



Absceso hepático amibiano en el Hospital San Juan de Dios de Armenia

Las manifestaciones clínicas siguen siendo el pilar diagnóstico del absceso hepático amibiano (AHA), a comprobarse por la sumatoria de análisis de imágenes hepáticas y de estudios serológicos para detectar anticuerpos con la *Entamoeba histolytica* o, en su defecto, la prueba terapéutica con derivados imidazólicos. El análisis retrospectivo de 64 casos de AHA en el Hospital San Juan de Dios de Armenia, recopilados durante un período de 12 años, muestra la presentación clínica típica de la entidad, cursando con mayor frecuencia en hombres, entre

20 y 39 años de edad, con dolor en el hipocondrio derecho en la totalidad de los casos, curso agudo o subagudo, acompañado de fiebre en 94% de los casos, y manifestaciones respiratorias en 50% de los pacientes. La presentación con disentería amibiana concomitante fue rara y las complicaciones se presentaron en 4.6% de casos, representadas fundamentalmente por ruptura del absceso a la cavidad torácica. Los pacientes con ocupaciones agrícolas fueron los más afectados, sin poder determinar correlaciones con la procedencia y estrato socioeconómico. La mortalidad por AHA fue de 1.56%, que representa un solo caso, asociada a ruptura del absceso al tórax. El manejo quirúrgico no aumentó la mortalidad.

Octavio Martínez, Efraín López

Introducción

El absceso hepático amibiano (AHA) es el resultado de la diseminación de la *E. histolytica* a partir del sitio primario de infestación, el intestino grueso, vía vena porta. Las defensas comprometidas del huésped pueden ser factor importante para permitir el establecimiento de la infección hepática con la subsecuente formación del absceso. Este absceso es usualmente solitario y localizado en el lóbulo derecho, siendo los hombres los más frecuentemente comprometidos. El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha clínica (1). Se describe como típico un hombre de 20 a 40 años de edad, que se presenta con fiebre, dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, leucocitosis, aminotransferasas y fosfatasa alcalina anormales y un defecto en el estudio de imágenes hepáticas (2); entre las manifestaciones atípicas o inusuales figura la ictericia obstructiva como resultado de la localización del absceso cerca al hilio hepático, comprimiendo los conductos biliares mayores (3). En 60% de los casos se documenta al menos una queja

Dr. Octavio Martínez: Instructor Asociado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia; Dr. Efraín López: Estudiante de Medicina, Universidad del Quindío.

pulmonar y en 33% múltiples síntomas pulmonares. En 53% de casos se aprecia al menos una anomalía radiográfica torácica: efusión pleural derecha y elevación del hemidiafragma derecho (4). La confirmación del diagnóstico depende de pruebas serológicas y de la respuesta al tratamiento. La mayoría de los abscesos hepáticos amibianos responde al manejo médico, siendo el metronidazol el amebicida de elección (1, 5). En cerca de 10% de los casos, han sido informadas fallas del tratamiento con metronidazol; sin embargo, es cuestionable si existe una verdadera resistencia al metronidazol en algunos casos de amibiasis invasiva, dado que se ha considerado fallido cuando existe falta de respuesta a las 72 horas; la idea prevalente es que la respuesta debe ser dramática e inmediata y es difícil saber si el tratamiento prolongado de estos casos puede terminar en curación (6, 7).

Este informe se fundamenta en el análisis retrospectivo de las historias clínicas de 64 pacientes con diagnóstico de AHA, atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Armenia en un período de 12 años (1980 a 1991), con la finalidad de estudiar sus características clínicas y epidemiológicas en relación con el lugar de procedencia, la ocupación y estrato socioeconómico.

Material y métodos

El estudio es de tipo descriptivo de correlación, retrospectivo y transversal.

En un período de 12 años (1980 a 1991), se seleccionaron un total de 64 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de AHA al egreso, siempre que

cumplieran con criterios clínicos y terapéuticos, pudiendo faltar el ecográfico.

Como criterios clínicos se consideraron los síntomas de dolor en hipocondrio derecho, náuseas o vómito y signos clínicos de fiebre, ictericia, borde hepático palpable, dolor a la palpación del hipocondrio derecho y murmullo vesicular disminuido de intensidad, en base del campo pulmonar derecho.

Como criterio ecográfico tuvimos la imagen "sugestiva" o diagnóstica de absceso hepático y el criterio terapéutico fue la defervescencia y la mejoría subjetiva del estado general del paciente en las primeras 72 horas de instaurado el manejo médico con derivados imidazólicos.

De cada paciente se recolectaron los siguientes datos: edad, sexo, ocupación, residencia urbana o rural, estrato socioeconómico valorado según encuesta de trabajo social al ingreso del paciente, procedencia, dolor en el hipocondrio derecho, fiebre, náuseas, vómito, anorexia, borde hepático palpable, dolor a la palpación del hipocondrio derecho, murmullo vesicular disminuido de intensidad en base de campo pulmonar derecho y tos. Dado el muestreo intencional (o de criterio), los datos fueron analizados mediante estadística univariada, empleando medidas de tendencia central, variabilidad y distribución de frecuencias.

Resultados

El absceso hepático amibiano se presentó con mayor frecuencia en el sexo masculino, 54 casos en hombres y 10 en mujeres, con una relación de 5.4 a 1, lo cual no se aparta de los informes de la literatura (3). La mayor fre-

cuencia global se encuentra entre los 20 y 39 años de edad, lo que reproduce los informes de otros estudios (Figura 1). Su distribución por grupos etáreos, como se ve en la Figura 1, es asimétrica con sesgo negativo, con una mediana de 21 que corresponde al grupo etéreo entre 30 y 39 años de edad.

La presentación clínica (Tabla 1) cursó con dolor espontáneo en hipocondrio derecho en la totalidad de los pacientes, tipo punzada en 30% de los casos, con evolución de uno a diez días en 55% de los pacientes y de curso subagudo en el resto. Solamente un paciente cursó con dolor agudo de menos de 12 horas de evolución. La palpación del hipocondrio derecho fue dolorosa en 94% de los pacientes, con borde hepático palpable únicamente en 62%. Se presentó sintomatología respiratoria en 50% de los pacientes, consistente en tos seca y disnea, estando el murmullo vesicular de la base pulmonar derecho disminuido solamente en 25% de los casos. Concomitantemente con el absceso hepático amibiano se documentó disentería amibiana en un solo caso.

El laboratorio informó leucocitos por encima de $10.8 \times 10^9/L$ en 64% de los casos, con velocidad de sedimentación de 43 pruebas practicadas en rango normal (12 a 18 mm/hora). La fosfatasa alcalina se encontró anormalmente elevada en 25 de 28 análisis practicados.

Se realizaron 37 ecografías hepáticas, arrojando resultados sugestivos de absceso hepático amibiano en 32 de ellas (86.5%). Ecográficamente el absceso estaba localizado en el lóbulo de-

recho en 24 de los 32 estudios sonográficos, seis en el lóbulo izquierdo y dos en ambos lóbulos.

En ningún caso se contó con certificación serológica de absceso hepático amibiano.

El tratamiento se efectuó con derivados imidazólicos (metronidazol, ornidazol o tinidazol) y en 15 de los 64 casos (23.4%), se sumó drenaje quirúrgico. No se contó con estudios microbiológicos del material aspirado. Entre las complicaciones se presentaron tres rupturas de abscesos (4.6%), una de ellas al tórax, único caso fallecido, para una mortalidad de 1.56%.

De las ocupaciones bien definidas, la de agricultor fue la de mayor frecuencia de casos (Tabla 2). La desviación estándar para los datos obtenidos del lugar de residencia, urbano o rural, fue de 17. Para el estrato socioeconómico existe igualmente una gran dispersión de la muestra, con una desviación estándar de 6.9 (Tabla 3). La gran mayoría de casos son provenientes del área urbana del municipio de Armenia (Tabla 4).

Discusión

Los estudios de la literatura sobre AHA y amibiasis fatal dan cuenta de cuadros típicos y atípicos, con 98% de casos cursando con malestar general, fiebre, debilidad, hepatomegalia dolorosa y pérdida de peso. La hepatomegalia, generalmente limitada al lóbulo afectado por el absceso, puede demostrarse fácilmente en la clínica, aunque si el crecimiento se efectúa hacia el tórax o hacia la parte posterior del abdomen, puede ser difícil su detección. La tumoración usualmente es dolorosa, excep-

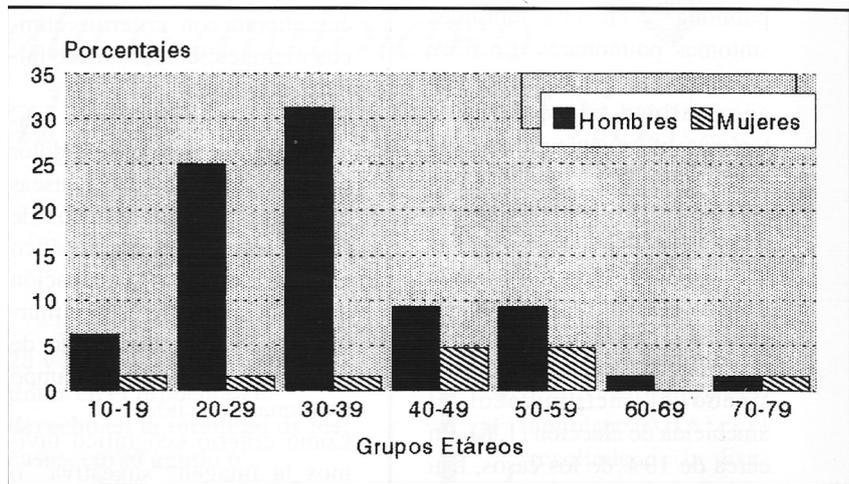


Figura 1. Absceso hepático amibiano. Hospital San Juan de Dios-Armenia. Distribución porcentual por edad y sexo.

ción hecha de los casos crónicos; generalmente se desplaza con la respiración, y cuando no lo hace, ocurre que el hemidiafragma está paralizado y el absceso es muy grande, o éste se ha extendido hasta irritar el peritoneo y crear adherencias con la pared. El dolor casi siempre corresponde a la zona de mayor superficialidad del absceso. La pérdida de peso es casi siempre desproporcionada a la anorexia. En algunos casos el cuadro es de aparición brusca, semejando colecistitis por la vecindad del absceso a la vesícula, neumonía o presentarse derrame en bases pulmonares. La presencia de ascitis con o sin ictericia, habla de algún grado de hipertensión portal (8, 9). El diagnóstico de AHA en el Hospital San Juan de Dios de Armenia se fundamenta en las manifestaciones clínicas y estudio ecográfico hepático más el ensayo terapéutico con derivados imidazólicos. La clínica de presentación no se aparta de la clásicamente informada en la literatura. Dada la gran dispersión de los

Signos y síntomas	Frecuencia
Dolor	64 (100%)
Fiebre	59 (92%)
Borde hepático palpable	40 (62%)
Palpación dolorosa hipocondrio der.	61 (94%)
Ictericia	18 (28%)
Murmulo vesicular disminuido base der.	16 (25%)
Náuseas/vómito/anorexia	40 (62%)

Tabla 1. Absceso hepático amibiano. Hospital San Juan de Dios- Armenia. Hallazgos clínicos.

Absceso hepático amibiano

Ocupación	Frecuencia
Agricultor	18 (28.0%)
Hogar	9 (14.1%)
Comerciante	4 (6.3%)
Estudiante	4 (6.3%)
Desempleado	5 (8.0%)
Otras	24 (37.5%)

Tabla 2. Absceso hepático amibiano Hospital San Juan de Dios-Armenia. Distribución según ocupación.

Estrato socioeconómico	Frecuencia
Estrato 1	7 (11%)
Estrato 2	18 (28%)
Estrato 3	21 (33%)
Estrato 4	5 (8%)

Tabla 3. Absceso hepático amibiano Hospital San Juan de Dios-Armenia. Distribución según estrato socioeconómico.

Municipio	Frecuencia
Armenia	39 (61%)
Montenegro	9 (14%)
Quimbaya	3 (4.7%)
Pijao	3 (4.7%)
Circasia	3 (4.7%)
La Tebaida	2 (3%)
Calarcá	1 (1.6%)
Córdoba	1 (1.6%)
Barcelona	1 (1.6%)
Cartago	1 (1.6%)

Tabla 4. Absceso hepático amibiano Hospital San Juan de Dios-Armenia. Distribución según procedencia.

datos que valoran el estrato socioeconómico y el área de procedencia de los pacientes, urbana o rural (datos no mostrados), no es posible hacer conclusiones valederas respecto a alguna relación entre estas variables y la frecuencia de AHA. Se destaca que la frecuencia de presentación es mayor en los pacientes con ocupaciones agrícolas.

La tasa de mortalidad por amibiasis en Colombia no ha sido precisada. En el material de autopsia de cuatro hospitales universitarios colombianos, Duque (9) informa 3.5% de casos fatales sobre un total de 220 autopsias; Bravo (8) señala una tasa de mortalidad para AHA tratado con aspiración evacuadora y emetina, de 3.5%.

En este estudio la mortalidad debida a AHA fue muy baja, no obstante la alta frecuencia de manejo quirúrgico complementario, y estuvo asociada a la ruptura del absceso al tórax. Se opone a informe de mortalidad de 7.7% en AHA sometidos a tratamiento quirúrgico (10). La frecuencia de complicaciones está en 4.6%, siendo igual a referencias publicadas por otros autores (11). Esto podría deberse a la detección temprana de los casos y al tratamiento oportuno, así como a la efectividad terapéutica de los derivados imidazólicos.

El elevado número de casos sometido a manejo médico quirúrgico no tiene justificación en este estudio, pero podría ser debido a la carencia de estudios serológicos demostrativos de anticuerpos contra antígenos amibianos o a la frecuencia relativamente elevada de compromiso del lóbulo izquierdo del hígado. La punción aspirativa de un AHA, según estudios retrospec-

tivos y prospectivos está indicada únicamente en las siguientes circunstancias: ninguna evidencia de mejoría clínica de 48 a 72 horas de iniciado el tratamiento amebicida, marcado dolor, abscesos mayores de 10 cm de diámetro, marcada elevación del hemidiafragma, todos los que se localicen en el lóbulo izquierdo y abscesos asociados con pruebas serológicas negativas. También se indica en embarazadas y para abscesos a una distancia menor o igual a 2.5 cm del diafragma. Estas indicaciones se basan en la comprobación de una menor duración del dolor en los pacientes aspirados y mayores riesgos de complicaciones en los no aspirados (1,7).

Aunque las pruebas de aglutinación específicas para amibiasis no siempre son positivas en pacientes con AHA, son de gran ayuda en la comprobación diagnóstica de un absceso hepático documentado ecográficamente. Las pruebas de hemaglutinación indirecta y directa así como el ELISA IgG, son altamente sensibles y positivas en 95% de pacientes con AHA (5, 7, 12, 13). El estudio de reacciones serológicas en pacientes con AHA practicado por Restrepo y col (14), informa mayor positividad y a títulos altos con hemaglutinación indirecta, recomendando esta técnica como la más sencilla e indicadora de infección presente o reciente. Es un recurso diagnóstico en mora de implementarse en nuestro medio, que evitaría la punción aspirativa con finalidad diagnóstica.

Summary

The clinical manifestations of hepatic abscess are of utmost

importance in the diagnosis of this entity specially when combined with the analysis of radiological images as well as serology against *Entamoeba histolytica* or even the consideration of a diagnostic-therapeutic trial with imidazoles. The retrospective analysis of 64 cases of amoebic abscess during a 12 year period at the San Juan de Dios Hospital in Armenia served us to compile the following findings: the greatest incidence occurred in males between 20-39 years. All patients presented with pain at the right upper quadrant of the abdomen. The evolution of the illness was acute or subacute in 94% of the cases and 50% of them complained of respiratory symptoms. The concomitance of dysentery was rare and complications

occurred in 4.6% of the cases and mostly as rupture of the abscess into the chest; patients laboring in agriculture were the most affected. Mortality was 1.56%. Surgical management did not increase the mortality.

Referencias

1. **Gibney E J.** Amoebic Liver Abscess. *Br J Surg* 1990; **77**: 843-844.
2. **Maltz G, Knauer CM.** Amebic Liver Abscess: a 15-Year Experience. *Am J Gastroenterol* 1991; **86**: 704-710.
3. **Ihekwa AE, Ukabam SO.** Some Unusual Presentations of Hepatic Amoebiasis in Enegu, Nigeria. *Trop Doct* 1991; **21**:60-62.
4. **Lyche KD, Jensen WA, Kirsh CM, et al.** Pleuropulmonary Manifestations of Hepatic Amebiasis. *West J Med* 1990; **153**: 275-278.
5. **Donovan AJ, Yellin AE, Ralls PW.** Hepatic Abscess. *World J Surg* 1991; **15**:162-169.
6. **Martínez P.** Amoebiasis, giardiasis, and cryptosporidiasis. In: McInture N, Benhamou JP, Bircher J, Rizzeto M, Rodes J. Oxford Textbook of Clinical Hepatology. Oxford University Press 1991: 696-701.
7. **Rustgi AK, Richter JM.** Pyogenic and Amebic Liver Abscess. *Med Clin North Am* 1989; **73**: 847-858.
8. **Bravo C.** Absceso Hepático. Estudio de 122 casos comprobados. I. Presentación de 100 casos en adultos. *Antioquia Med* 1964; **14**: 681-722.
9. **Duque O.** Amibiasis fatal en Colombia. Estudio anatomo-clínico de 220 casos y revisión de la literatura latinoamericana. *Antioquia Med* 1968; **18**: 783-808.
10. **Mier y Díaz J, Blanco R, Medina E, Sigler L, Melgoza C.** Tratamiento Quirúrgico del Absceso Hepático Amibiano. *Arch Invest Méd (Méx)* 1990; **21 (supl 1)**: 123-125.
11. **Botero D, Restrepo M.** Absceso Hepático Amibiano. En: Botero D, Restrepo M. Parasitosis Humanas. CIB 1992: 47-52.
12. Case Record. *N Engl J Med* 1990; **322**:454-460.
13. **Muñoz O, Hernández R, Cruz E, Martínez M del C.** Es posible distinguir entre infección hepática antigua y reciente mediante el análisis inmunoenzimático? *Arch Invest Méd (Méx)* 1986; **17 (supl)**: 327-330.
14. **Restrepo M, Restrepo F de, Botero D.** Reacciones Serológicas en Pacientes con Amibiasis. *Acta Med Colomb* 1976; **1**:223-228.