



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

“REPORTE DE CASO: ABSCESO HEPATICO SEGMENTO V Y VI MÁS SITUS INVERSUS TOTALIS”.

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO

AUTOR: FERNANDO SEBASTIAN JARAMILLO RODAS

DIRECTOR: DR. HERNAN PATRICIO MARTINEZ CALDERÓN

ASESOR METODOLÓGICO: DRA. LIZETTE ESPINOSA MARTIN.

CUENCA - ECUADOR

2020

*Yo me gradué en
los 50 años de La Cato!
... y sostuve la Universidad*

ÍNDICE

RESUMEN:	4
ABSTRACT:	4
MARCO TEORICO:.....	5
CASO CLINICO:	9
DISCUSIÓN.	13
CONCLUSIONES:.....	15
REFERENCIAS.....	16

RESUMEN:

Se presenta el caso clínico de un paciente masculino de 90 años de edad con un cuadro clínico de 15 días de evolución caracterizado por dolor abdominal con predominio en cuadrante superior izquierdo y flanco ipsilateral, acompañado de alza térmica y deposiciones diarreicas por tres días consecutivos. Por medio de métodos imagenológicos se consigue llegar al diagnóstico de absceso hepático en segmento V y VI y situs inversus totalis, debido a la existencia de numerosas colecciones a nivel hepático y líquido en cavidad abdominal de aproximadamente 50ml y transposición de las vísceras abdominales sumándose a esto dextrocardia.

Palabras claves. Absceso hepático, peritonitis, Situs inversus totalis Dextrocardia.

ABSTRACT:

We present the clinical case of a 90-year-old male patient with a clinical picture of 15 days of evolution characterized by abdominal pain predominantly in the left upper quadrant and ipsilateral flank, accompanied by thermal rise and diarrheal stools for three consecutive days. Using imaging methods, liver abscess in segment V, VI, and situs inversus totalis are diagnosed, due to the presence of numerous collections at the liver and fluid level in the abdominal cavity of approximately 50 ml, in addition to transposition of the abdominal viscera and dextrocardia.

Keywords: Liver abscess, peritonitis, Situs inversus totalis, Dextrocardia.

FUNDAMENTO TEORICO:

El Absceso Hepático es una enfermedad infecciosa caracterizada por la presencia de una o múltiples colecciones de material purulento la misma que se rodea de una cápsula fibrosa, la misma que origina destrucción del parénquima y estroma hepático. A comienzos de 1900 la etiología común era dada por pyleflebitis debido a una apendicitis a finales de 1900, y en la actualidad la causa más común es la enfermedad de las vías biliares, no obstante, la incidencia de absceso hepático se ha visto incrementada por neoplasias y sus técnicas terapéuticas.(1) La incidencia es diferente entre la población general, ya que oscilaba entre 1,1 y 3,6 por 100 000 habitantes en Europa y América, pero tan alta como 17,6 por 100 000 habitantes en Asia.(2)(3) Existen diversas formas en las que se puede clasificar, siendo desde su ubicación anatómica (hemi-hígado / segmento comprometido, profundidad de la lesión), número de lesiones (únicas o múltiples), vías de infección (portal, biliar, contiguo) y por sobre todo depende del agente causal. En su mayoría son de etiología amebiana (*Entamoeba histolytica*), seguidas del absceso hepático piógeno que en su mayoría es de etiología polimicrobiana, siendo más prevalente en el grupo etario de 50 a 60 años, teniendo una mayor tasa de mortalidad con el 19%, debido a infecciones del sistema hepatobiliar,(4) en ciertos pacientes puede ser secundarias a infecciones causadas por otros parásitos generalmente del género *Equinococcus*, la misma que se sub clasifica imagenológicamente en CL, CE 1,CE2,CE3,CE4 y CE5 (estos varían según su gravedad, es decir desde muy activos, transición e inactivos) (Figura1) y en menor porcentaje por hongos. (5) (6)

Tipo lesión	Actividad	Ecografía	Esquema
CL	Activo	Lesión quística sin pared	
CE1	Activo	Lesión con pared, arenilla y signo de los copos de nieve	
CE2	Activo	Lesión multivesiculada, septada, signo del panal y vesículas hijas visibles	
CE3	Transicional	Lesión unilocular con desprendimiento de la membrana laminar dentro del quiste, signo del camalote	
CE4	Inactivo	Lesión heterogénea sin vesículas hijas, contenido degenerativo	
CE5	Inactivo	Calcificación total o parcial de la pared	

Figura 1

Es importante recalcar que el absceso hepático amebiano (AHA) es más común en poblaciones de países en vía de desarrollo y que no dispongan de suministro de agua potable.(7)

Existen múltiples factores de riesgo que pueden variar el pronóstico de los pacientes y que producen una mortalidad mayor, factores de riesgo como la diabetes mellitus, cirrosis, inmunosupresión, uso prolongado de fármacos inhibidores de la bomba de protones (IBP), sexo y edad. Siendo la diabetes mellitus, la cirrosis hepática y el sexo masculino factores de riesgo que aumentan la morbimortalidad.(1)

Los pacientes que presentan un absceso hepático piógeno y que además padecen de diabetes mellitus mal controlada tienen complicaciones más graves, pudiendo originar enfermedades cardiovasculares, estos están destinados a ser manejados con una terapia antibiótica combinada (carbapenémicos y cefalosporinas de tercera generación), aquí se debe considerar que la *K.pneumoniae* es el patógeno más predominante. Estos pacientes tienen alta incidencia de fiebre y absceso en ambos lóbulos.(8)

Al clasificar, basándonos en función del microorganismo tenemos: abscesos hepáticos piógenos, abscesos hepáticos amebianos y en menor frecuencia se puede encontrar abscesos hepáticos fúngicos que en un 25 % de los casos son criptogénicos. (4)

Los principales síntomas del absceso hepático piógeno son: dolor abdominal, principalmente en el hipocondrio derecho, fiebre y hepatomegalia los mismos que presentan una evolución subaguda con síntomas que varían entre 3-120 días. (2) (3). Sin embargo, con el uso de la tinción de Gram o el cultivo del aspirado son de suma importancia para el diagnóstico y el tratamiento del absceso piógeno, en más del 90% de los casos. La identificación de gérmenes es lograda al realizar cultivo del absceso y hemocultivo en más del 50% de los casos. Más de la mitad de los abscesos hepáticos polimicrobianos, los gérmenes responsables están relacionados al sitio de infección primaria. Los cuales pueden ser los responsables las Enterobacterias teniendo como principales la *E.coli* y *K.pneumoniae*, también se encuentra *Streptococcus* microaerófilos y anaerobios intestinales como *Bacteroides* spp. (9) (10)

Debido a que en etapas iniciales la especificidad y sensibilidad de los síntomas, hallazgos clínicos y exámenes de laboratorio son escasas. Es de suma importancia el empleo de técnicas imagenológicas, partiendo desde de imagen como la radiografía simple, la gammagrafía, la ecografía abdominal, la Tomografía computarizada y la resonancia magnética para la detección de la colección del absceso.(11)

La radiografía simple puede sugerir la localización del absceso en el 50% de los pacientes. La gammagrafía con galio 67 e indio 111 puede ayudar a veces a detectar abscesos abdominales, aunque se han reemplazado sobre todo por la ecografía y la TAC.

La ecografía y la TAC son los métodos de elección, ambas técnicas pueden utilizarse para la punción, aspiración y diagnóstico.(12)

Al hablar del tratamiento se recomienda la cobertura empírica para bacilos gramnegativos, cocos grampositivos y bacterias anaerobias. Partiendo desde la administración de cefalosporina de tercera generación más metronidazol o piperacilina / tazobactam. Sin embargo, algunos patógenos que comúnmente se asocian a abscesos hepáticos son resistentes tanto a la ampicilina como a las fluoroquinolonas.

Es importante establecer que la administración de antibióticos solos es eficaz netamente para abscesos pequeños, <3 a 5 cm de diámetro.(1) Es imperioso recalcar que se debe iniciar la terapia antibiótica, justo después de recoger hemocultivos y previo a realizar el drenaje. (12)

Todo absceso piógeno debe ser aspirado y en la mayoría de las ocasiones drenado. El drenaje percutáneo mediante radiología intervencionista con tratamiento antibiótico concomitante ha sido el abordaje convencional de los abscesos hepáticos.

Las complicaciones que suelen encontrarse son: sangrado, infección en el sitio de la punción, sepsis. Por otro lado, las limitaciones están en constante relación del calibre de los catéteres en especial en abscesos muy densos y en localizaciones en segmentos inferiores o izquierdos debido a la limitación en el paso del catéter percutáneo, además la evacuación completa del material purulento se logra mejor cuando el absceso muestra una pared bien delimitada, ya que, si la pared del absceso es delgada, es prácticamente imposible eliminar, en su totalidad, su contenido.(13)

El situs inversus totalis se caracteriza por la posición invertida de los órganos torácicos y abdominales con respecto al plano sagital como resultado de anomalías en la rotación del tubo cardíaco durante el período embrionario.(14)

Es una entidad poco frecuente (prevalencia estimada de 1/10.000 nacimientos) cuyo mecanismo es desconocido, aunque, recientemente, han sido identificados numerosos genes implicados en la aparición de defectos en la asimetría izquierda-derecha.(15)

Tiene un patrón de herencia autosómico recesivo con igual incidencia en ambos sexos. En la edad pediátrica con frecuencia el diagnóstico se realiza de forma casual, dada la ausencia de síntomas, ya que sólo un 5-10% asocian malformaciones cardiovasculares congénitas. (16)

La semiología puede ser confusa en pacientes con *situs inversus totalis* debido a que se caracteriza por la posición invertida de los órganos torácicos y abdominales con respecto al plano sagital, se puede confundir el dolor de la colecistitis con el dolor causado por distensión gástrica, así como el de la apendicitis aguda con la diverticulitis. Sin embargo, otro de los problemas evidenciados radica en el examinador, al no dar la suficiente un examen físico detallado. (17)

Existen varias teorías sobre su etiología, pero se cree que la más aceptada indica que se trata de una alteración autosómica recesiva en el brazo corto del cromosoma 14 que provoca una falla en la cascada enzimática durante el periodo de gastrulación, en el cual se establecen los ejes craneocaudal, dorsoventral y derecha-izquierda en dicha etapa, como resultado de anomalías en la rotación del tubo cardíaco durante el período embrionario.

Situs inversus totalis puede cursar con patologías concomitantes, por lo que es importante reconocerla como una variante anatómica, se ha descrito la asociación con bronquiectasias y sinusitis paranasal, conformando el Síndrome de Kartagener presente en el 17% al 25% de los pacientes, además existe un 5 a 10% de probabilidades de presentar que se presenten malformaciones cardiovasculares como tetralogía de Fallot y trasposición de grandes vasos corregida, de los cuales el 80% tiene un arco aórtico derecho.(18)

El diagnóstico de situs inversus puede darse de manera incidental durante el transoperatorio o como hallazgo imagenológico, no obstante, en la actualidad existe el

estudio de la lateralidad de los órganos en el feto es parte del examen ultrasonográfico rutinario, por lo cual a pesar de su baja frecuencia se debe tener en cuenta la posibilidad de la existencia de situs inversus durante la realización de esta prueba.(17) (18)

CASO CLINICO:

Paciente masculino, de 90 años de edad, mestizo, nacido en Cotopaxi y residente en Quito desde hace 7 años, instrucción primaria incompleta, religión cristiana, ocupación agricultora hasta los 70 años, estado civil viudo, grupo sanguíneo desconoce, transfusiones sanguíneas, niega. Antecedentes patológicos personales: Diabetes Mellitus tipo II, Hiperplasia prostática, Artritis Reumatoide, Situs Inversus. Antecedentes personales quirúrgicos: Apendicetomía en el año 2014. Acude a consulta en la sala de emergencia con cuadro clínico caracterizado por la presencia de alza térmica no cuantificada, dolor abdominal, localizado en cuadrante superior derecho 8/10 EVA, astenia, deposiciones diarreicas por 3 días consecutivos, razón por la cual en esta casa de salud se prescribe la medicación pertinente. Al transcurrir el tiempo el cuadro se exagera, presentando dolor en flanco izquierdo, que se irradia hacia hipocondrio 10/10 EVA. Al examen físico se observa paciente senil, estuporoso y con facies álgica. Sus signos vitales fueron: TA: 81/43 mmHg FC: 75 lpm,FR: 20 rpm SATO2: 72% FIO2 21 T: 36°C, GLASGOW: 9/15 (O2, V2, M5). Mucosas orales húmedas, tórax simétrico, expansibilidad y elasticidad conservada, sin ruidos sobreañadidos, murmullo vesicular disminuido en base pulmonar izquierda, cardíaco: punto apical en 5to espacio intercostal derecho, S1 y S2 hipo fonéticos. Abdomen se aprecia cicatriz infraumbilical, intenso doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio y flanco izquierdo, ruidos hidroaereos levemente disminuidos, timpanismo en epigastrio, signos que evidenciaron irritabilidad abdominal Región inguinal izquierda masa de 2 cm, que se reduce espontáneamente. En los exámenes imagenológicos (TAC simple y contrastada toraco-abdominal), reporta derrame pericárdico laminar. (figura 2).

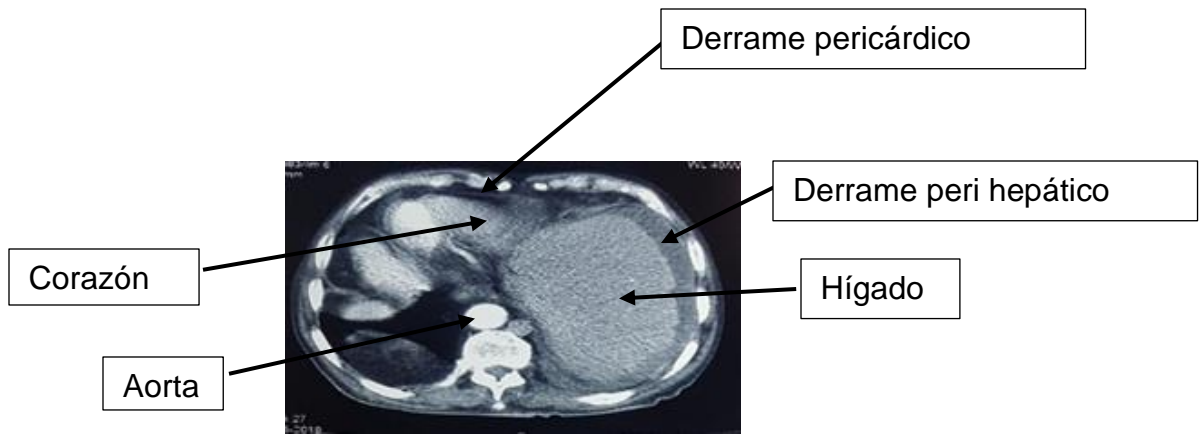


Figura 2

Se observa dextrocardia y situs inversus totalis. Evidenciándose hígado de tamaño normal, con su estructura interna heterogénea por la presencia de colecciones en número de 3, con un tamaño de 5 mm a nivel de la unión del lóbulo izquierdo y derecho, además de la presencia de colección subhepática de 40cc. (figura 3), (figura 4)

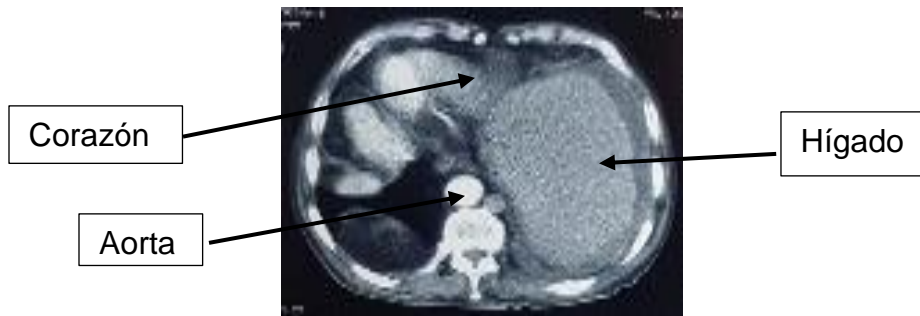


Figura 3

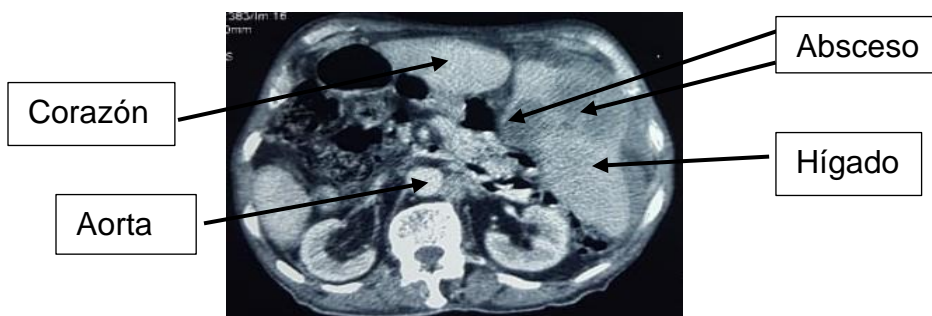


Figura 4

Dichas colecciones se definen como absceso hepático, ubicados en los segmentos V y VI asociado a peritonitis, además de situs inversus totalis. (figura 5 -6)

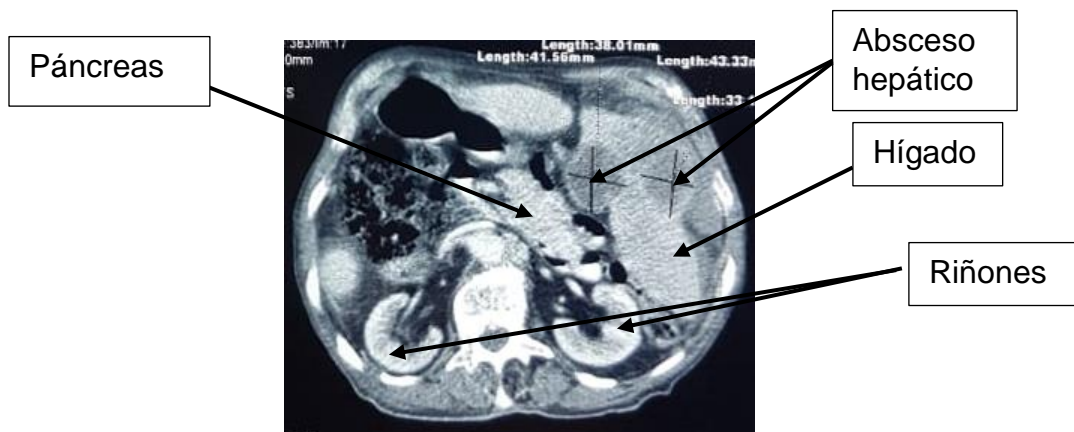


Figura 5

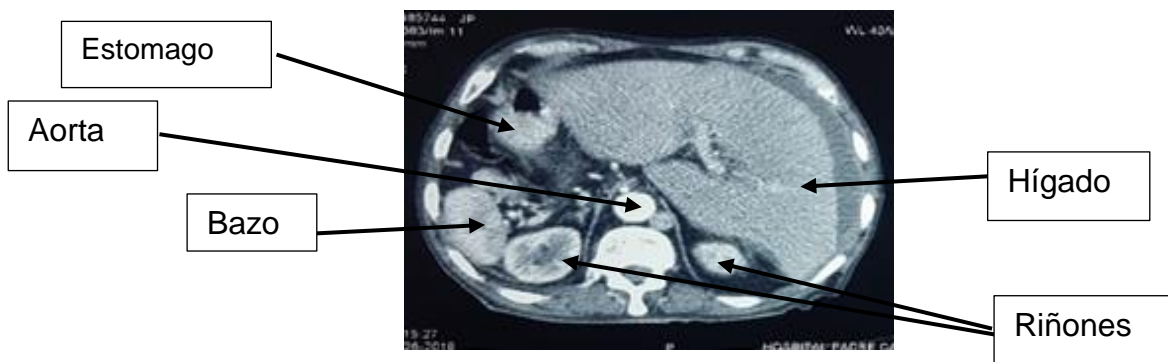


Figura 6

Laboratorio reportó: Leucocitos: 17.13 K/ μ l, Neutrófilos: 86%, Hemoglobina: 13.8 g/dl; Hematocrito: 41.6%, Plaquetas: 192.000 K/ μ l. Urea 168 mg/dl, Creatinina 3.35 mg/dl, AST 11 U/L, ALT 16 U/L, GAMMA GT 157.6 U/L, Bilirrubina Total: 0.96 mg/dl, Bilirrubina Directa 0.7 mg/dl, Fosfatasa Alcalina 631 U/L, Deshidrogenasa Láctica 133 U/L, Lipasa 163, Amilasa 45.3, PCR 23.14, Procalcitonina 8.09, NA 129.4, K 4.25, CL 97, Proteínas Totales 5.2, Albumina 2, Globulina 3.2.

Por las condiciones del paciente se decide el paso a quirófano para manejo de su patología, se realiza laparoscopia exploratoria, encontrando los siguientes hallazgos: 1. Situs inversus totalis 2. Líquido purulento en cavidad abdominal en fondo de saco rectovesical, corredera parietocolica izquierda de aproximadamente 100 ml. 3. Múltiples adherencias zuhlke II y III de reborde inferior hepático a pared abdominal y epiplón mayor. 4. Abscesos en segmentos V y VI de aproximadamente 6 y 7 cm de diámetro,

respectivamente, contenido de secreción purulenta aproximadamente 250 ml. 5. Múltiples gleras fibrinopurulentas en borde superior de hígado segmento VI.

Por lo que se procedió a colocar drenajes a nivel de abscesos hepático, tipo Jackson pratt, además adhesiolisis y colocación de drenaje a nivel de espacio vesico rectal y corredera parietocolica izquierda, extracción de gleras fibrinopurulentas de cara superior de hígado. (figura 7)

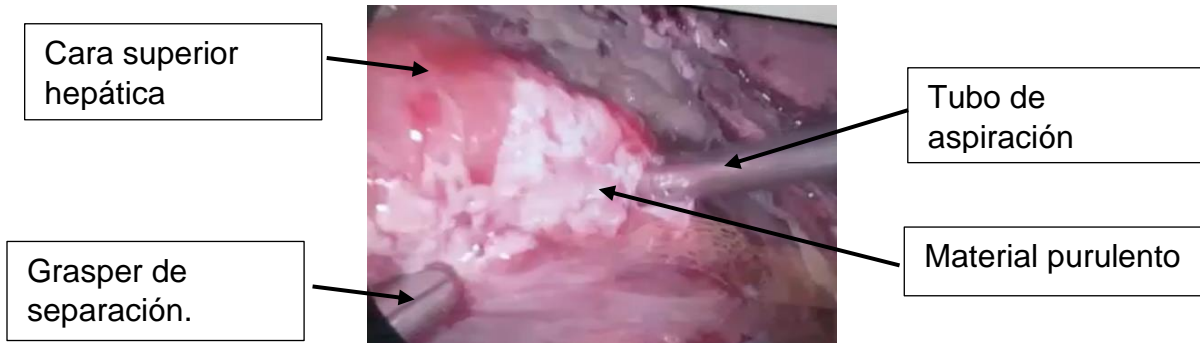


Figura 7

Durante la cirugía se toman muestras para cultivo y antibiograma, las mismas que mediante tinción de gram se aprecia leucocitos +++, flora polimorfa que evoca gérmenes anaerobios y aerobios, con abundante desarrollo de Escherichia Coli sensible a la Amikacina, Aztreonam, cefepima, imipenem y meropenem.

El paciente presenta una mejoría clínica notoria tras procedimiento quirúrgico de drenaje laparoscópico de abscesos hepaticos, la producción del drenaje de Jackson pratt fue disminuyendo considerablemente de 500ml a 15ml y se procedió al retiro del mismo, se realizó una TAC de control corte axial, donde se observa dos colecciones drenadas y una en proceso de reabsorción de 2mm aproximadamente. (figura 8-9)



Figura 8



Figura 9

El paciente tras 14 días postquirúrgicos con evolución favorable comienza a presentar dificultad respiratoria, acompañada de tos mucopurulenta y saturación baja, tras exámenes complementarios se diagnostica neumonía intrahospitalaria por lo que se administra medicación oportuna, no obstante, la evolución es desfavorable, tras 17 días de hospitalización, el paciente presenta descompensación respiratoria fulminante, motivo por el cual fallece.

DISCUSIÓN.

La sintomatología de los abscesos hepáticos es muy variante tanto en el tiempo de presentación que puede variar de días a dos o tres semanas, los hallazgos usualmente consisten en un mal estado general, pérdida de peso, fiebre, anorexia y vómito, tal cual como se presenta en nuestro caso clínico, no obstante es necesario señalar que en este reporte de caso podemos identificar un cuadro inusual, ya que tenemos un paciente con diagnóstico accidental de situs inversus totalis a sus 84 años de edad, al realizarse exámenes complementarios por manifestar clínica confusa, debido a la presencia de alza térmica no cuantificada, deposiciones diarreicas y dolor abdominal de gran intensidad en cuadrante superior izquierdo y flanco ipsilateral, (sospecha de cuadro diverticular), es necesario considerar que la literatura plantea que la clínica de abscesos hepáticos es dolor abdominal localizado en el cuadrante superior derecho y epigastrio, fiebre y malestar general, siendo prioritario el apoyo de exámenes complementarios y de imagen para un diagnóstico adecuado de los mismos.

Las bacterias piógenas representan la primera causa de abscesos hepáticos. En el 60% de los casos se encuentran una o más bacterias y en el 30% de los pacientes no se identifica ninguna. Los bacilos gramnegativos (40-60%) son los agentes más frecuentes, sobre todo *Klebsiella pneumoniae* (20-40%) y *Escherichia coli* (15-30%).

En el presente caso se realizó cultivo de la secreción del absceso, dando como resultado la presencia de *Escherichia Coli* con sensibilidad a la Amikacina, Aztreonam, ceftazidim, imipenem, meropenem. Zhao Qing Du y colaboradores en su publicación (Características clínicas y resultado del absceso hepático piógeno de diferente tamaño: experiencia de 15 años de un solo centro), obtuvieron como resultado que la *Klebsiella pneumoniae* se convirtió en la causa más frecuente en la etiología del absceso hepático, y consiguiente *E. coli*, además el 42,4% (53/125) de los pacientes con abscesos pequeños fueron tratados con antibióticos solos y la tasa efectiva fue del 100% y que los antibióticos utilizados empíricamente deben cubrir *bacilos* gramnegativos y *cocos*-grampositivos, como combinar cefalosporina de tercera generación con aminoglucósido o metronidazol (3), en nuestro paciente se administró ceftazidim 2 gramos cada 12 horas. En el presente caso se realizó laparoscopia de emergencia debido a las condiciones del paciente, ya que presentó irritación peritoneal característica de un abdomen agudo y signos de shock. Es necesario recalcar que la literatura plantea que el procedimiento laparoscópico es de elección para los abscesos hepáticos simples y de tamaño mayor a 5 cm, sobre todo si se tiene abscesos en los segmentos hepáticos IV, V, VI, VII y posteriores de difícil acceso, siempre y cuando no se cuente con procesos percutáneos y que es preferible la colocación de un catéter de drenaje, dado que la aspiración con aguja se ha asociado a una falla terapéutica de hasta 50 % en estos casos. Para el manejo de abscesos de más de 5 cm algunos sugieren la intervención quirúrgica al drenaje percutáneo, si bien la mortalidad, morbilidad y duración del cuadro no difieren, la tasa de falla al tratamiento puede ser menor con el manejo quirúrgico.

Por otro lado es importante mencionar que el *situs inversus totalis* presenta una incidencia de casos bastante baja (1/10000) y por la edad del diagnóstico a los 90 años de edad, que si bien no es una patología con baja expectativa de vida, pero suele ser diagnosticada a edades tempranas e inclusive intraútero gracias al empleo de la ecografía para el control natal, no obstante considerando la edad del paciente 90 años,

es nula la probabilidad de que haya tenido ecografías en controles prenatales, sin embargo es importante recalcar que con una radiografía simple de tórax se puede apreciar dextrocardia y una inversión en la posición del arco aórtico.

CONCLUSIONES:

El drenaje percutáneo es efectivo en el tratamiento de abscesos hepáticos, amebianos, piógenos y fúngicos, ya que, al ser un procedimiento mínimamente invasivo, que oferta adecuada seguridad y manejo de los pacientes, sin embargo, es necesario tener en cuenta que el drenaje de abscesos hidatídicos no se recomienda el drenaje percutáneo por el riesgo de contaminación de la cavidad que es muy alto. Por otro lado, la laparoscopia es un buen método terapéutico en abscesos ubicados en segmentos IV, V, VI, VII en donde no exista la posibilidad de realizar drenajes percutáneos, ya que brinda seguridad y bajos índices de recidiva, además de reducir tiempos hospitalarios y brinda excelente control del dolor postoperatorio y reducción de la morbimortalidad.

Es necesario recalcar que la patología de situs inversus totalis es poco frecuente y en la gran mayoría de ocasiones suelen orientar a un diagnóstico erróneo debido a la inversión de los órganos, por lo tanto, en el presente caso clínico fue un factor que influyó de manera considerable en la toma de decisiones y diagnóstico temprano.

REERENCIAS:

1. Mavilia MG, Molina M, Wu GY. The Evolving Nature of Hepatic Abscess: A Review. *J Clin Transl Hepatol* [Internet]. 28 de junio de 2016 [citado 25 de agosto de 2020];4(2):158-68. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4913073/>
2. dos SANTOS-ROSA OM, LUNARDELLI HS, RIBEIRO-JUNIOR MAF. PYOGENIC LIVER ABSCESS: DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC MANAGEMENT. *Arq Bras Cir Dig* [Internet]. 2016 [citado 25 de agosto de 2020];29(3):194-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5074673/>
3. Du Z-Q, Zhang L-N, Lu Q, Ren Y-F, Lv Y, Liu X-M, et al. Clinical Characteristics and Outcome of Pyogenic Liver Abscess with Different Size: 15-Year Experience from a Single Center. *Sci Rep* [Internet]. 24 de octubre de 2016 [citado 25 de agosto de 2020];6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5075934/>
4. Gallego-Mariño A, Ramírez-Batista A, Gallego-Garrido A. Absceso hepático piógeno, bolsón poliquistico e insuficiencia renal crónica. *Revista Electrónica Dr Zoilo E Marinello Vidaurreta* [Internet]. 6 de febrero de 2018 [citado 27 de agosto de 2020];43(2). Disponible en: <http://www.revzoilomarinellosld.com/index.php/zmv/article/view/1233>
5. Castillo CA, Cuadra MG, Álvarez M del CF. Hidatidosis: aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos. *Revista Española de Quimioterapia* [Internet]. 2015 [citado 1 de septiembre de 2020];28(3):116-24. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6255220>
6. Lorente Herce J, Parra Membrives P, Martínez Baena D, Jiménez Riera G, Sánchez Gálvez M. Unusual diagnosis of a giant hydatid cyst. *Cir Andal* [Internet]. 7 de febrero de 2020 [citado 1 de septiembre de 2020];31(1):81-4. Disponible en: <https://www.asacirujanos.com/revista/2020/31/1/13>
7. Castillo S, Manterola C. Morphological Characteristics of Liver Abscesses According its Etiology. *International Journal of Morphology* [Internet]. abril de 2020 [citado 25 de agosto de 2020];38(2):406-14. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95022020000200406&lng=es&nrm=iso&tlng=en
8. 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* [Internet]. 1 de octubre de 2018 [citado 25 de agosto de 2020];18(1):144. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12876-018-0875-y>
9. Neill L, Edwards F, Collin SM, Harrington D, Wakerley D, Rao GG, et al. Clinical characteristics and treatment outcomes in a cohort of patients with pyogenic and amoebic liver abscess. *BMC Infectious Diseases* [Internet]. 3 de junio de 2019

[citado 25 de agosto de 2020];19(1):490. Disponible en:
<https://doi.org/10.1186/s12879-019-4127-8>

10. Luo M, Yang X-X, Tan B, Zhou X-P, Xia H-M, Xue J, et al. Distribution of common pathogens in patients with pyogenic liver abscess in China: a meta-analysis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. octubre de 2016;35(10):1557-65.
11. Arias-Loste MT, Puente A, Ruiz-Bueno P, Lope CR de, García JC. Afectación hepática en enfermedades infecciosas. *Hepatopatías en pacientes inmunodeficientes*. *Medicine* [Internet]. 1 de abril de 2016 [citado 27 de agosto de 2020];12(9):505-14. Disponible en: <http://www.medicineonline.es/es-afectacion-hepatica-enfermedades-infecciosas-hepatopatias-articulo-S0304541216300312>
12. Fernández Sampedro M, del Pozo JL. Infecciones de la vía biliar. Abscesos abdominales. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* [Internet]. marzo de 2018 [citado 24 de agosto de 2020];12(51):3010-9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0304541218300490>
13. Carvajal JJ, Betancur Salazar K, Mosquera-Klinger G. Drenaje transgástrico por ultrasonido endoscópico de un absceso hepático en paciente con disfunción multiorgánica. *Revista de Gastroenterología de México* [Internet]. febrero de 2020 [citado 24 de agosto de 2020];S0375090620300082. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0375090620300082>
14. Moyon C MA, Rojas CL, Moyon C FX, Aguayo WG, Molina GA, Ochoa C, et al. Acute cholecystitis and residual choledocholithiasis in a situs inversus patient, successful laparoscopic approach and ERCP a case report from Ecuador. *Annals of Medicine and Surgery* [Internet]. 1 de junio de 2020 [citado 28 de agosto de 2020];54:101-5. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2049080120300546>
15. Juncos C M, Ros F MA, Maravall LI M, Álvarez-Pitti J. Situs inversus totalis: A propósito de 2 casos clínicos. *Rev chil pediatr* [Internet]. junio de 2014 [citado 25 de agosto de 2020];85(3):344-50. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062014000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=en
16. Hernández MG, Choque C. Situs inversus totalis en hospital boliviano español Patacamaya, Bolivia. :5.
17. Moncayo RAA, Granizo LCB, Cobos HGS. Reporte de Caso: Situs Inversus Totalis. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular* [Internet]. 18 de enero de 2019 [citado 25 de agosto de 2020];24(4):438-43. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/752>
18. Aljure Reales V de J, Álvarez Gallego GC, Ávila Espitia NC, Arrieta Coley A, Ángel Suárez OG. Situs inversus totalis: revisión de tema con aproximación a la Genética y reporte de casos. *Revista Colombiana de Cardiología* [Internet]. enero de 2017

[citado 25 de agosto de 2020];24(1):40-7. Disponible en:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0120563316301929>

ANEXOS:



AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, **FERNANDO SEBASTIAN JARAMILLO RODAS**, portador de la cédula de ciudadanía No. **0106673965**. En calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación "**REPORTE DE CASO: ABSCESO HEPATICO SEGMENTO V Y VI MAS SITUS INVERSUS TOTALIS**" de conformidad a lo establecido en el artículo 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Así mismo, autorizo a la Universidad para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 10 de noviembre de 2020



FERNANDO SEBASTIAN JARAMILLO RODAS
C.I. 0106673965

www.ucacue.edu.ec

REPORTE DE CASO

INFORME DE ORIGINALIDAD

4%

INDICE DE SIMILITUD

%

FUENTES DE
INTERNET

%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad San Francisco de
Quito

Trabajo del estudiante

2%

2

Submitted to Universidad Catolica De Cuenca

Trabajo del estudiante

1%

3

Submitted to Universidad Nacional Mayor de
San Marcos

Trabajo del estudiante

<1%

4

Submitted to Universidad Nacional de Colombia

Trabajo del estudiante

<1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Activo