

Experiencia clínica con la punción temprana del absceso hepático amibiano

Arturo Abisai Avendaño-Arredondo,* Gerardo Gil-Galindo,
Manuel de Jesús García-Solís,** José Pulido-Rodríguez****

Resumen

Introducción: Los abscesos hepáticos amibianos son una patología frecuente en México, donde se presentan con características diferentes a las encontradas internacionalmente, por lo cual en nuestro país los tratamientos y el manejo de esta patología deben ser también distintos. Aquí se propone redefinir las indicaciones para los procedimientos intervencionistas de mínima invasión en los abscesos hepáticos amibianos. En el Hospital Metropolitano "Bernardo Sepúlveda", San Nicolás de los Garza, Nuevo León, hay un alto índice de laparotomías, así como prolongada estancia intrahospitalaria y alta morbilidad. De allí la hipótesis de que al puncionar todos los abscesos habrá mejor respuesta al tratamiento.

Material y métodos: Se analizaron 29 pacientes con absceso hepático a quienes se les aplicó tratamiento tradicional (grupo control), comparándolos con 22 pacientes en quienes se puncionó el absceso 48 horas después del ingreso hospitalario (grupo protocolo).

Resultados: Ambos grupos tuvieron características similares y manejo médico. En el primero se puncionó a 13.79 % y en el segundo, a 100 %. En 44.82 % del grupo control se realizó laparotomía y en 4.5 % del grupo protocolo. El primer grupo acumuló 11.96 días de estancia intrahospitalaria y el segundo, 4.76. La sintomatología en el grupo control desapareció a los ocho días mientras que en el grupo protocolo, a los dos.

Discusión: Aún no se han logrado precisar las indicaciones para puncionar un absceso hepático.

Palabras clave: Absceso hepático, drenaje percutáneo.

Summary

Background: Amebic hepatic abscesses are a frequent illness in Mexico, where these are different from those of the rest of the world. The treatment that we use should also be different. We propose new indications for percutaneous drainage in this pathology. In our hospital we found a high incidence in laparotomies, morbidity and lengthy hospitalization for this illness.

Methods: We studied 29 cases of hepatic abscesses treated at our hospital from January 2002 to May 2004. Patients received the conventional treatment and we compared this group with another group of 22 patients who had drainage before 48 h of hospitalization, during the period from June 2004 to August 2005.

Results: Both groups showed similar characteristics. The first group was drained only in 13.79 % of cases, the second in 100 %. In the first group, 44.82 % had surgery and in the second group 4.5 % had surgery. Length of hospitalization in the first group was 11.96 days and in the second, 4.76 days.

Conclusions: We still have no clear indications of when to opportunely drain a hepatic abscess.

Key words: Amebic hepatic abscess, percutaneous drainage.

Introducción

En pocas patologías se encuentra una diferencia tan marcada en la terapéutica e incidencia entre los países y continentes como en la amibirosis.

Mientras que en Europa los abscesos hepáticos amibianos son raros, en su mayoría presentan un volumen menor de 50 ml y se presentan sólo en personas inmunodeprimidas o que han viajado por áreas endémicas, en México son al menos 10 veces mayores en su volumen y la amibirosis es un problema de salud pública. Por lo tanto, el tratamiento debe ser distinto.^{1,2}

La bibliografía proveniente de Estados Unidos indica que sólo se realiza laparotomía en pacientes que se complican con mediastinitis; en los demás, el tratamiento es el estándar y las pun-

* Residente de cuarto grado.

** Departamento de Cirugía General.

Hospital Metropolitano "Bernardo Sepúlveda", San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México.

Solicitud de sobretiros:

Arturo Abisai Avendaño-Arredondo,
Chiapas 1015, Col. República Poniente,
25265 Saltillo, Coahuila.
Tel. y fax: (844) 415 7491.
E-mail: aaavendano2001@yahoo.com

Recibido para publicación: 12-10-2006

Aceptado para publicación: 15-01-2007

ciones percutáneas guiadas por ultrasonido tienen indicaciones muy precisas y se realizan sólo en 5 % de los casos.³

El problema de amibirosis en México presenta una importancia sobresaliente. Se calcula que más de un millón de mexicanos padece la forma intestinal de amibirosis. El sitio extraintestinal de más frecuente afección es el hígado, en 3 a 9 %.^{2,4} La tasa de morbilidad por absceso hepático fluctúa entre tres y cuatro casos por cada 100 mil habitantes. Los abscesos pueden presentarse en niños menores de nueve años, sin embargo, la incidencia aumenta después de los 45 años de edad.^{5,6}

El absceso hepático puede ocupar desde 90 % del total del parénquima hepático hasta tener unos pocos centímetros. Generalmente se encuentran abscesos únicos, pero hasta en 17 % de las ocasiones pueden ser múltiples.^{5,7,8}

Es común que en los abscesos se encuentre material amorfo, eosinófilos y trofozoitos. El color suele ser achocolatado, aunque puede variar a verdoso dependiendo del tiempo de evolución.

Los abscesos hepáticos amibianos se observan con más frecuencia en varones, en una proporción de 10:1. En adultos, el grupo etario más afectado es el de 30 a 50 años. Los hallazgos clínicos más comunes son fiebre, dolor y hepatomegalia. Sólo en 23 % de los casos se encuentra el antecedente de cuadro diarreico.

Es importante distinguir entre absceso de origen amibiano o piógeno, ya que el tratamiento y el pronóstico no coinciden. Esta diferenciación sólo se logra con la punción del absceso y el resultado de los cultivos.

El tratamiento se puede dividir en farmacológico y quirúrgico. El primero ha sido ampliamente aceptado ya que por sí solo el metronidazol cura la amibirosis hepática. El metronidazol tiene su principal mecanismo de acción en interferir con la síntesis de ácido nucleico en la duplicación de la *Entamoeba histolytica*. Los antibióticos deben prescribirse cuando se ha demostrado sobreinfección bacteriana; los más útiles son ampicilina, aminoglucósidos, quinolonas y cefalosporinas de tercera generación.⁷

El tratamiento quirúrgico se divide en aspiración percutánea y drenaje quirúrgico. Las indicaciones para aspiración percutánea no están bien definidas, pero en general, los abscesos que se puncionan son los mayores de 150 ml, ante presencia de menos de tres abscesos o falla de respuesta al tratamiento médico en tres a cinco días, los localizados en lóbulo izquierdo, con inminencia de ruptura o los accesible a punción.⁹⁻¹¹ Las indicación de punción se han incrementado ya que es un procedimiento seguro, con mínimas complicaciones, y la combinación de punción y metronidazol ha dado buenos resultados.¹¹

La laparotomía se prescribe cuando falla la punción evacuatoria, en abscesos muy grandes, en los que tienen alto riesgo de ruptura a pericardio, cuando hay contaminación bacteriana o sepsis intraabdominal.

Los pacientes que requieren tratamiento quirúrgico tienen mayor mortalidad y complicaciones, ya que pueden presentar in-

fección pulmonar, fleo, sangrado y fistula biliar. Otra modalidad puede ser la laparoscopia, por las ventajas de la cirugía de invasión mínima.

Los resultados quirúrgicos son satisfactorios en 96 % y la mortalidad es de 3.8 %.

Objetivos

- Evaluar los resultados terapéuticos de la punción de los abscesos hepáticos amibianos antes de transcurridas 48 horas del ingreso hospitalario, comparándolos con los obtenidos con la terapéutica médica actual en el Hospital Metropolitano "Bernardo Sepúlveda", San Nicolás de los Garza, Nuevo León.
- Establecer un protocolo de manejo de abscesos hepáticos amibianos que cumpla con las necesidades de la institución.
- Disminuir los días de estancia intrahospitalaria de los pacientes con dicha patología y disminuir o evitar los días de tratamiento antimicrobiano, así como evitar complicaciones de esta entidad médica.
- Reducir el número de laparotomías efectuadas en los pacientes con absceso hepático amibiano, acortar el tiempo de recuperación y reincorporar al paciente a sus actividades más rápidamente.

Hipótesis

Los pacientes con abscesos hepáticos amibianos a quienes se les realiza punción percutánea antes de transcurridas 48 horas del ingreso hospitalario, tienen mejor evolución clínica, presentan menor estancia intrahospitalaria y se recuperan más pronto.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de la epidemiología y tratamiento empleado en los pacientes que presentaron abscesos hepáticos amibianos de enero de 2002 a mayo de 2004 (grupo control), y se evaluaron los resultados. Se lograron recabar 29 pacientes. Posteriormente se efectuó un análisis prospectivo de junio de 2004 a agosto de 2005: todos los pacientes con absceso hepático amibiano fueron puncionados; de igual forma se evaluaron los resultados. En este grupo (protocolo) se estudiaron 22 pacientes.

Las variables medidas fueron el tiempo de evolución, de dolor y fiebre, antes y después del tratamiento. Se midió el volumen del absceso, impronta de amiba en platina caliente, cultivo de material purulento y seroameba.

Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 15 años de edad ingresados al Departamento de Cirugía General. Y los criterios de exclusión: pacientes menores de 15 años, abscesos con volumen menor a 40 ml, más de cinco abscesos hepáticos simultáneos, licefacción escasa.

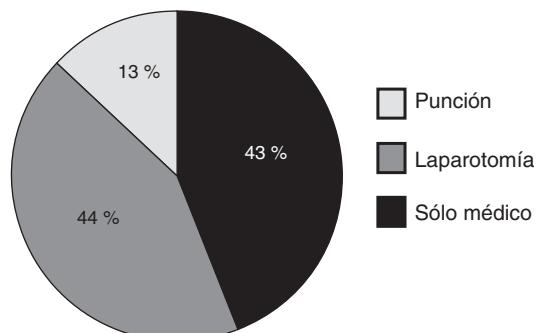


Figura 1. Tratamiento en el grupo control.

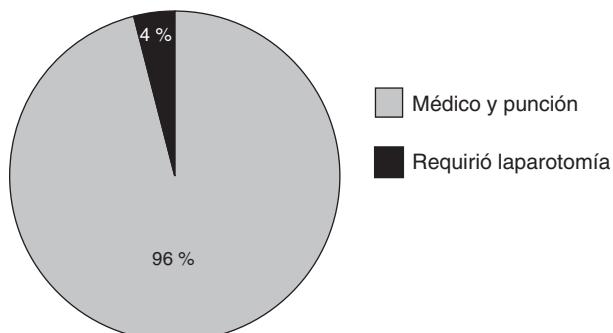


Figura 2. Tratamiento en el grupo protocolo.

Los criterios de suspensión fueron presentar más de 10 % de complicaciones relacionadas con la punción tales como sangrado, perforación intestinal, neumotórax o mala evolución.

El instrumento de medición fue un formulario donde se reca-
baron los datos para las mediciones correspondientes (cuadro I).

Se solicitaron los siguientes exámenes al ingreso: biometría hemática completa, tiempos de coagulación, pruebas de función hepática, impronta de amiba en platina caliente, seroameba, química sanguínea (en pacientes mayores de 40 años o en quienes por alguna otra patología la requirieran).

Se solicitaron los siguientes exámenes de gabinete: ecografía de abdomen superior, telerradiografía de tórax, electrocardio-
grama (en mayores de 40 años).

El paciente fue evaluado clínicamente a las 48 horas, antes de puncionarlo y después de realizar dicho procedimiento.

El análisis estadístico se llevó a cabo con el software *VassarStats: Statistical Computation Web Site*.¹²

Punción

Los abscesos se puncionaron con un kit especial de punción percutánea, consistente en dos agujas largas de punción, guías largas que pasan por dichas agujas, dilatadores que van de 4 a 14 Fr y, finalmente, un catéter de 12 o 14 Fr. El procedimiento se realizó en la Sala de Rayos X estando presentes el médico radiólogo, el cirujano y el enfermero.

Se localizó el lugar de punción más adecuado con una ecografía, se marcó y se procedió a asepsia y antisepsia de la región. El sitio fue puncionado con una jeringa de 20 ml, provista con una aguja hueca y un transductor cubierto por látex estéril. Se aspiró el material purulento, que fue enviado a cultivo, y se introdujo la guía. La aguja se retiró y se pasaron los dilatadores después de realizar una pequeña incisión en la piel hasta el calibre deseado (por lo general de 12 o 14 Fr). Finalmente se colocó el catéter, el fijador y se retiró la guía. Se aspiró toda la secreción posible y el catéter fue conectado a una bolsa de recolección. Éste se dejó entre siete y 12 días hasta que la secreción desapareciera.

Resultados

En el grupo control se estudiaron 29 pacientes: 27 hombres y dos mujeres, con edad promedio de 39 años. Los síntomas más frecuentes fueron dolor y fiebre. En tres se presentó derrame pleural derecho. El número de abscesos fue de uno en 24 casos, de dos en tres casos y de tres en dos. En cuatro hubo un absceso único izquierdo. La impronta de amiba en platina caliente se realizó en 12 casos (42 %) y fue positiva en uno (8 %). La seroameba se tomó en 10 (35 %) y fue positiva en 50 %. El cultivo para aerobios se realizó en 32 % de los casos y en todos fue negativo. El volumen en promedio de cada absceso fue de 419 ml. Cuatro abscesos (13 %) fueron de 50 ml, los demás tenían volúmenes superiores a 100 ml (tres superiores a 1000 ml). El tratamiento instaurado fue exclusivamente médico en 43 %; cuatro pacientes fueron puncionados (13 %) y 13 fueron sometidos a laparotomía (44 %) (figura 1).

En el grupo protocolo se revisaron 22 pacientes: 21 hombres y una mujer, con edad promedio de 47 años. Los síntomas más frecuentes fueron dolor y fiebre. En ningún caso se presentó derrame pleural. Todos los pacientes tuvieron absceso único del lóbulo derecho. La impronta de amiba en platina caliente se realizó en todos los casos y fue positiva en 13 %. La seroameba se solicitó en 20 casos (90 %) y fue positiva en 75 %. El cultivo para aerobios se tomó en 90 % de los casos y siempre fue negativo. El volumen promedio de los abscesos fue de 363 ml; todos los abscesos eran superiores a 100 ml (uno mayor de 1000 ml). El tratamiento instalado fue médico en todos y el drenaje por punción se realizó antes de transcurridas 48 horas del ingreso hospitalario (41 horas en promedio). Sólo se necesitó una laparotomía (4 %) por ruptura del absceso a pleura y cavidad abdominal (figura 2).

El tiempo promedio de uso del ultrasonido fue de 81 minutos. El promedio de drenaje fue de 92 %, incluyendo 18 de 100 %. Se observó que el grado de licuefacción influyó de forma importante en el drenaje, ya que una licuefacción menor de 40 % dificulta el drenaje en el momento de la punción. No existió ninguna complicación relacionada con la punción, como punción de pleura, de intestino o sangrado.

Cuadro I. Hoja de recolección de datos

Expediente:		Edad:		Sexo:	
Estado clínico del paciente a su ingreso:					
Dolor	X	XX	XXX	Fiebre: Sí	No 37.1 a 38.3 38.4 o más
¿Paciente del protocolo?				No	
Tratamiento utilizado en el paciente:					
Días para instalar el tratamiento:		Médico	Punción	Laparotomía	
Días en que desaparece la sintomatología (desde su ingreso):					
Días de estancia intrahospitalaria:					
Resultados de laboratorio:					
IAPC		Seroameba	C. Aerobios	C. Anaerobios	
+	-	+	-	+	-
Resultados de exámenes de gabinete:					
Telerradiografía de tórax:		Datos de derrame	Datos de pericarditis	Derrame pleural	
Eco de abdomen:		Sí Número de abscesos	No Lóbulo afectado	Der Izq	Izq Tamaño del absceso mL
Para pacientes que se puncionaron:					
Número de abscesos puncionados:				Tiempo de ocupación de eco:	min
Volumen puncionado:		mL	Porcentaje del volumen evacuado:		%
Complicaciones durante la punción:					
Señalar:		Sí	No		
Complicaciones posteriores a la punción (seguimiento por 1 mes):					
Absceso residual		Fistula biliar	Laparotomía	Otra:	
Sí	No	Sí	No	Sí	No

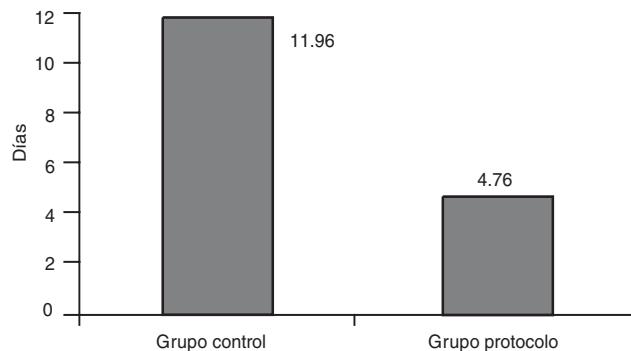


Figura 3. Días de estancia intrahospitalaria.

Las características de los pacientes y el tipo y tamaño de absceso fueron similares en ambos grupos. El indicador para valorar la evolución de ambos grupos fue el tiempo de estancia intrahospitalaria, que en el primer grupo fue de 11.96 días mientras en el segundo grupo, de 4.76 ($p < 0.0001$) (figura 3). La incidencia de laparotomía fue de 44.82 % en el primer grupo y de 4.5 % en el segundo ($p < 0.001$) (figura 4). La sintomatología en promedio tardó en desaparecer ocho días en el primer grupo y un día, en el segundo ($p < 0.0001$) (figura 5 y cuadro II).

Discusión

En los textos clásicos de cirugía se encuentran afirmaciones sobre el manejo clásico de los abscesos hepáticos, que minimizan su importancia y aseguran que hasta 90 % se resuelve con antimicóticos y manejo conservador. Generalmente el drenaje percutáneo se considera cuando existen complicaciones del absceso o cuando el paciente no ha respondido varios días después del tratamiento. La mayoría de la bibliografía proviene de países donde la amibirosis no representa un problema de salud pública, sin embargo, en México es muy frecuente encontrar pacientes con abscesos hepáticos con volúmenes grandes y que a pesar del tratamiento con fármacos intravenosos se complican o no evolucionan de forma satisfactoria.

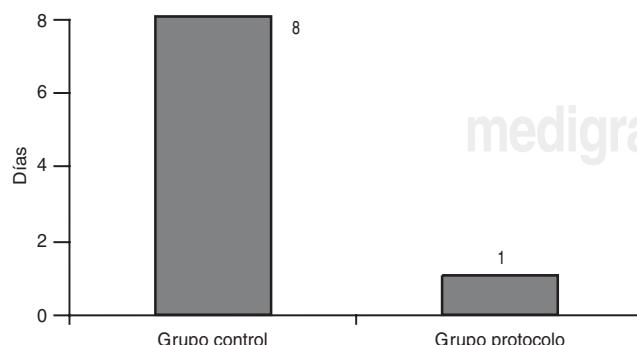


Figura 5. Días que tardó en desaparecer la sintomatología.

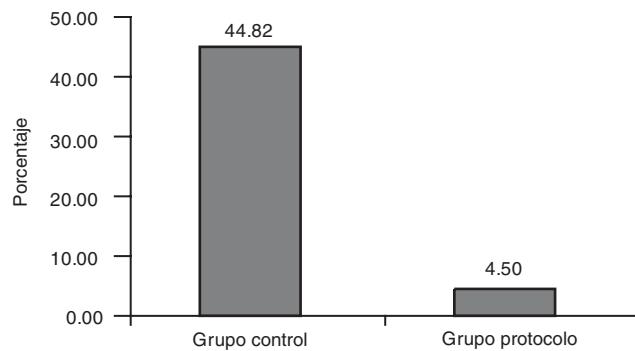


Figura 4. Incidencia de laparotomía.

A pesar de los múltiples intentos por establecer indicaciones para el drenaje de los abscesos hepáticos, aún no se cuenta con una guía precisa.

Por otro lado, se debe tener cuidado de no indicar procedimientos innecesarios y abusar de manejos agresivos en virtud de las complicaciones que pudieran existir.

En la presente descripción se ilustra el drenaje percutáneo como una opción disponible en el arsenal terapéutico para abscesos hepáticos. Se hace la observación de no esperar indicaciones "clásicas" para considerar un drenaje percutáneo, ya que esta conducta puede evitar mayor morbilidad y mortalidad.

Invitamos a seguir investigando en este campo para lograr establecer un manejo acorde con el tipo de pacientes y la forma como se presenta la enfermedad en nuestro medio.

Cuadro II. Comparación estadística entre los grupos

	Grupo control	Grupo protocolo
Número de pacientes	29	22
Edad promedio	39	47
Dolor	100.00 %	100.0 %
Febrícula	51.70 %	68.0 %
Fiebre	13.70 %	9.0 %
Un absceso	82.76 %	100.0 %
Dos abscesos	10.34 %	0.0 %
Tres o más abscesos	6.89 %	0.0 %
Volumen promedio del absceso	419 mL	363 mL
Manejo médico	100 %	100.0 %
Punción	13.79 %	100.0 %
Laparotomía	44.82 %	4.5 %
Días de estancia intrahospitalaria	11.96 %	4.76 %
Mortalidad	Nula	Nula
Días que tardaron en desaparecer los síntomas	8	1

Conclusión

El presente trabajo demuestra que existe una diferencia estadísticamente significativa entre realizar punciones percutáneas de los abscesos hepáticos de manera temprana y darles un manejo conservador menos agresivo. Se observa que si no actuamos en el tratamiento tan pronto como se diagnostica un paciente con esta patología, se tendrá el riesgo de aumentar las complicaciones.

Agradecimientos

Al doctor Arnoldo Garza. *Emeritus magister. Qui docet, discit.*

Referencias

1. Weinke T. Amebic liver abscess – rare need for percutaneous treatment modalities. Eur J Med Res 2002;7:25-29.
2. Aguirre RR. Absceso hepático amebiano. En: Asociación Mexicana de Cirugía General, Consejo Mexicano de Cirugía General, A.C., editor. Tratado de Cirugía General. México: El Manual Moderno;2003. pp. 927-936.
3. Bukhari AJ. Ruptured amebic liver abscess. J Coll Physicians Surg Pak 2003;13:159-160.
4. Shankar S, et al. Interventional radiology procedures in the liver. Biopsy, drainage, and ablation. Clin Liver Dis 2002;6.
5. Herrera GM, Chávez-Tapia NC, Lizardi CJ. Absceso hepático amibiano. Médica Sur 2003;10:35-37.
6. Schwartz SI. Hígado. En: Schwartz SI, editor. Principios de cirugía. Séptima edición. México: McGraw Hill Interamericana; 2000. pp. 1487-1530.
7. Doherty GM, Way LW. Liver and portal venous system. En: Way LW, editor. Current surgical diagnosis and treatment. Décima primera edición. México: Lange-McGraw-Hill; 2003. pp. 565-595.
8. Barnes SA, Lillemoe KD. Abscesos hepáticos y quistes hidatídicos del hígado. En: Zinner MJ, editor. Maingot: Operaciones abdominales. Décima edición. Madrid, España: Panamericana; 2000. pp. 1413-1445.
9. Thomas J, Turner SR, Nelson RC, Paulson EK. Postprocedure sepsis in imaging-guided percutaneous hepatic abscess drainage: how often does it occur? Am J Roentgenol 2006;186:1419-1422.
10. Liztradi MJ. Percutaneous drainage of liver abscess complicated by hepato-venous fistula. Singapore Med J 2003;44:299-301.
11. Mogollón PA, Molina SG, Martínez MF, et al. Drenaje percutáneo de absceso hepático amibiano guiado por medio de ultrasonido. Resultados preliminaries. Rev Gastroenterol Mex 1999;64:134-138.
12. Disponible en <http://faculty.vassar.edu/lowry/VassarStats.html>