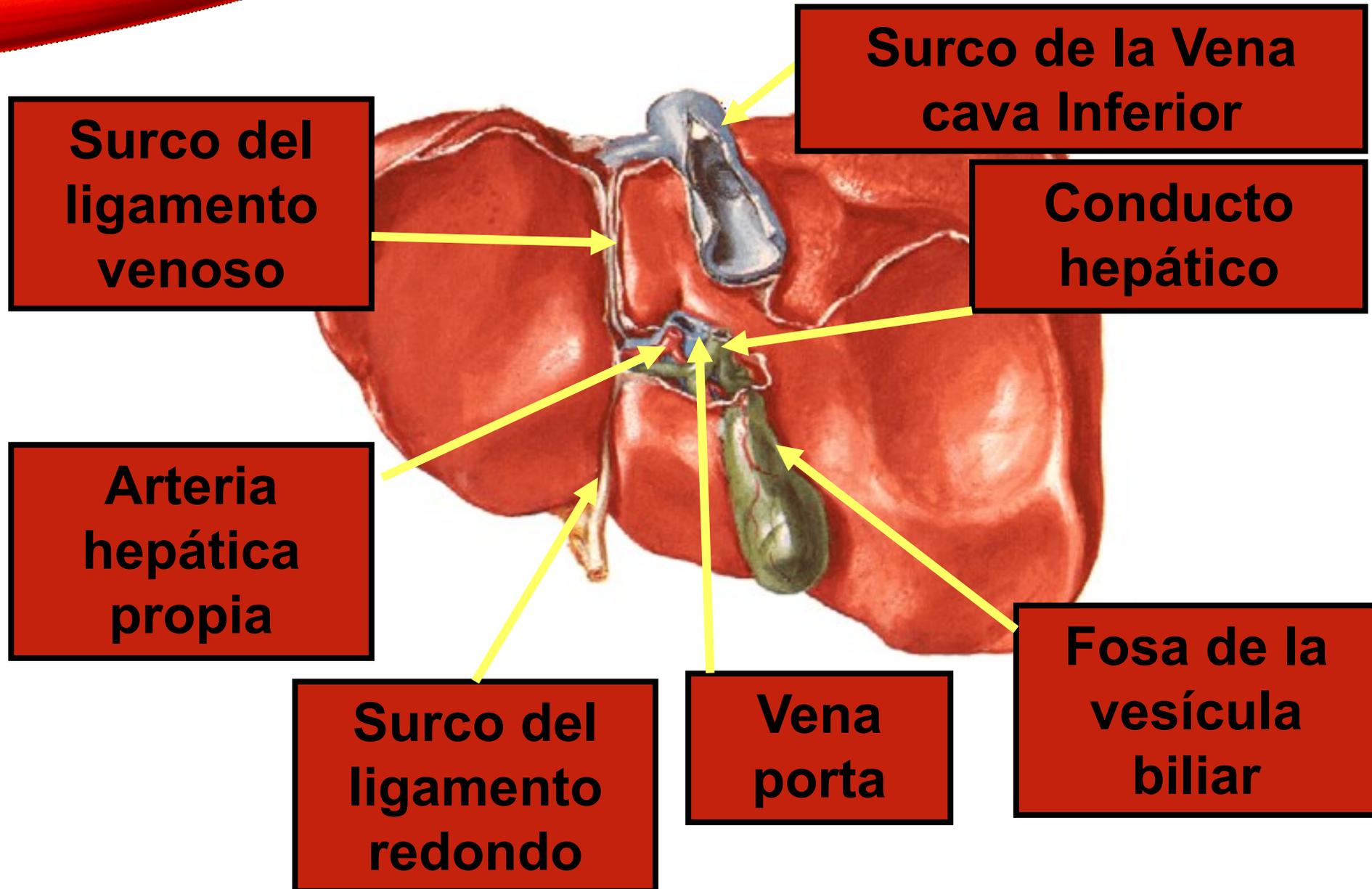
CARA DIAFRAGMÁTICA



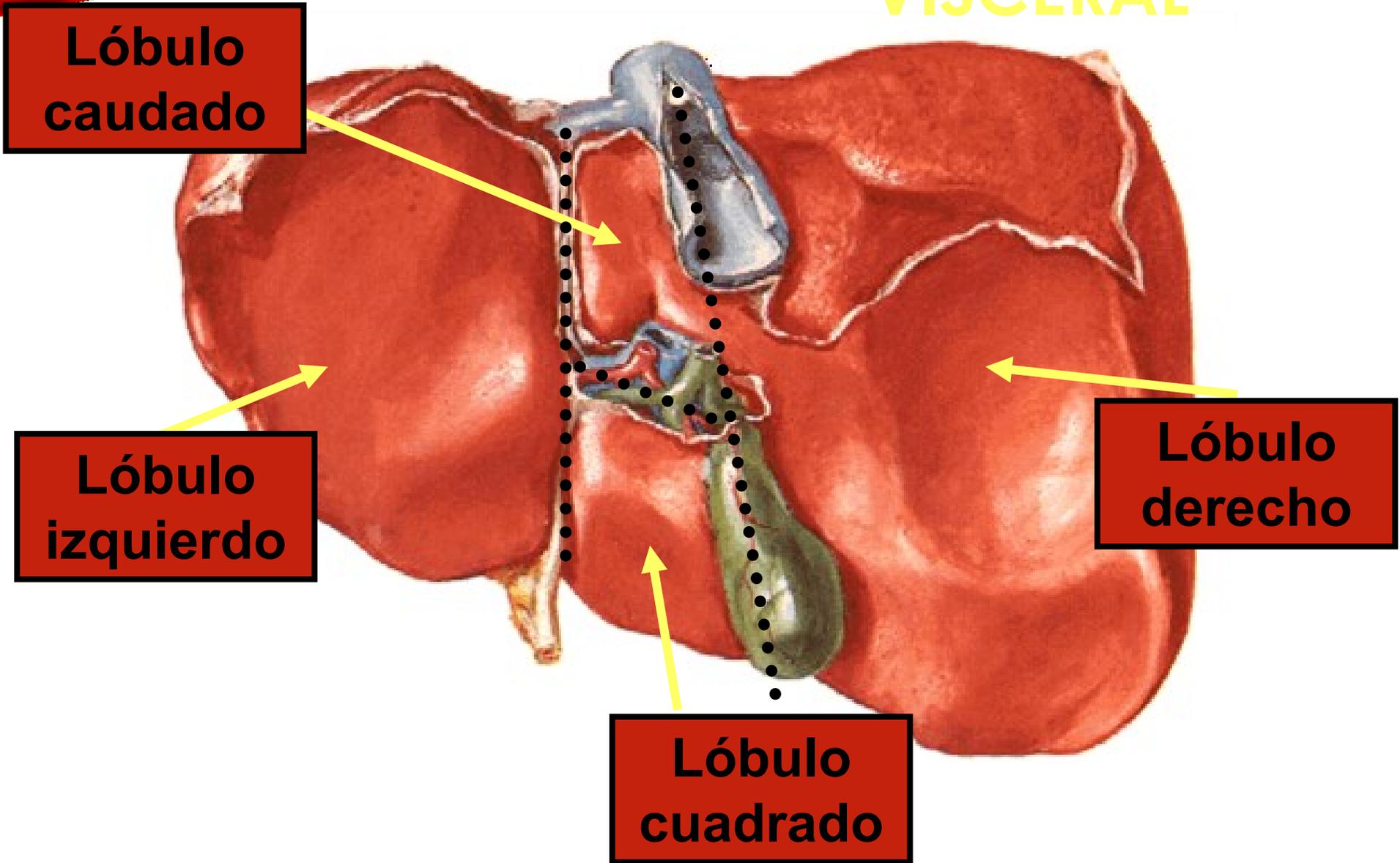
**SURCOS CARA
INFERIOR O
VISCERAL**



CARA INFERIOR O VISCERAL



LÓBULOS CARA INFERIOR O VISCERAL



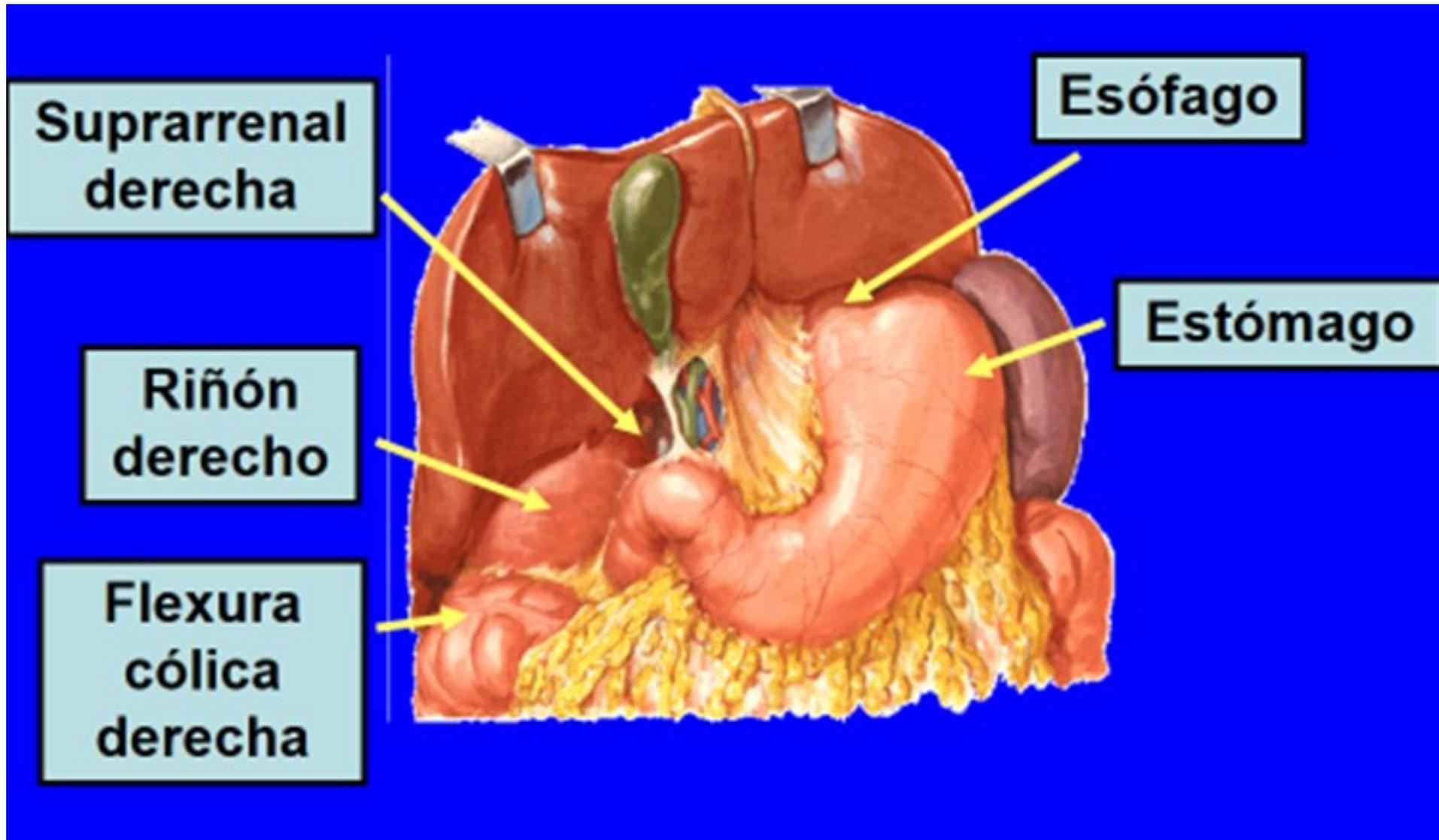
Lóbulo caudado

Lóbulo izquierdo

Lóbulo derecho

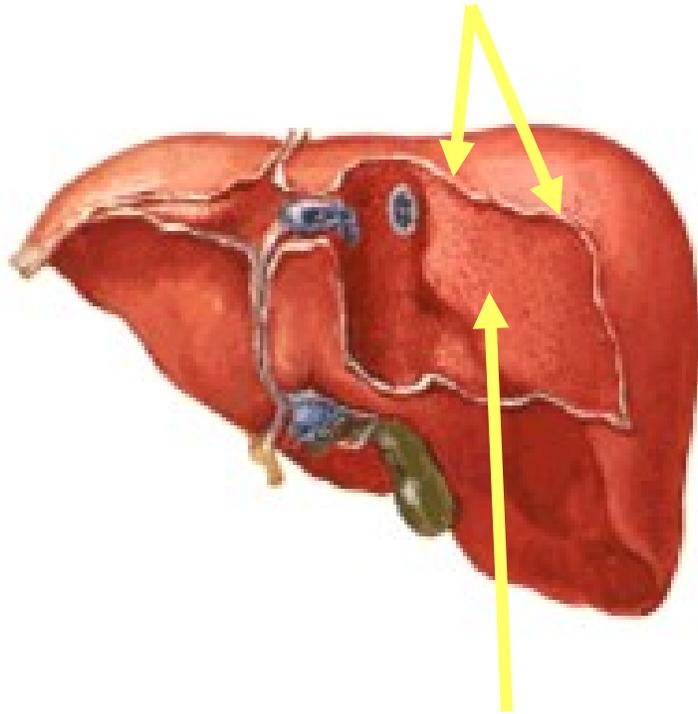
Lóbulo cuadrado

Relaciones anatómicas



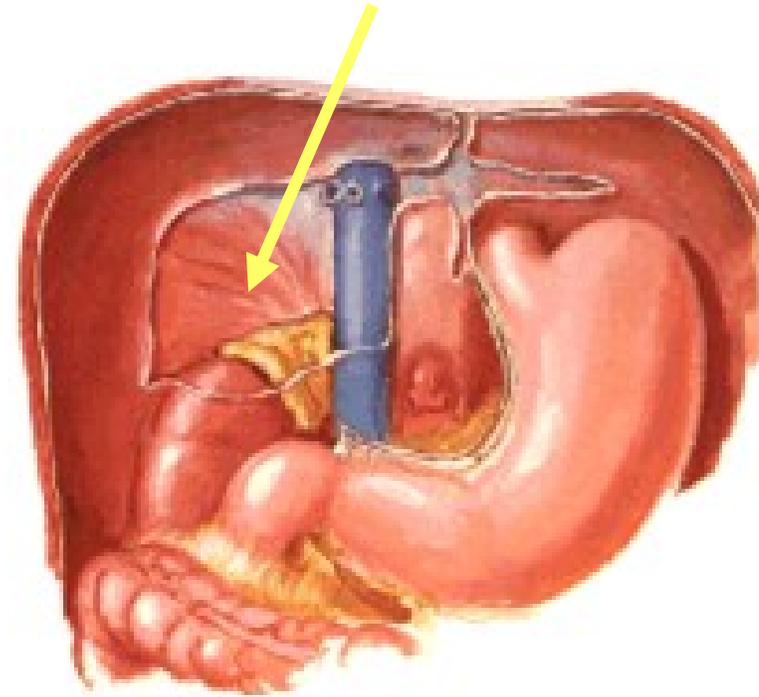
RELACIONES PERITONEALES

Peritoneo visceral

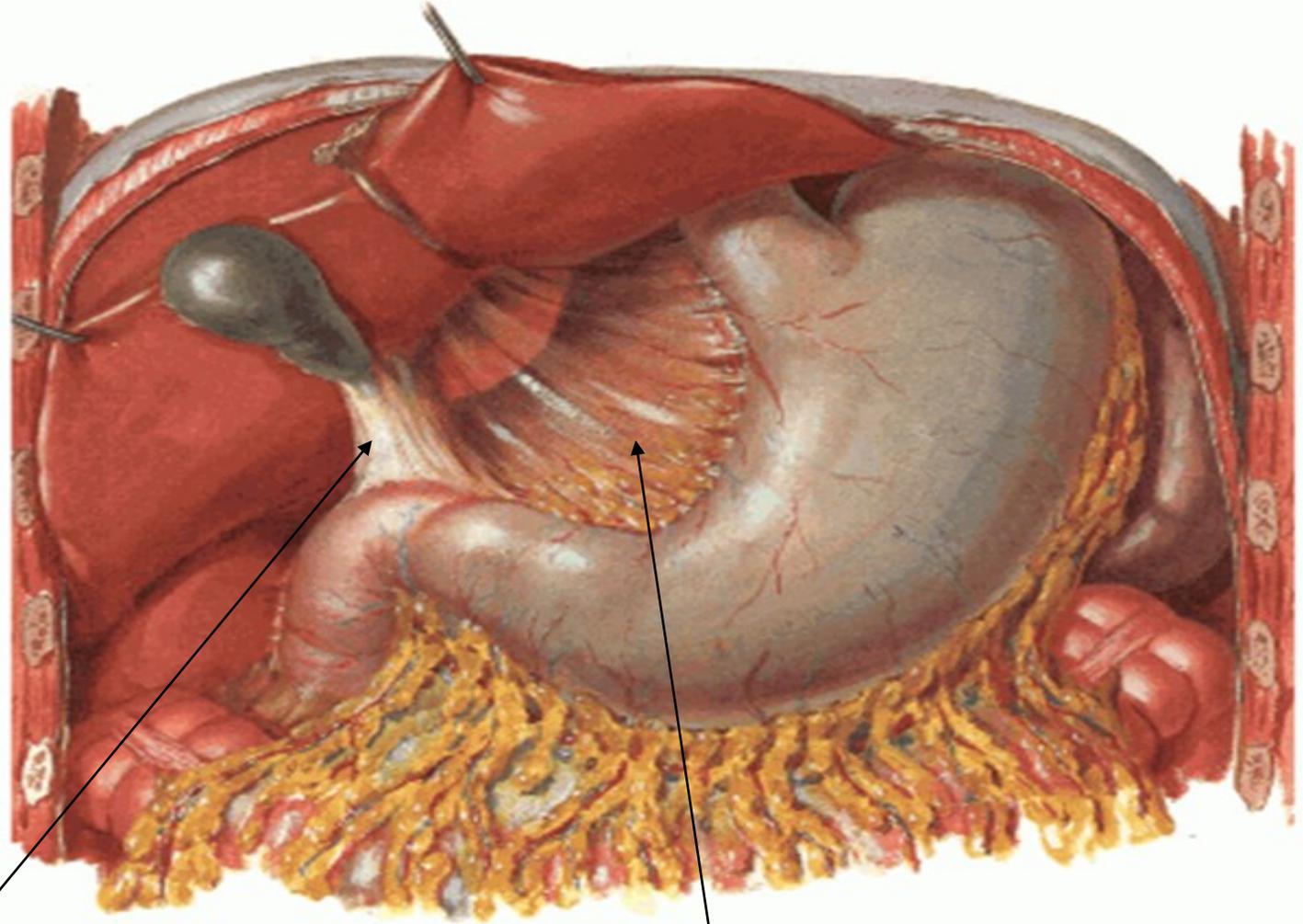


Área desnuda

Diafragma



MEDIOS DE FIJACIÓN



Ligamento
Hepatoduodenal

Ligamento
Gastrohepático

FUNCIONES DEL HÍGADO

- **Producción de bilis.**
- **Síntesis de proteínas plasmáticas, apoproteínas y factores de la coagulación.**
- **Metabolismo de lípidos, glúcidos y proteínas.**
- **Destoxificación de la sangre.**
- **Síntesis de urea, ácido úrico y creatinina.**
- **Hemocateresis.**
- **Hemopoyesis embrionaria y post embrionaria en condiciones especiales.**

CLASIFICACIÓN

ABSCESO HEPÁTICO PARASITARIO

AMEBIANO (AHA)

- ✓ Manifestación extraintestinal amebiana más frecuente (*Entamoeba Histolytica*)
- ✓ Países tropicales y áreas endémicas
- ✓ Edad promedio 18-50 años
- ✓ Relación hombre/mujer 10:1

ABSCESO HEPÁTICO BACTERIANO

PIÓGENO (AHNA)

- ✓ Edad >50 años
- ✓ Hombre = Mujer
- ✓ Compromiso > lóbulo derecho
- ✓ Mayoría de abscesos son múltiples.
- ✓ Es el tipo de absceso visceral más común

ABSCESO HEPÁTICO FÚNGICO

- ✓ *Candida spp.* es el hongo más frecuentemente involucrado y es común una coinfección por piógeno.
- ✓ Los AH por criptococos relacionados con una inmunodepresión adquirida por VIH, trasplantes de órgano sólido, déficits inmunitarios primarios o hemopatías linfoides.
- ✓ Los AH por hongos filamentosos son muy infrecuentes.

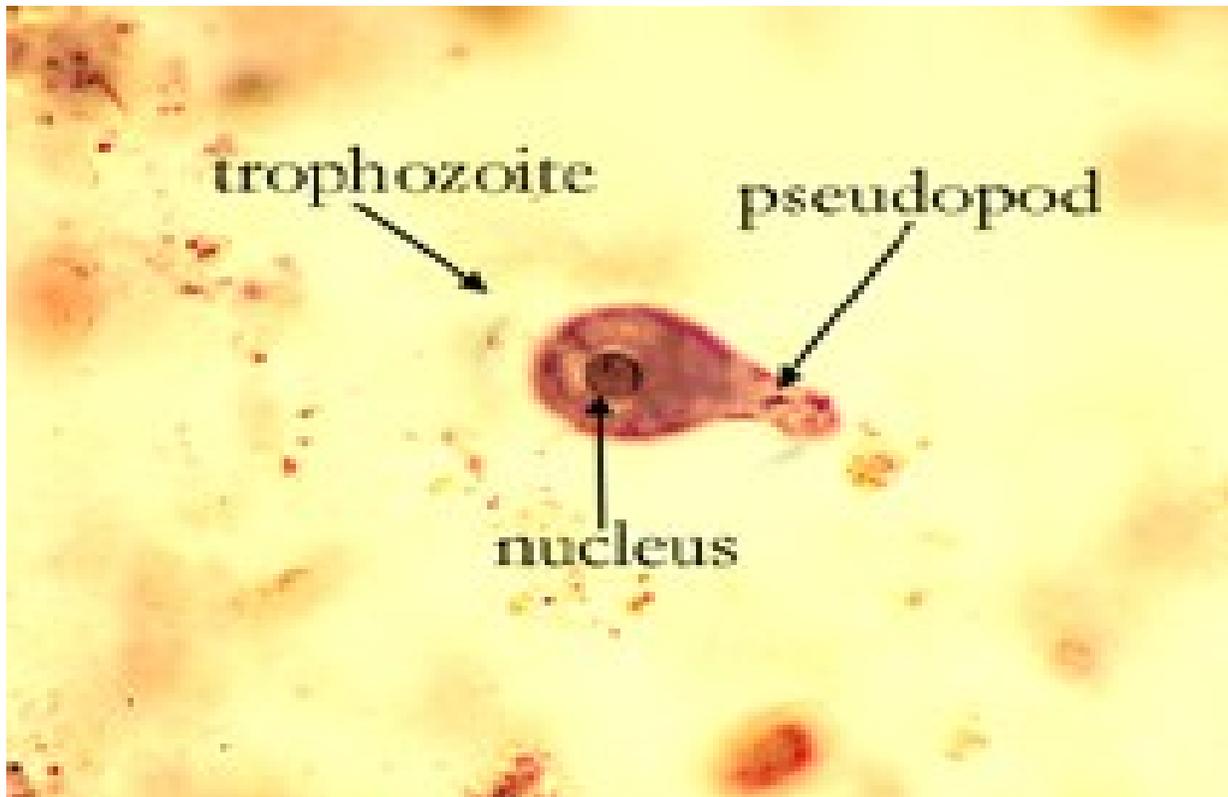
ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO

Infección de origen parasitario causado por la *Entamoeba histolytica*, la cual al invadir el parénquima glandular da lugar a la formación de una o más cavidades bien delimitadas donde el tejido de este órgano es remplazado por un material necrótico, de color amarillo claro y consistencia variable, más frecuentemente cremoso.

LAS ENTAMOEBAS. ABARCAN PROTOZOARIOS PERTENECIENTES A LOS SIGUIENTES GÉNEROS.

- **Andolinas naegleria. Vida libre.** Parasitan excepcionalmente al hombre.
- **Acanthamoeba. Vida libre.** Parasitan excepcionalmente al hombre
- **Balamuthia. Vida libre.** Parasitan excepcionalmente al hombre
Cuando parasitan al hombre con relativa frecuencia dan manifestaciones clínicas con cuadros de muy mal pronóstico.
- **Amebas parásitos obligados: E. histlytica.** Única patógena del aparato digestivo
- **Otras no patógenas: E. dispar, E. coli, E. gingivalis.
Endolimax nana, Iodoameba butschlii**

ENTAMOEBIA HISTOLYTICA. REINO PROTISTA,
PHYLUM SARCOMASTIGOPHORA, GÉNERO ENTAMOEBIA,
ESPECIE HISTOLYTICA



(trofozoito)

FORMAS EVOLUTIVAS DE LOS TROFOZOITOS Y QUISTES DE LA E. HISTOLYTICA.

- 1- Forma vegetativa tisular de gran tamaño** (patógena, hematófaga vive dentro de la mucosa intestinal) 10- 60 μm de diámetro .
- 2- Forma vegetativa pequeña** que habita en la luz intestinal. se alimenta de bacteria
- 3- Forma prequiste. Quiste inmaduro.** 10- 16 μm
- 4- Quistes maduro cuadrinucleados (forma infectante)**
- 5- Forma vegetativa. Trofozoito metaquístico**

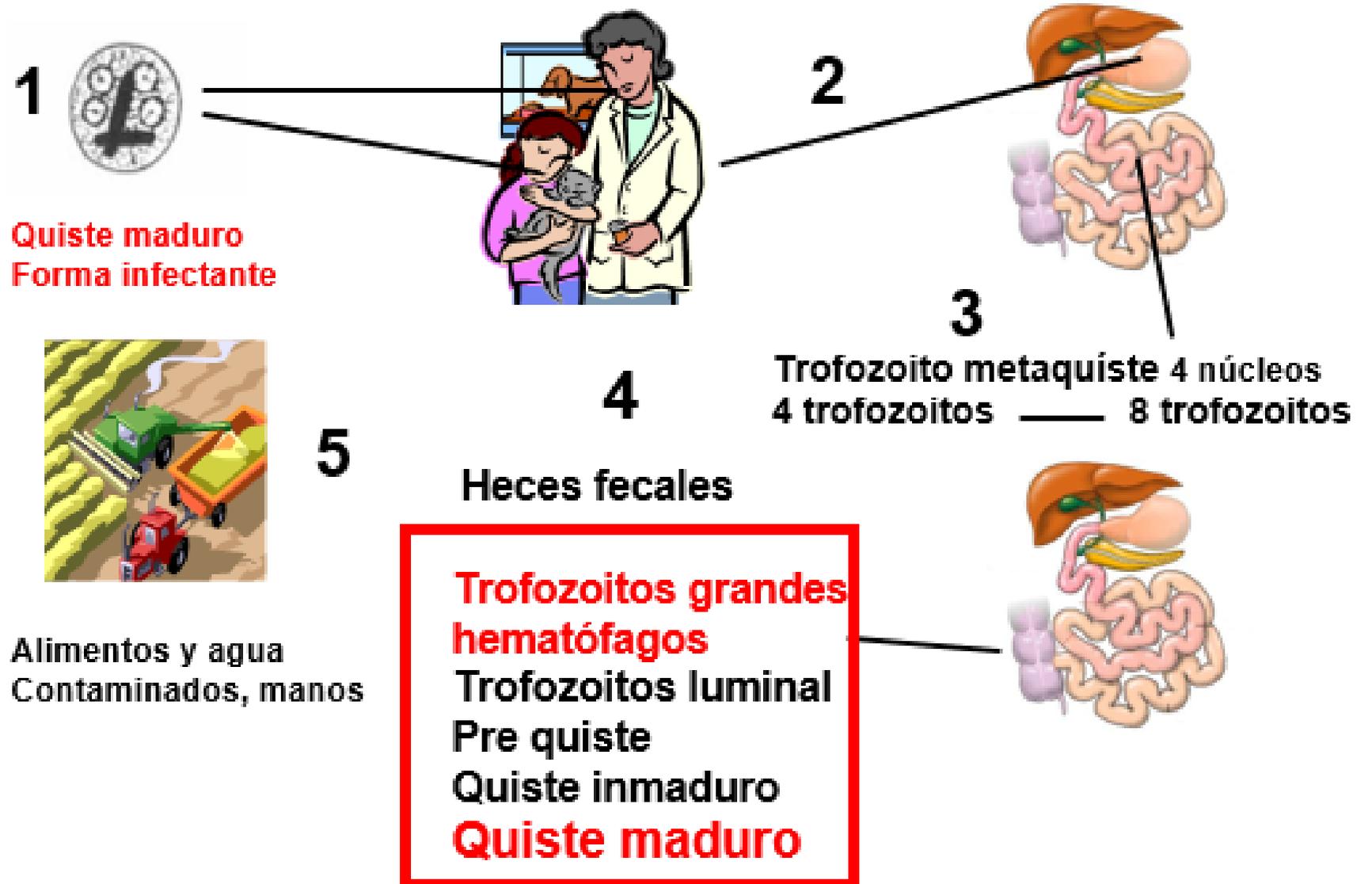


LOCALIZACIÓN DE LA AMEBA HISTOLYTICA

Intestino grueso: región ileocecal (válvula ileocecal ciega y apéndice), recto y sigmoide.

Extraintestinal: hepática (absceso), pulmonar, cerebral, corazón, piel etc.

CICLO EVOLUTIVO



PATOGENIA

- Secreción de enzimas citolíticas (lesiones **ulcerativas**, colón). **Infección bacteriana**
- Reacción inflamatoria irritación de las glándulas, aumentan **mucus**
- Pequeñas **hemorragias**.

Resultado: heces mucopiosanguinolentas

- **Metástasis a distancia**. hígado, pulmón, cerebro además de otros órganos.
- La enfermedad esta condicionada por **dos factores**:
 - La **virulencia del agente**
 - La **resistencia del hospedero**

FORMAS CLÍNICAS

- **Amebiasis intestinal asintomática:** El 90% portadores sanos

¡PUEDE VIVIR EN EL ORGANISMO COMO UN COMENSAL!

- **Amebiasis intestinal sintomática.**
 - Colitis amebiaria disentérica
 - Colitis amebiaria no disentérica
- **Complicaciones de la amebiasis intestinal sintomática**
 - Colitis fulminante
 - Colitis por perforación
 - Ameboma
 - Apendicitis amebiana

AMEBIASIS EXTRAINTESTINAL

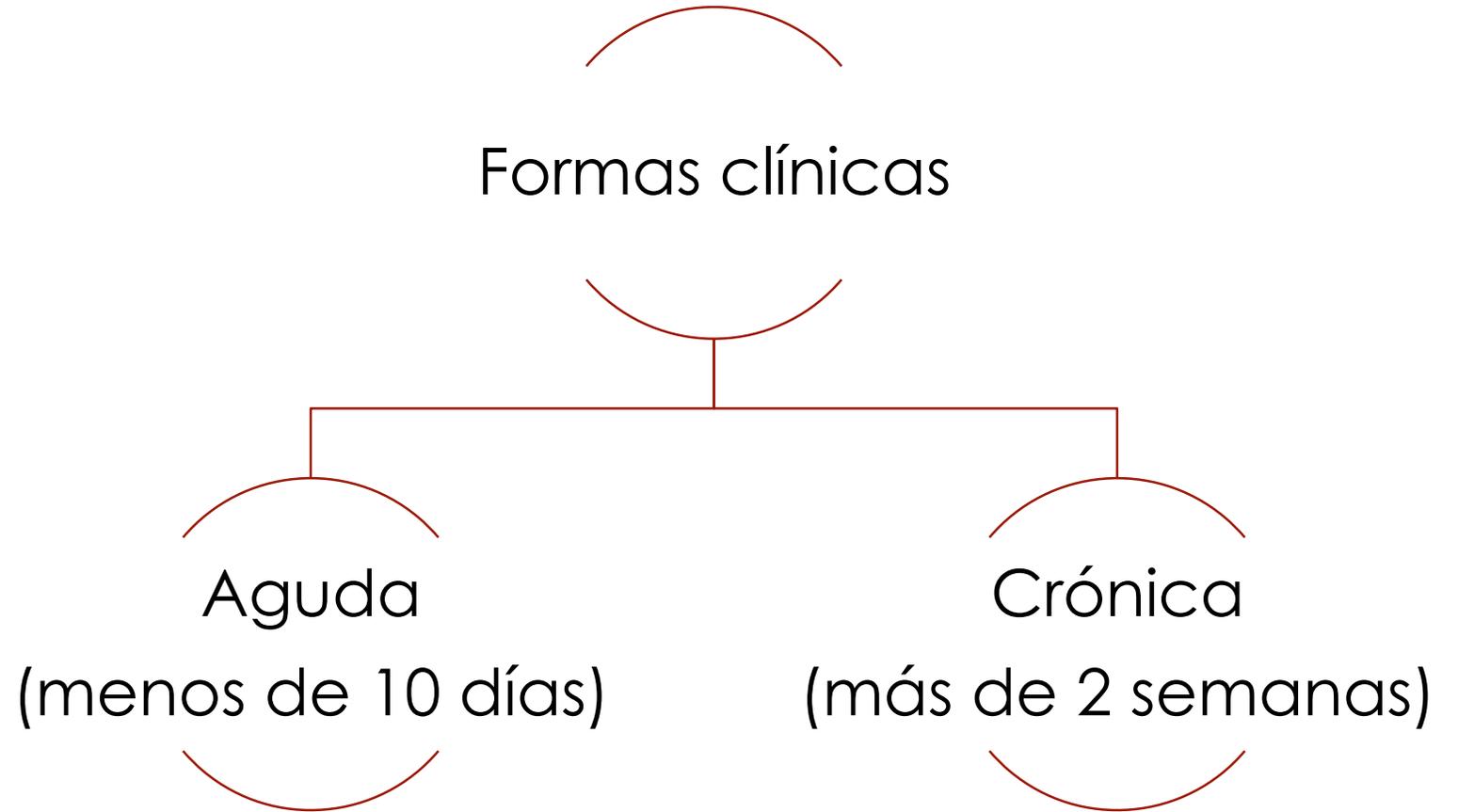
- Absceso hepático amebiano (más frecuente)
- Amebiasis pleuropulmonar
- Amebiasis pericárdica
- Amebiasis peritoneal por ruptura de absceso hepático
- Amebiasis cerebral
- Amebiasis cutánea.

ABSCESO AMEBIANO

- Se localizan preferentemente en el lóbulo derecho
- Suelen ser únicos, tamaño variable (entre pocos milímetros y 20 cm)
- La migración sanguínea del trofozoito de la *Entamoeba histolytica* desde la submucosa intestinal a localizaciones extrahepáticas, sin ocasionar afectación del hígado, es muy rara.

ANTECEDENTES

Amebiasis
intestinal o
diarrea



SÍNTOMAS



DOLOR

Derecho

Brusca A

CSD L

Variable I

Hombro, región
subescapular y
escapular

Aumenta con la
respiración y la tos

Izquierdo

Epigastrio

Región
retroesternal y
precordial,
hombro
izquierdo



Fiebre



Malestar
general



Anorexia



Astenia



Náuseas



Vómitos

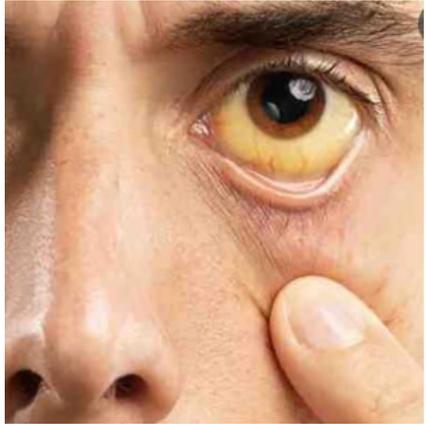


Diarreas



Tos seca

EXAMEN FÍSICO



Ictericia



Taquicardia



Inspección: zona edematosa o una elevación localizada de la caja torácica. Distensión abdominal

Palpación: hepatomegalia dolorosa con irritación peritoneal.

Percusión: dolorosa

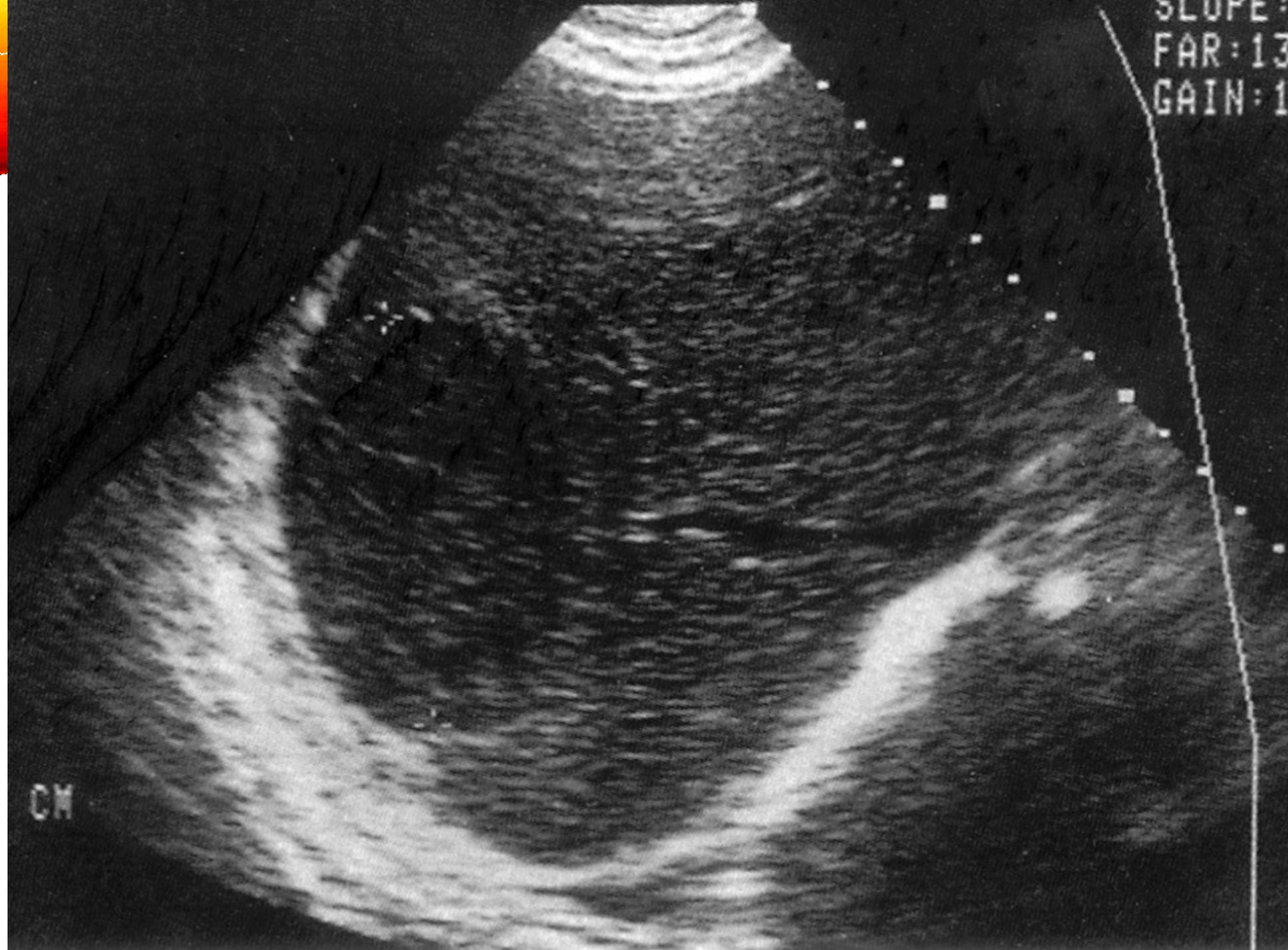
Auscultación: en el caso de los abscesos en la parte superior del lóbulo derecho, puede encontrar indicios de compresión de la base pulmonar derecha con disminución del murmullo vesicular en dicha base o signos de derrame pleural.

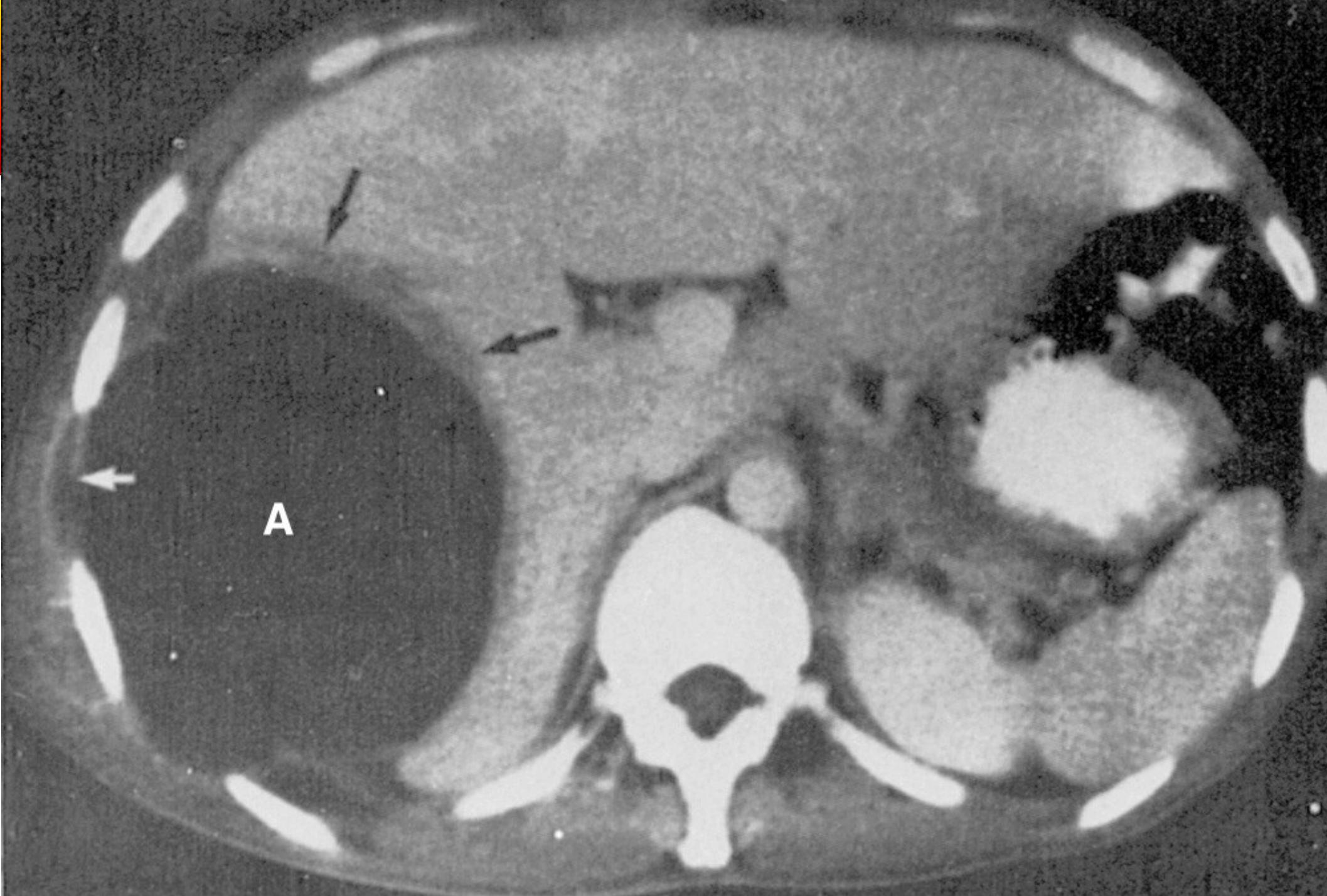
EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- Leucocitosis con desviación a la izquierda
- Anemia
- **Pruebas hepáticas alteradas:** tiempo de protrombina descendido, fosfatasa alcalina y bilirrubina elevadas (más frecuentes en el absceso piógeno)
- Técnicas Elisa
- PCR-TR
- **Radiografía de tórax:** reacción inflamatoria en el lóbulo inferior derecho del pulmón, atelectasia basal derecha, elevación del hemidiafragma derecho, derrame pleural derecho y gas en la cavidad del absceso.
- **Ultrasonido**
- **Tomografía axial computarizada**
- Resonancia magnética nuclear

SLOPE :
FAR : 13
GAIN : 1

CM





DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Absceso hepático piógeno
- Piocolecistitis
- Absceso subfrénico
- Quiste hidatídico infectado
- Hepatitis viral.
- Enfermedades pulmonares: neumonía, derrame pleural, tromboembolismo pulmonar
- Enfermedades malignas: carcinoma hepatocelular, linfoma o enfermedad metastásica del hígado.

TRATAMIENTO

- Medicamentos amebicidas: metronidazol: 500 mg a 700 mg por vía oral cada 8 h por 7 a 10 días, o por vía intravenosa 500 mg cada 6 h durante cinco a diez días. En niños se debe emplear a razón de 30 mg/kg/día.
- Si luego de cinco días de tratamiento el paciente no ha respondido o no tolera el tratamiento con metronidazol se debe administrar furoato de diloxamida, en dosis de 500 mg tres veces al día, por 10 días.

Indicaciones de aspiración percutánea (con aguja guiada por ecografía o tomografía axial computarizada)

- Alto riesgo de ruptura, es decir, cavidad de 5 cm de diámetro o más.
- Absceso del lóbulo izquierdo, por su mayor mortalidad posibilidad de ruptura hacia el peritoneo o el pericardio.
- Falla al tratamiento médico en 5 a 7 días.
- El drenaje quirúrgico solo es necesario en caso de ruptura a la cavidad peritoneal.

ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO

- No representa una enfermedad específica sino más bien el destino final de muchos procesos patológicos.
- Se localizan preferentemente en el lóbulo derecho, como consecuencia de un mayor flujo sanguíneo.
- Pueden ser únicas o múltiples, predominan los únicos
- Tamaño variable (5 cm y 10 cm)

PATOGENIA

Biliar

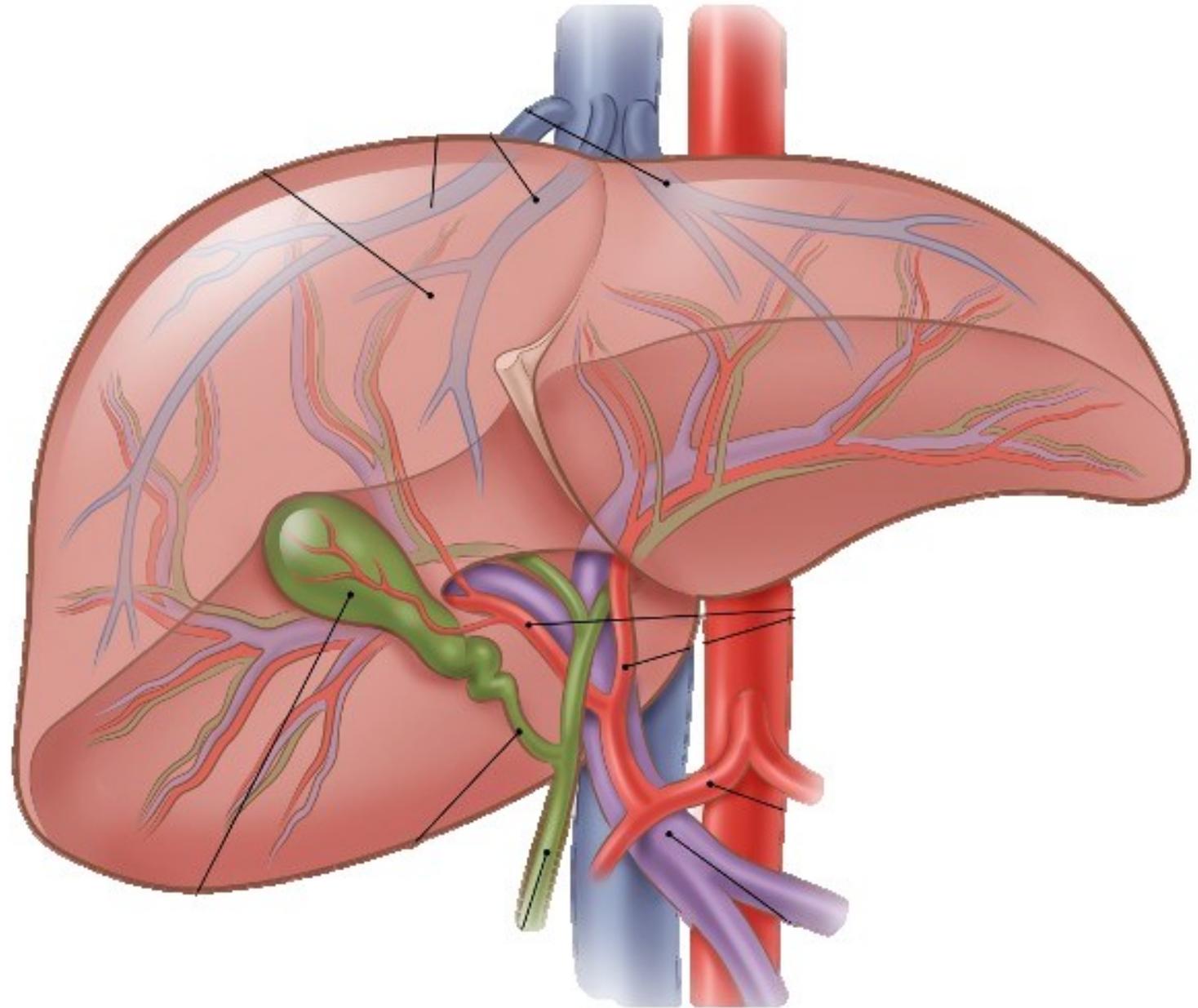
Portal

Por contigüidad

Arteria hepática

Traumatismos

Criptogénico



Etiología

Naturaleza polimicrobiana

- *Klebsiella pneumoniae* y por *Streptococcus milleri* (monomicrobiano)
- *Escherichia coli*
- *Klebsiella*
- *Pseudomonas*
- *Proteus spp*
- *Bacteroides fragilis*
- *Fusobacterium*
- *Clostridium*.

Cuadro clínico

- Triada clásica: fiebre, ictericia y dolor, asociada a colangitis o piletitis.
- Más común una forma subclínica y poco expresiva: fiebre, malestar general, anorexia, vómitos, adelgazamiento, entre otros, principalmente en pacientes ancianos
- Hepatomegalia o masa dolorosa palpable
- Ictericia: pacientes con enfermedad biliar o en los gravemente enfermos
- Absceso único: difícil de identificar, por lo general es idiopático
- Abscesos múltiples: la causa se identifica con mayor facilidad.
- Se puede manifestar como una fiebre de origen desconocido en pacientes sin hepatomegalia o dolor abdominal.



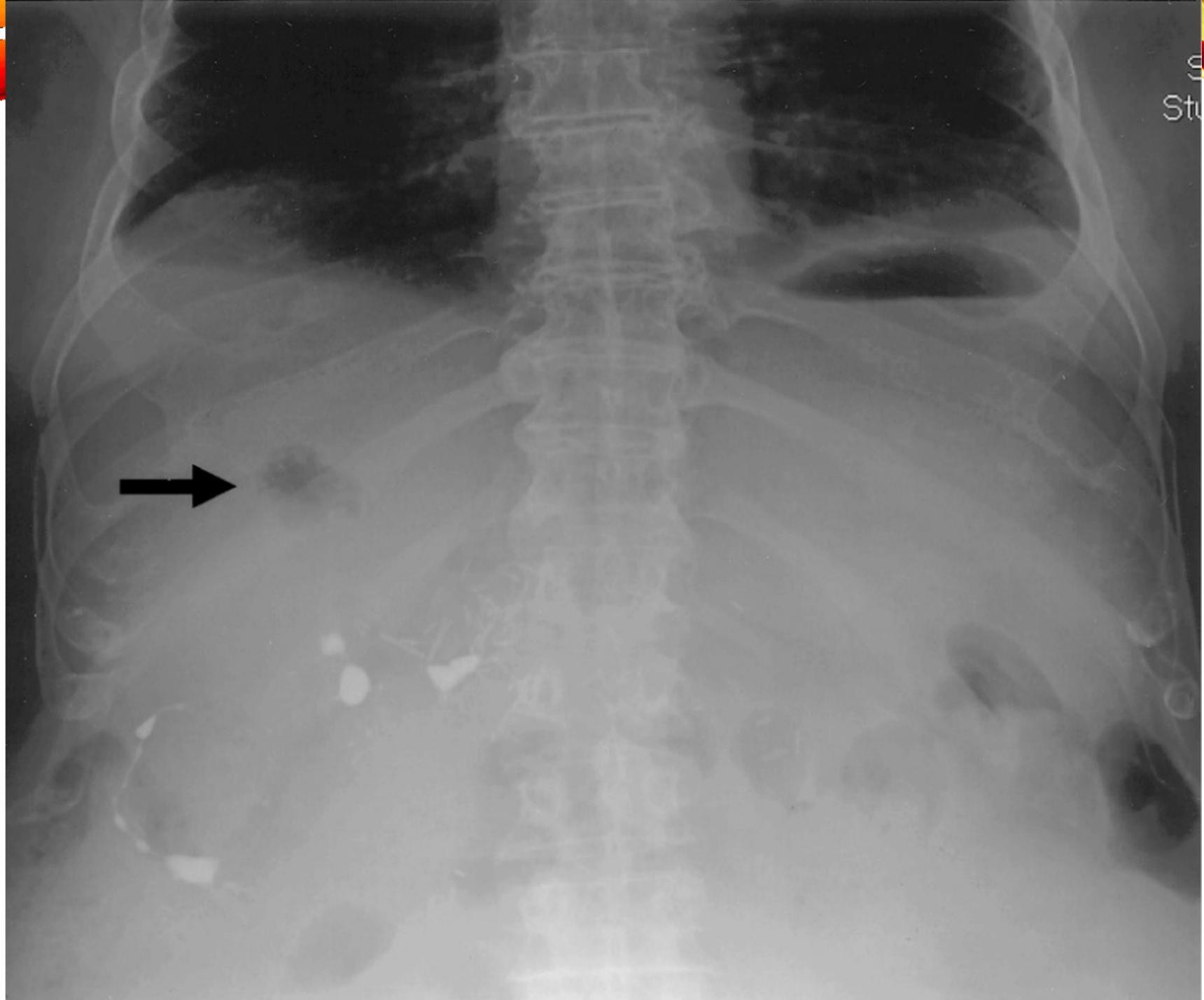
Complicaciones:

Bacteriemia y el **shock séptico**, la **rotura de abscesos** hacia la cavidad peritoneal, pleural o en el pericardio y las lesiones sépticas metastásicas (por *Klebsiella pneumoniae* en pacientes diabéticos)

Exámenes complementarios

- Leucocitosis con o sin desviación a la izquierda
- Anemia
- Prolongación del tiempo de protombina
- Pruebas de función hepática son generalmente anormales
- Transaminasa incremento moderado
- Fosfatasa alcalina elevada
- Hiperbilirrubinemia
- Elevación de la LDH y la GGT
- Hipoalbuminemia.
- Radiografía simple del abdomen (poca ayuda diagnóstica): hepatomegalia con niveles hidroaereos en la cavidad del absceso, hemidiafragma derecho se encuentra elevado, puede existir consolidación pulmonar, atelectasias basales y derrame pleural.
- Ecografía
- Tomografía axial computarizada
- Punción-aspiración diagnóstica del absceso, guiada por ecografía o TAC: para obtener muestras de pus para identificar el microorganismo causal, y sirve como drenaje terapéutico.

Radiografía abdominal simple que muestra una acumulación patológica de aire en el hipocondrio derecho, compatible con un absceso hepático piógeno (*flecha*).



Tratamiento

- Antibióticoterapia aislada de amplio espectro: cefalosporinas de segunda o tercera generación solas o asociadas con anaerobicidas (metronidazol o clindamizina), aminoglucósidos. Durante 2 o 4 semanas
- Drenaje percutáneo guiado por ecografía o drenaje quirúrgico, ambos complementados con antimicrobianos

Vías clásicas para el drenaje quirúrgico del absceso:

- Vía subcostal anterior de Clairmont
- Vía posterior de Oschner y De Bakey, por el lecho de la XII costilla

TABLA 53-5 Características del absceso hepático amebiano frente al piógeno

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	ABSCESO AMEBIANO	ABSCESO PIÓGENO
Edad	20-40 años	> 50 años
Cociente hombre:mujer	≥ 10:1	1,5:1
Solitario o múltiple	Solitario 80%*	Solitario 50%
Localización	Casi siempre, hígado derecho	Casi siempre, hígado derecho
Viaje a regiones endémicas	Sí	No
Diabetes	Poco frecuente (=2%)	Más frecuente (=27%)
Consumo de alcohol	Frecuente	Frecuente
Ictericia	Poco frecuente	Frecuente
Elevación de la bilirrubina	Poco frecuente	Frecuente
Elevación de la fosfatasa alcalina	Frecuente	Frecuente
Hemocultivo positivo	No	Frecuente
Serología amebiana positiva	Sí	No