



Absceso amibiano del hígado. Tratamiento médico con diferentes esquemas

Dr. Alfredo Rodríguez Magallán*

RESUMEN

Se estudiaron 62 pacientes con absceso hepático amibiano y se analizó el tratamiento médico con diversos esquemas terapéuticos. El 75.8% fueron hombres y el 24.2% fueron mujeres con edad promedio de 46 años. Se incluyeron únicamente pacientes con abscesos menores de 15 cm, en número de uno a tres y se eliminaron los que presentaron complicaciones.

Los diferentes esquemas terapéuticos que se analizaron fueron metronidazol o tinidazol más dehidroemetina y metronidazol o tinidazol sin dehidroemetina. Los resultados respecto a la remisión de los síntomas y días de hospitalización no variaron en los diferentes grupos. En relación a los efectos colaterales (náusea y vómito principalmente), fueron más frecuentes cuando se utilizó metronidazol, sobre todo combinado con dehidroemetina. Se concluye que el tratamiento de elección del absceso amibiano del hígado no complicado debe ser médico con tinidazol como fármaco de primera línea, y que no es necesario utilizar dehidroemetina, salvo en los casos que no responden al tinidazol.

Palabras clave: Amibirosis, absceso hepático amibiano, hígado, metronidazol, tinidazol, dehidroemetina.

ABSTRACT

We studied 62 patients with amebic liver abscess and we analyzed the medical treatment with various therapeutical regimes forty seven patients (75.8%) were men and fifteen (24.2%) were women and their mean age was 46 years.

We included only patients whose abscess were smaller than 15 cm and were one to three in number. Patients having complications were excluded.

The various regimes analysed were: metronidazole or tinidazole plus dehydroemetine and metronidazole or tinidazole alone without dehydroemetine.

The results regarding the remission of symptoms the days the patients stayed in the hospital did not vary between this groups. With regard to side effects (mainly nausea and vomiting), these were more frequent when metronidazole was used, specially when combined with dehydroemetine.

Conclusion. We concluded that the treatment of choice of the amebic liver abscess must be medical with tinidazole as the drug of first line and that it is not necessary to use dehydroemetine, except in the cases which do not improve with tinidazole.

Key words: Amibirosis, amebic liver abscess, liver, metronidazole, tinidazole, dehydroemetine.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento del absceso amibiano del hígado, ha pasado por diversas etapas. Inicialmente, y para esto habría que remontarse al siglo pasado, fue eminentemente

* Jefe del Servicio de Gastroenterología del Hospital Juárez de México.



mente quirúrgico.¹ Los procedimientos más utilizados fueron, la punción evacuadora percutánea y el drenaje a cielo abierto con canalizaciones.²

Estos procedimientos quirúrgicos, fueron utilizados en nuestro país hasta finales de los años sesenta. A partir de 1970, se comenzó a adquirir experiencia con el tratamiento médico, teniendo como base principal el metronidazol. Este producto, se combinó con otros dos antiamibianos que ya se utilizaban desde muchos años antes: la emetina y la cloroquina.

Con este esquema terapéutico, se obtuvieron resultados notables y una franca disminución de la mortalidad.³

Debido principalmente a los efectos colaterales y a la toxicidad de la cloroquina, se tuvo que abandonar. Esto mismo sucedió posteriormente con el clorhidrato de emetina. En la actualidad y por las mismas razones, ya casi no se utiliza la dehidroemetina.

Se sabe por estudios "in vitro" realizados en nuestro país, que metronidazol por sí solo, cura hasta el 90% o más de los casos de amibirosis hepática, sin necesidad de combinarse con otros antiamibianos.⁴ Por esta razón, los derivados del imidazol, han sido la base del tratamiento antiamibiano del hígado durante mucho tiempo, principalmente con metronidazol; aunque también se cuenta en la actualidad, con otros derivados imidazólicos como tinidazol, que proporciona la misma efectividad terapéutica pero con menos efectos colaterales.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Comparar la respuesta, la evolución clínica y los efectos colaterales, de un grupo de pacientes con amibirosis del hígado no complicada, con diferentes esquemas terapéuticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, analizando 80 casos de pacientes adultos de uno y otro sexo con diag-

Cuadro I. Tamaño de los abscesos.

No. de casos	Tamaño (cm)
40	5 a 10
18	11 a 15
4	menor de 5 cm

Cuadro II. Número de abscesos.

No. de casos	Lob. derecho	Lob. izquierdo
50 (absceso único)	41	9
12 (2 a 3 abscesos)	11	5

nóstico clínico, inmunológico y de ultrasonido de absceso amibiano del hígado.

Se incluyeron pacientes que no hubieran recibido tratamiento antiamibiano, antes de su ingreso al hospital, con abscesos en número de uno a tres, con un tamaño menor de 15 cm y sin complicaciones.

Se excluyeron 18 casos, que presentaron complicaciones o no respondieron al tratamiento médico. Los pacientes se clasificaron en dos grupos:

Grupo a: Recibieron metronidazol o tinidazol oral más dehidroemetina o metronidazol endovenoso más dehidroemetina.

Grupo b: Recibieron tinidazol oral o metronidazol endovenoso sin dehidroemetina.

RESULTADOS

Se analizaron en total 62 pacientes con rango de edad entre los 20 y los 72 años con media de 46. De éstos, 47 fueron del sexo masculino (75.8%) y 15 del sexo femenino (24.2%).

De los 18 casos que se excluyeron, 11 tuvieron derrame pleural de los cuales 3 requirieron pleurotomía con drenaje torácico; 6 fueron drenados por falta de respuesta a los fármacos: 5 por vía percutánea y uno a cielo abierto y uno por ruptura a la cavidad abdominal al que se le realizó cirugía.

Cuadro III. Remisión de los síntomas.

Grupo	Fármaco	Días (promedio)
A	Tint + DH	5
	Met + DH	6
B	Tin	4
	Met IV	5

Tin = tinidazol, DH = dehidroemetina, Met = metronidazol

**Cuadro IV.** Días de hospitalización.

Grupo	Fármaco	Días (promedio)
A	Tint + DH	10.5
	Met + DH	13.5
B	Tin	12.5
	Met IV	13.0

Tin = tinidazol, DH = dehidroemetina, Met = metronidazol, IV = intravenoso

En relación al tamaño de los abscesos, 40 midieron entre 5 y 10 cm, 18 midieron entre 11 y 15 cm y 4 fueron menores de 5 cm (*Cuadro I*).

El número de abscesos varió de la siguiente forma: 50 fueron únicos; 41 del lóbulo derecho y 9 del izquierdo. Los otros 12 casos tuvieron de 2 a 3 abscesos; 11 se localizaron en el lóbulo derecho y 5 en el izquierdo (*Cuadro II*).

No se observaron diferencias significativas respecto a la edad, sexo, tamaño y número de abscesos en ninguno de los dos grupos. El diagnóstico se estableció por clínica: fiebre, dolor en el cuadrante superior derecho, hepatomegalia dolorosa y malestar general. Por laboratorio mediante la prueba inmunológica de hemaglutinación indirecta; ésta, sólo se realizó en 49 de 62 casos, siendo positiva en 44 (89.7%), y por ultrasonografía, que se realizó en todos los casos; dicho estudio confirmó la presencia, el número, la localización y el tamaño de los abscesos.

El tratamiento varió entre 8 y 12 días, con promedio de 10. No hubo diferencia significativa en ambos grupos.

La remisión de los síntomas en el grupo A varió de 3 a 7 días con media de 5 en los que recibieron tinidazol más dehidroemetina, y de 4 a 8 con media de 6 en los que recibieron metronidazol más dehidroemetina.

En el grupo B, la respuesta se observó entre 2 y 6 días con media de 4 en los que recibieron tinidazol y de 3 a 5 con media de 4 en los que recibieron metronidazol endovenoso (*Cuadro III*). Respecto a los días de hospitalización, en el grupo A fue de 5 a 16 días con media de 10.5 en los que se les administró metronidazol o tinidazol oral más dehidroemetina y de 7 a 20 días con media de 13.5 en los de metronidazol endovenoso más dehidroemetina.

Por otra parte, los días de hospitalización en los del grupo B fue como sigue: entre 5 y 20 días con media de

Cuadro V. Efectos colaterales.

Grupo	Fármaco	Casos*
A	Tin + DH	1
	Met + DH	4
B	Tin	1
	Met	2

Tin = tinidazol, Met = metronidazol, DH = dehidroemetina

* Náusea, vómito

12.5 los que recibieron tinidazol oral, y entre 6 y 20 días con media de 13 los que recibieron metronidazol endovenoso (*Cuadro IV*).

Finalmente, respecto a los efectos colaterales se observó lo siguiente: en el grupo A, 5 pacientes presentaron efectos indeseables; 1 con tinidazol más dehidroemetina y 4 con metronidazol más dehidroemetina. En el grupo B se observaron 3 casos, 1 con tinidazol y 2 con metronidazol (*Cuadro V*).

COMENTARIO

El tratamiento de elección del absceso amibiano del hígado, sigue siendo médico a base de metronidazol y sus derivados, principalmente tinidazol. Estos fármacos tienen como mecanismos de acción el interferir con la síntesis del ácido nucleico del trofozoíto *"in vitro"*, éste producto favorece la vacuolización del citoplasma y posteriormente la destrucción completa del trofozoíto.⁵ Los principales efectos colaterales observados con estos productos son: náusea, vómito, sabor metálico, orina oscura y efecto antabus.⁶

La dehidroemetina, es un producto que tiene acción directa sobre el trofozoíto. El inconveniente es que tiene algunos efectos tóxicos debido a su acúmulo en algunos tejidos como miocardio, riñón y músculo estriado.

Estos efectos colaterales más su aplicación por vía parenteral, han favorecido una franca disminución en su prescripción. Si a esto le agregamos que los resultados obtenidos son similares cuando se utiliza metronidazol o tinidazol con o sin dehidroemética, permiten concluir que este producto farmacológico ya no debe utilizarse.

Los antibióticos deben usarse únicamente cuando se demuestra la presencia de bacterias en el lisado hepático, o por lo menos cuando existe una fuerte sospecha de infección agregada.



Los antibióticos que más se han utilizado han sido la ampicilina, y los aminoglucósidos y recientemente las quinolonas. Esto partiendo de la base de que los gérmenes que con más frecuencia se asocian al absceso son *E. coli*, *enterobacter* y *enterococos*.⁷

En el presente estudio, se demuestra que tanto la remisión de los síntomas, como los días de estancia hospitalaria, fueron similares en ambos grupos, es decir en los que recibieron y en los que no recibieron dehidroemetina. No hubo diferencias cuando se utilizó metronidazol o tinidazol por vía oral que cuando se usó metronidazol por vía parenteral.

Quizá lo único que varió en los resultados, fue la mayor frecuencia de efectos colaterales principalmente náusea en los que recibieron metronidazol por ambas vías, que los que tomaron tinidazol (6 vs 2).

Con los resultados anteriores podemos reafirmar que el tratamiento del absceso amibiano del hígado debe ser electivamente farmacológico. Esto por lo menos es válido en los abscesos no complicados, en número de uno a tres con extensión no mayor de 15 cm. El fármaco de elección debe ser tinidazol debido a su menor toxicidad.

Cuando la respuesta no ha sido favorable después de 5 a 7 días de tratamiento, podría agregarse dehidroemetina, esquema con el cual los pacientes responden favorablemente. En algunos casos de sospecha microbiana, podría agregarse una quinolona.

Finalmente los pacientes que presentan abscesos con un tamaño mayor de 15 cm, cuando son más de tres abscesos o por algunas otras razones, no hubo respuesta al tratamiento farmacológico, se podría recurrir a la punción evacuadora. Ésta puede ser percutánea

bajo control ultrasonográfico, cuando el absceso es único, localizado preferentemente de la parte anterior del lóbulo derecho, y mayor de 15 cm o bien realizar punción a cielo abierto, cuando se trata de varios abscesos de gran magnitud, cuando se localizan en la cara posterior o el lóbulo izquierdo, los cuales no han respondido al tratamiento médico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez FM. Tratamiento de los abscesos del hígado. *Gac Med Mex* 1865; 1: 6-12.
2. Jiménez FM. Abscesos del hígado. *Gac Med Mex* 1867; 9: 131-33.
3. Tanimoto WM. La evolución y el tratamiento de la amibirosis. *Rev Gastroenterol Mex* 1995; 60(supl. 1): 19-20.
4. Sepúlveda B. La amibirosis invasora por *Entamoeba histolytica*. *Gac Med Mex* 1970; 100: 200-54.
5. Goodman y Gilman. *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. 6^a Ed. Madrid, España, Panamericana 1985: 1043-51.
6. Rodríguez MA, Olaeta ER. Efectos del metronidazol, sobre la mucosa gástrica. *Rev Hosp Juárez* 1991; 58: 5.
7. Rodríguez MA, Martínez SG, Acosta AG, Argotí TH, Llanes GE. Identificación rápida de antígeno amibiano en lisado hepático de pacientes con absceso, por análisis inmunoenzimático. *Rev Med Int Mex* 1995; 60: 78.

Correspondencia:

Servicio de gastroenterología. Hospital Juárez de México.
Av. Instituto Politécnico Nacional No 5160
Col. Magdalena delas Salinas