

Médica Sur

Volumen
Volume **10**

Número
Number **1**

Enero-Marzo
January-March **2003**

Artículo:

Absceso hepático amibiano

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Médica Sur Sociedad de Médicos, AC.

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Absceso hepático amibiano

Dra. Magali Herrera Gomar,* Dr. Norberto C. Chávez-Tapia,* Dr. Javier Lizardi Cervera**

Resumen

El siguiente caso es de un paciente con dolor en hipocondrio derecho, fiebre e ictericia leve, en la TAC se observa un absceso único de 7 x 8 cm, localizado en el lóbulo hepático derecho. La amibiásis es la tercera causa de muerte por enfermedades parasitarias en el mundo; dentro de las manifestaciones extraintestinales de esta enfermedad se encuentra el absceso hepático amibiano. Esta entidad se observa con mayor incidencia en los países subdesarrollados como México, por lo que debe ser diagnosticada y tratada con anti-parasitarios en casos no complicados y puede ser prevenida con las medidas de higiene adecuadas.

Palabras clave: Absceso hepático, amibas.

Paciente masculino de 27 años de edad, originario y residente del estado de Chiapas, de profesión veterinario, cuenta con antecedentes positivos para zoonosis (perros y aves), consumo de alcohol y tabaquismo. Inició 15 días previos a su ingreso con dolor abdominal punzante en hipocondrio derecho de moderada intensidad, cotidiano, irradiado a región costal y escapular ipsilateral, incrementándose la intensidad del dolor durante la noche y disminuyendo con la ingesta de AINES, se acompañó de fiebre de predominio vespertino. A la exploración física se observan signos vitales dentro de parámetros normales, con tinte icterico, se palpa hepatomegalia dolorosa a 3 centímetros del borde costal derecho. Los estudios de laboratorio muestran leucocitosis de 15,300 cel/ μ L con neutrofilia, las pruebas de funcionamiento hepático con bilirrubina total de 1.28 mg/ μ L, ALT 25 UI/L, AST 22 UI/L, fosfatasa alcalina 113 UI/L, y gammaglutamiltranspeptidasa 65 UI/L, anticuerpos antimíbica positivos (1:1024) y ultrasonido abdominal con absceso hepático único de 7 x 8 centímetros de diámetro en lóbulo hepático derecho en segmento VI.

Abstract

The following case report describes a patient with abdominal pain in upper right quadrant, fever and jaundice, the abdominal contrast tomography scan showed a single liver abscess of 7 x 8 cm, localized in the right lobe of the liver. Amebiasis is the third leading cause of death from parasitic disease worldwide. The areas of highest incidence include most developing countries, particularly Mexico. It should be diagnosed and treated with metronidazole in non-complicated cases and preventable with hygiene measures.

Key words: Liver abscess, amibas.

Discusión

El absceso hepático amibiano (AHA) es la infección extraintestinal por *E. histolytica* que suele afectar con mayor frecuencia al hígado.

Aproximadamente el 80% de los pacientes con AHA presentan síntomas que se desarrollan en un periodo de días a semanas, típicamente menos de 2 a 4 semanas de duración.^{1,2} Entre los viajeros que presentan un AHA tras dejar un área endémica, el 95% lo desarrolla en los primeros cinco meses. Los pacientes jóvenes con un AHA tienen una mayor probabilidad de acudir con síntomas de mayor intensidad de menos de diez días de duración. La mayor parte de los pacientes tienen fiebre y dolor en el hipocondrio derecho, que puede ser sordo o de naturaleza pleurítica e irradiado al hombro. Es frecuente el dolor puntual con la palpación del hígado, así como el derrame pleural derecho, es rara la ictericia. Si bien el sitio primario de infección es el colon, menos de un tercio de los pacientes con un AHA presenta diarrea activa. Los pacientes ancianos de las áreas endémicas tienen una probabilidad mayor de presentar un curso subagudo de unos seis meses de duración, con pérdida de peso y hepatomegalia.³ Aproximadamente un tercio de los pacientes con presentaciones crónicas tienen fiebre. Por tanto el diagnóstico clínico de un AHA puede resultar difícil, debido a que los síntomas y signos con frecuencia son inespecíficos. Tomando en consideración que el 10% al 15% de los pacientes sólo manifiestan fie-

* Departamento de Medicina Interna.

** Subdirección Académica.

Fundación Clínica Médica Sur. México, D.F.

bre, el AHA debe tenerse en cuenta en el estudio de la fiebre de origen desconocido.²

El diagnóstico de la amibiasis invasora se realiza por medio de técnicas serológicas, los equipos para la realización de difusión en gel de agar y pruebas de ELISA están disponibles en el mercado y los resultados de estas pruebas son positivos en más del 90% de los pacientes con colitis amebiana, amebomas o AHA. Los resultados positivos junto al síndrome clínico adecuado, sugieren enfermedad activa, ya que la respuesta serológica suele negativizarse en seis a doce meses. Incluso en áreas de gran endemia, tales como Sudáfrica, menos del 10% de la población asintomática presenta una serología amebiana positiva. La interpretación de la prueba de hemaglutinación indirecta tiene poca utilidad, ya que los títulos pueden permanecer positivos durante un periodo de hasta diez años.⁴

Hasta el 10% de los pacientes con AHA agudo puede tener una serología negativa. A diferencia de los portadores de *E. dispar*, la mayor parte de los portado-

res asintomáticos de *E. histolytica* presentan anticuerpos positivos. Así, las pruebas serológicas son útiles para valorar el riesgo de amibiasis invasora en un paciente asintomático que reside en zonas no endémicas. Las pruebas serológicas deben realizarse también en los pacientes con colitis ulcerosa, antes de la instauración de tratamiento con glucocorticoides, para impedir una colitis grave o un megacolon tóxico durante una amibiasis no sospechada.²

Aproximadamente tres cuartas partes de los pacientes con AHA presenta leucocitosis (más de 10,000 células por μL), esta situación es particularmente probable si los síntomas son agudos o en presencia de complicaciones, la amibiasis invasora no desencadena eosinofilia. La anemia, si es que existe, suele ser multifactorial. Incluso pacientes con grandes abscessos hepáticos, las enzimas hepáticas son normales o están muy poco elevadas. El nivel de fosfatasa alcalina se encuentra elevado con frecuencia y puede mantenerse durante varios meses; la elevación de las ami-

Cuadro I. Medicamentos para el tratamiento del absceso hepático amibiano.

Tratamiento	Dosis en adultos	Efectos adversos
Metronidazol*	750 mg VO tid x 10 días	Principalmente efectos adversos gastrointestinales (GI): anorexia, náusea, vómito, diarrea, distensión abdominal, o sabor metálico. Parecidos al disulfiran. Reacción de intolerancia con alcohol. Neurotoxicidad incluyendo convulsiones, neuropatía periférica, mareo, confusión, irritabilidad.
Secnidazol	500 mg VO tid x 5 días	Efectos GI: náusea, vómito, anorexia, sabor metálico, dolor epigástrico o irritación peritoneal
Tinidazol	600 mg VO bid (o 800 mg VO tid) x 5 días	Parecido a disulfiram. Reacción de intolerancia si se toma con alcohol. Efectos GI, reacción de intolerancia parecida al disulfiram como el metronidazol y el secnidazol.
Cloroquina**	600 mg VO qd x 2 días, then 300 mg VO qd x 14-21 días	Efectos GI: anorexia, náusea, vómito, diarrea, cólicos abdominales. Oftalmológicos: Retinopatía o daño retiniano. Neurotoxicidad: convulsiones, cefalea cardiovascular: Hipotensión o cambios electrocardiográficos seguidos por agentes que actúan en la luz intestinal
Iodoquinol	650 mg VO tid x 20 días	Efectos GI: anorexia, náusea, vómito, diarrea, cólicos abdominales. Efectos endocrinológicos: posible crecimiento tiroideo. Contraindicado en pacientes con daño hepático o hipersensibilidad conocida a yodo o 8-hidroxiquinoléinas.
Paromomycin	500 mg VO tid x 7 días	Principalmente efectos adversos GI: diarrea, molestias GI.
Diloxanide furoate***	500 mg po tid x 10 días	Principalmente efectos adversos GI: flatulencia, náusea y vómito.

* Tratamiento de elección para el absceso hepático amibiano. La cloroquina es menos efectiva que los nitroimidazoles.

** Cloroquina es menos efectiva que los nitroimidazoles

*** Disponible en centros para control de enfermedad y prevención.

notransferasas indica una enfermedad aguda o una complicación.⁴

Las técnicas radiológicas como la ecografía (sensibilidad 95%), la TAC y la RMN son útiles para detectar quistes hipoecoicos, redondos u ovales. Más del 50% de los pacientes que han presentado síntomas durante menos de diez días y presentan múltiples abscesos tienen mayor riesgo de ruptura si se localizan en la porción superior del lóbulo derecho, o en el lóbulo izquierdo.⁴

Dentro de las complicaciones del AHA se encuentran la afección pleuropulmonar, que se produce en el 20 al 30% de los pacientes siendo la complicación más frecuente, por eso es importante tener cuidados especiales en el manejo de las vías respiratorias, con estrecha vigilancia de la presencia de derrames, diseminación contigua desde el hígado y la ruptura al espacio pleural. Los derrames estériles y la diseminación contigua suelen resolverse con tratamiento médico, pero una ruptura franca en el espacio pleural requiere drenaje quirúrgico. La fistula hepato-bronquial puede dar lugar a los productiva de grandes cantidades de material necrótico, que puede contener amibas. Los abscesos que se rompen en el peritoneo pueden presentarse como una infiltración indolora o abdomen agudo y requieren tanto el drenaje mediante un catéter percutáneo, como el tratamiento médico. La ruptura en el espacio pericárdico, generalmente a partir de abscesos localizados en el lóbulo izquierdo, conlleva el peor pronóstico.²

El tratamiento se basa en el uso de metronidazol durante 5 a 10 días, o tinidazol (*Cuadro I*).⁴ La aspiración terapéutica debe llevarse a cabo en las siguientes situaciones: 1) Alto riesgo de ruptura; que se define como una cavidad de más de 5 centímetros, 2) absceso del lóbulo izquierdo, 3) falla al tratamiento después de 7 días. En años recientes, el tratamiento percutáneo guiado por imagen ha sustituido a la intervención quirúrgica, debido a su menor invasividad y mejor relación costo/beneficio y tiene la ventaja de aspirar múltiples abscesos en una sola sesión.

El paciente se beneficiará de la terapia combinada. En relación con el seguimiento de estos pacientes, aproximadamente en unas semanas el hígado regresa a su tamaño normal en el 50% de los pacientes. La resolución radiológica se observa 3 a 9 meses después del tratamiento.⁴

Para prevenir la aparición de esta enfermedad se deben aplicar medidas para mantener una higiene extrema en la preparación de alimentos. Se está desarrollando una vacuna tomando en consideración que la molécula de superficie de *E. histolytica* Gal/Gal NAc es una molécula reconocida por el sistema humorar, estimula la producción de citocinas y a los linfocitos periféricos, sin embargo el mecanismo de inmunidad que interviene todavía no está muy bien caracterizado. Aunque se espera que muy pronto exista una vacuna efectiva contra la amibirosis.⁴

Referencias

1. Barnes PF, De Cock KM, Reynolds TN et al. A comparison of amebic and pyogenic abscess of the liver. *Medicine* 1987; 66: 472-483.
2. Conter RL, Pitt HA, Tompkins RK et al. Differentiation of pyogenic from amebic hepatic abscesses. *Surg Gynecol Obstet* 1986; 162: 114-120.
3. Braunwald EH. *Principios de Medicina Interna*. McGraw-Hill Interamericana. 15^a edición. 2002.
4. Hughes MA, Petri Jr WA. Infections of the liver. Amebic liver abscess. *Infect Dis Clin North Am* 2000; 14: 65-82.
5. Freeman CD, Klutman NE, Lamp KC. Metronidazole: A therapeutic review and update. *Drugs* 1997; 54: 679-708.

Correspondencia:
Dra. Magali Herrera Gomar
Puente de Piedra No. 150. Col. Toriello
Guerra. Tlalpan 14050
México, Distrito Federal
Subdirección Académica. Tercer Piso de
Hospitalización.