

Caso clínico

Controversia en el manejo del absceso hepático amebiano

Reporte de un caso

Vázquez-Corona A. (1), Meza-Pérez J.A. (1)

(1) Departamento de Lactantes Insectología Hospital General de Occidente, Secretaría de Salud Jalisco.

Resumen

El absceso hepático amebiano sigue siendo un problema de salud sobre todo en países en vías de desarrollo. A pesar de esto, las complicaciones extraintestinales de la amebiasis son cada vez menos frecuentes. Se presenta el caso de paciente femenina de 17 meses de edad en donde se estableció el diagnóstico de absceso hepático amebiano. A su ingreso la paciente presentó fiebre elevada, leucocitosis, transaminasemia, hepatomegalia y hepatalgia. La determinación de “amiba en fresco” positiva en heces fecales, anticuerpos anti-amiba IgG y las imágenes características en el ultrasonido, así como la excelente respuesta al tratamiento a base de metronidazol confirmaron la sospecha diagnóstica. Se detectaron 3 abscesos hepáticos de predominio en el lóbulo hepático izquierdo y por las dimensiones de los mismos se contempló la posibilidad de evacuar los abscesos por abordaje quirúrgico, sin embargo dada la evolución y respuesta clínica favorables al uso de metronidazol, podemos concluir que es suficiente el tratamiento farmacológico para obtener la curación como se reporta en la literatura mundial.

Palabras Clave: Absceso hepático amebiano (AHA), Ultrasonido (Uls)

Abstract

Amebic liver abscess remains to be a health problem especially in the developing countries. Despite this, the extra-intestinal complications of amebiasis are becoming far less frequent. The case of a female patient of 17 months of age was presented, through which the diagnosis of amebic liver abscess was established. Upon her admission the patient developed high fever, leukocytosis, transaminasemia, hepatomegaly and hepatalgia. The determination of positive “fresh amoeba” in stool samples, IgG antibodies and the imaging characteristics through an ultrasound, including the excellent response to treatment

with metronidazole, confirmed the suspected diagnosis. Three hepatic liver abscesses were detected predominantly in the left hepatic lobe and due to the dimensions thereof, the possibility of evacuating the abscesses through a surgical approach was contemplated. However, given the favorable clinical outcome and responses, we may conclude that drug treatment is sufficient as a cure, as reported in the world literature.

Keywords: Amebic liver abscess, ultrasound

Introducción

La amebiasis implica la enfermedad causada por *Entamoeba histolytica*.

El absceso hepático amebiano sigue teniendo una gran incidencia en el mundo, pero es mucho más frecuente en países en vías de desarrollo. Sin embargo esta patología tiende a disminuir a nivel mundial y esto obedece a la mejora en las condiciones sanitarias y ambientales. Así como al tratamiento etiológico oportuno de los cuadros diarreicos.^{1,10}

La preponderancia de la amebiasis en estos países es el resultado de la contaminación del agua y de los alimentos, lo que favorece la diseminación fecal-oral del quiste.

El absceso hepático es la complicación más frecuente de la amebiasis intestinal. Sorprendentemente cerca del 90% de los pacientes con absceso hepático amebiano son varones. Aunque esta proporción es similar en lactantes y niños. Y solo una tercera parte presenta antecedentes de diarrea.^{1, 2, 4, 13}

Los abscesos hepáticos suelen encontrarse en el lóbulo derecho del hígado, si bien esta localización no es útil para

Recibido: 22/01/2015

Aceptado: 23/02/2015

distinguir entre absceso amebiano de absceso piógeno (bacteriano).

En México la presencia de AHA ha experimentado un descenso significativo a través de los años, en 1991 la tasa máxima era aproximadamente de 40 por 100,000, habiendo reportados para ese entonces 1516 casos de abscesos hepáticos como complicación, actualmente dicha tasa es menor a 3.6 por 100 000 [1, 2, 3, 5, 8].

Reporte del caso

Antecedentes

Se trata de paciente femenina de 17 meses de edad, producto de la quinta gestación, obtenida por parto eutócico, de término. Peso al nacer de 3.800 kg, sin complicaciones perinatales.

Alimentada al seno materno por 9 meses, ablactación a los 9 meses y a los 10 se integra a la dieta familiar con alimentación variada. Hacinamiento y malas condiciones de higiene.

Descripción del caso

Femenina de 17 meses de edad, peso: 9.000 kg, talla: 80 cms, temperatura: 38°C. (Figura 1) referida del Hospital Regional de Lagos de Moreno por presentar cuadro agudo caracterizado por:

- Dolor abdominal de 2 días de evolución.
- Hipertermia no cuantificada por termómetro y tratada con paracetamol sin lograr controlarla.
- Diarrea de dos días de evolución, con evacuaciones líquidas amarillo verdosas, sin moco ni sangre, presentando 3 por 24 horas.
- Hepatomegalia detectada un día antes de acudir al hospital.
- La Biometría Hemática reveló anemia con Hb de 8.2 gr/dl, Htc 24.8%, leucocitosis de 20 000 con linfocitos 20.08 % Transaminasa GPT: 44 UI, GOT: 18 UI.
- La determinación de anticuerpos anti-amebianos IgG fue de 145 UI/ml (positiva).
- El reporte de ultrasonido abdominal: hígado aumentado de tamaño a 5 cms bajo reborde costal derecho. Mostrando 3 lesiones hipoeoicas en el lóbulo izquierdo de 4 y 5 cms y una más en el segmento hepático de 4 cms. El reporte del ultrasonido fue: hepatomegalia con lesiones de absceso probablemente amebiano. (Figura 2)

Durante su estancia hospitalaria la evolución de la paciente fue satisfactoria con remisión total de la fiebre, disminución de la hepatomegalia y hepatalgia, así como mejoría en su apetito.

A su ingreso se establecieron los diagnósticos de: femenino, lactante con P/E: - 1DS, T/E: promedio. Síndrome diarreico agudo por amebiasis intestinal, probable Absceso Hepático Amebiano y Anemia hipocrómica microcítica.

Figura 1.

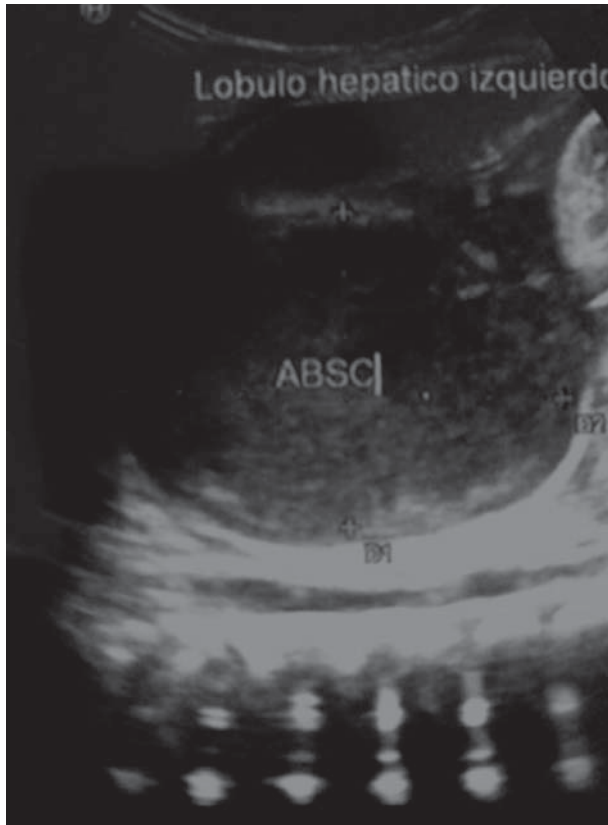
Borde hepático delimitado a 3cm por debajo del reborde costal.



Figura 2.

Ultrasonido hepático abscesos de 4 x 5 cm. y 3 x 4 cm.



Figura 3.**Absceso localizado en lóbulo hepático izquierdo.**

Discusión

El manejo del absceso hepático amebiano ha sido motivo de controversia, desde que se conoce esta entidad.

El tratamiento quirúrgico del absceso hepático amebiano se indica cuando existe inminencia de ruptura ya sea a cavidad peritoneal o pleural. Un absceso hepático de dimensiones considerables podría justificar este procedimiento. Sin embargo la experiencia a ese respecto nos ilustra a reflexionar que el 90% de los abscesos hepáticos amebianos puede responder favorablemente al tratamiento farmacológico a base de metronidazol.^{4, 5, 6, 12, 14}

En el presente caso se consideró la posibilidad de realizar un manejo quirúrgico debido a que se trataba de tres abscesos de tamaño importante cuyas dimensiones oscilaban entre 4 y 5 cms aproximadamente cada uno. No obstante se optó por el manejo conservador con metronidazol y en la etapa inicial se administró amikacina y dicloxacilina para cubrir la posibilidad de presentación de abscesos piógenos o de naturaleza mixta.

Durante los primeros dos días de estancia hospitalaria la paciente presentó diarrea, y el estudio del frotis directo de la evacuación (amiba en fresco) resultó positivo. Asimismo a los 4 días de estancia hospitalaria se reportó la presencia de anticuerpos antiamebias positivos. Con estos datos se suspendió la terapia antimicrobiana y se continuó solamente con metronidazol a dosis de 25 mg/kg/día por vía intravenosa durante 10 días seguida por 3 días de nitozoxanida para reforzar la terapia antiparasitaria, así como hierro oral 6mg/kg/día. En nuestra paciente la localización de los abscesos fueron del lado izquierdo a diferencia de lo señalado en la literatura donde se marca un claro predominio del lóbulo derecho.^{16,17}

Es raro reportar casos de absceso hepático amebiano en niños, y el hecho de tratarse de una paciente lactante, con una presentación caracterizada por fiebre elevada, leucocitosis, hepatomegalia y hepatalgia nos orientó a sospechar esta patología. Posteriormente el estudio de amiba en fresco positivo, anticuerpos antiamebias presentes y el reporte de los abscesos por ultrasonido confirmó la sospecha clínica. Además de la excelente respuesta a los imidazoles.

Se considera factores de mal pronóstico el drenaje del absceso a cavidad peritoneal, derrame pleural, encefalopatía o la presencia de abscesos múltiples. En esta paciente la respuesta al manejo médico fue satisfactoria a pesar de presentar abscesos múltiples y no fue necesario el drenaje quirúrgico de los mismos, ya que no se presentó ninguna complicación como las referidas con antelación.^{6, 7, 9, 11, 12, 15}

Se sabe que la administración del metronidazol por vía oral puede ser suficiente para mantener niveles plasmáticos por arriba del 90%, sin embargo nuestra paciente rechazó la vía oral (probablemente por el sabor del fármaco) y por ello se indicó el medicamento por vía parenteral durante toda su estancia hospitalaria.

Conclusión

El absceso hepático amebiano es una patología cada vez menos frecuente en nuestro país. Empero debemos estar alertas ante la presentación de esta entidad y considerar que el tratamiento médico a base de metronidazol sigue siendo la piedra angular en su manejo. El tratamiento quirúrgico debe reservarse para los casos especiales en los que aparezca de grandes dimensiones o con eminencia de ruptura.

La respuesta de nuestra paciente al manejo establecido fue excelente.

Referencias bibliográficas

1. Laila A, Abushady ER, Ibrahim K et al, Ultrasonography in the diagnosis and management of 52 patients with amebic liver abscess in Cairo. Clin Infect Dis. 1988;12: 330-337.
2. Robert H, Peter C, Vincent AF, Amebic liver abscess in children, clinical and epidemiologic features. Pediatrics.1979; 64: 923-928.
3. Henry H, Balfour Jr, Liver abscess in normal children with fever of unknown origin. Pediatrics. 1978; 61: 148.
4. Ortiz MF, Complicaciones quirúrgicas abdominales de la amebiasis. Rev Gastroenterol Mex. 1957; 22: 159.
5. Escandon RC, Traviño GM, Escobedo PJ. La amibiasis y el absceso hepático. Un problema de salud de actualidad. Rev Gastroenterol Mex. 1996;61:378-86.
6. Diagnóstico y tratamiento del absceso hepático amebiano, no complicado, Guía de Práctica Clínica IMSS-282-2010.
7. González CR, Prevalence of antibodies against Entamoeba histolytica by ELISA. Epidemiolo Infect 1995; 115:535.
8. Seeto RK, Rockey DC, Amebic liver abscess: epidemiology, clinical features, and outcome. West J Med 1999; 170:104-109.
9. Khan R, et al, Predictive factor for early aspiration in liver abscess. World J Gastroenterol. 2008; 14: 2089-2093.
10. Fangd, Shu D, Entamoeba histolytica liver abscess. CMAJ 2010; 75: 157-162.
11. Jackson TFHG, Sero-epidemiological study of antibody responses to the zimodemes of entamoeba-histolytica. Lancet. 1985: 1-16
12. Haque R, Huston CD, Hughes M, et al, Amebiasis. N Engl J Med. 2003; 348:1565.
13. Pritt BS, Clark CG, Amebiasis. Mayo Clin Proc 2008; 83:1154.
14. Chavez-Tapia NC, Hernandez-Calleros J, Tellez-Avila FI, et al. Image-guided percutaneous procedure plus metronidazole versus metronidazole alone for uncomplicated amoebic liver abscess. Cochrane Database Syst Rev 2009.
15. Drugs for Parasitic Infections, 3rd Ed, The Medical Letter, New Rochelle, NY 2013.
16. Rossignol JF, Kabil SM, El-Gohary Y, et al. Nitazoxanide in the treatment of amoebiasis. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2007; 101:1025.
17. Khanna S, Chaudhary D, Kumar A, et al. Experience with aspiration in cases of amebic liver abscess in an endemic area. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2005; 24:428.