

# Absceso Hepático Amibiano

## Revisión de Diez Años en el Hospital México

Dr. Francisco Hevia U. \*\*

Dr. Alfredo Martén O. \*\*\*

Dr. Julián Peña Chaves\*\*\*\*

Dr. Jorge Miranda M. \*\*\*

Dr. Oscar Herrán M. \*\*\*

### RESUMEN

Se revisan los expedientes clínicos de los 10 años de existencia del Hospital México de la Caja Costarricense de Seguro Social, o sea desde su inauguración en setiembre de 1969 hasta agosto de 1979. Se encuentran 37 pacientes con absceso hepático amibiano.

La edad de los pacientes osciló desde la primera década hasta la séptima, encontrándose la mayor incidencia entre los 31 y 50 años (48.6%). Se encontró un predominio del sexo masculino de 3:1 sobre el sexo femenino. El síntoma más frecuente fue la fiebre (89%), seguido del dolor en cuadrante superior derecho (64.8%). La ictericia y antecedente reciente de diarrea fueron raros, presentándose en 16.2% y 24.3% respectivamente. No se encontró relación entre el padecimiento y la magnitud de ingesta etílica. La duración de la sintomatología en los pacientes antes de la hospitalización, fue en su mayoría de 2 semanas (73%). Los datos de laboratorio más importantes fueron la leucocitosis con desviación izquierda (83.7%) y aumento de la fosfatasa alcalina (70.3%). La gamagrafía fue precisa en el 80% de los casos.

La radiología de tórax reveló algunas anomalías en un porcentaje bajo. La mayoría de los

pacientes recibió tratamiento médico (54%), con buena respuesta al mismo.

### INTRODUCCION

La complicación más frecuente y grave de la amibiasis intestinal es el absceso hepático (14,19). Su cuadro clínico es poco constante y sabemos que se sigue presentando en los salones de nuestros hospitales como problema diagnóstico.

Nuevos métodos de laboratorio y gabinete de los cuales disponemos, han contribuido a precisar en mayor grado su diagnóstico, orientado en primer lugar por los aspectos clínicos.

Algunos han planteado que la amibiasis hepática se diagnosticará y tratará a tiempo cuando se conserve en la mente como posible diagnóstico diferencial (2,14,17). La clasificación planteada por Sepúlveda et al.(14) de: hepatitis amibiana, absceso agudo y absceso crónico, está bien definida en cuanto a la integración de los aspectos clínicos. En el laboratorio los datos de leucocitosis con neutrofilia y aumento de la fosfatasa alcalina (F.A.) y velocidad de eritrosedimentación (V.E.S.), son los de mayor importancia (4,6,9,11,12,16,19,21). La radiología se reporta también como método de gran valor (7,10,18,19). La esplenoportografía, la ecohepatografía y la arteriografía selectiva, se describen como útiles para precisar la localización del absceso y diferenciarlo de otros procesos ocupantes

\*Trabajo presentado durante las celebraciones del X Aniversario del Hospital México en setiembre de 1979.

\*\*Residente de Post Grado en Gastroenterología a la fecha de la presentación y actualmente Asistente de Gastroenterología, Hospital San Juan de Dios.

\*\*\*Servicio de Gastroenterología y Cátedra de Medicina Integrada del Adulto, Hospital México y U.C.R.

\*\*\*\*Servicio de Medicina Interna y Medicina Nuclear y Cátedra de Medicina Integrada del Adulto, Hospital México y U.C.R.

(3,13,14); también la peritoneoscopia con abscesoscopia ha sido reportada como de utilidad diagnóstica (1). El método de mayor valor como coadyuvante diagnóstico (de gabinete), es la gammagrafía hepática (20, 22). Existe diversidad en los criterios para una conducta quirúrgica y/o médica (8,10), estableciéndose por algunos (19) que no hay variación en cuanto a la evolución y estancia hospitalaria al adoptar cualquiera de éstas. Ha sido nuestro interés entonces, el revisar los aspectos clínicos, elementos diagnósticos y tratamiento del absceso hepático amibiano en nuestro medio.

#### MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los expedientes correspondientes a todos los pacientes con el diagnóstico de absceso hepático amibiano entre los años 1969 a 1979 en el Hospital México de la Caja Costarricense de Seguro Social. Se encontró un total de 37 casos. Se incluyeron los enfermos que, de acuerdo a los datos clínicos, de laboratorio y gabinete y respuesta a tratamiento, eran portadores de absceso hepático amibiano. Los casos dudosos con cultivos positivos o con cirugía reciente, fueron excluidos considerándose portadores de abscesos piógenos. Se determinaron los parámetros de sexo, edad, signos y síntomas, antecedente etílico, alteraciones de laboratorio y gabinete, y el tratamiento recibido.

#### RESULTADOS

De un total de 37 casos de absceso hepático amibiano, se observó un predominio del sexo masculino (73%) sobre el femenino de 3:1 (27%). Las edades comprendidas entre los 21 y 50 años presentan la mayor incidencia de esta enfermedad (64.8%). (Tabla 1).

Los síntomas y signos más frecuentes fueron la fiebre (89.1%) y el dolor en el cuadrante superior derecho (CSD = 64.8%). La hepatomegalia se presentó sólo en 16 casos, (43.2%).

El antecedente de diarrea reciente se obtuvo en 9 casos (24.3%) y la presencia de ictericia al ingreso del paciente al hospital, sólo se presentó en el 16.2%. (Tabla 2).

Se investigó el antecedente de ingesta alcohólica, dividiéndose en tres grupos de acuerdo a la severidad de la ingesta (Tabla 3).

**Tabla 1**  
**DISTRIBUCION POR EDADES**  
**Y POR SEXO**

Años	Nº Pacientes	%
0- 9	3	8.1
10-20	2	5.4
21-30	6	16.2
31-40	12	32.4
41-50	6	16.2
51-60	4	10.8
61-70	1	2.7
71-80	3	8.1
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100.0</b>
<b>HOMBRES</b>	<b>27</b>	<b>73%</b>
<b>MUJERES</b>	<b>10</b>	<b>27%</b>

**Tabla 2**  
**SIGNOS Y SINTOMAS**  
**MAS FRECUENTES EN LOS PACIENTES**

Fiebre . . . . .	33 (89.1%)
Dolor en el cuadrante superior derecho . . . . .	24 (64.8%)
Anorexia . . . . .	22 (59.4%)
Antecedentes de ingesta etílica	21 (56.8%)
Hepatomegalia . . . . .	16 (43.2%)
Astenia . . . . .	12 (32.4%)
Dolor epigástrico . . . . .	11 (29.7%)
Náuseas . . . . .	10 (27.0%)
Diarrea previa . . . . .	9 (24.3%)
Pérdida de peso . . . . .	7 (18.9%)
Ictericia . . . . .	6 (16.2%)
Vómitos . . . . .	6 (16.2%)
Escalofríos . . . . .	5 (13.5%)

Se encontró que el antecedente de ingesta previa, fue negativo en el 32.4%; en cambio, la ingesta de alcohol fue alto sólo en el 10.8%.

**Tabla 3**  
**PACIENTES CON ANTECEDENTES DE INGESTA ETILICA RELACIONADA CON EL INICIO DE LA SINTOMATOLOGIA**

Severo . . . . .	4	(10.8%)
Moderado. . . . .	7	(18.9%)
Leve . . . . .	10	(27.0%)
No . . . . .	12	(32.4%)
Ignorado . . . . .	4	(10.8%)

<b>SEVERO:</b>	Gran cantidad todos los días (inveterados).
<b>MODERADO:</b>	Regular cantidad los días o fines de semana más recientes.
<b>LEVE:</b>	Poca cantidad en los días observados.

El concepto de absceso agudo y crónico tiene importancia en cuanto a la duración de los síntomas antes de la hospitalización, encontrándose que la sintomatología previa no duró más de 2 semanas en el 73% de los casos. (Tabla 4). Las técnicas de laboratorio de hemaglutinación y fijación de complemento son de gran utilidad, pero no se analizaron en nuestra casuística por haberse practicado en dos casos únicamente. Entre las alteraciones de laboratorio más importantes, tenemos la leucocitosis con desviación izquierda (83.7%), aumento de la fosfatasa alcalina (70.3%) y aumento de la V.E.S. (45.9%). (Tabla 5).

La gamagrafía fue de utilidad prácticamente en el 96.4% de los casos, siendo diagnóstica en el 80% de los mismos.

En la Figura 1 se observa una imagen de defecto de llenado en el lóbulo derecho, anterior e inferior. Este estudio fue practicado en los primeros años del Servicio de Medicina Nuclear por lo que el radiofármaco usado fue Rosa de Bengala<sup>131</sup>I. Esta locali-

**Tabla 4**  
**DURACION DE LA SINTOMATOLOGIA EN LOS PACIENTES ANTES DE LA HOSPITALIZACION**

1 semana . . . . .	14	(37.8%)
2 semanas . . . . .	13	(35.2%)
3 semanas . . . . .	0	( 0%)
4 semanas . . . . .	5	(13.5%)
Más de 4 semanas . . . . .	5	(13.5%)

**Tabla 5**  
**ALTERACIONES DE LABORATORIO MAS FRECUENTES EN LOS PACIENTES**

Leucocitosis con desviación izquierda . . . . .	31	(83.7%)
Aumento de fosfatasa alcalina . . . . .	26	(70.3%)
Aumento de la V.E.S. . . . .	17	(45.9%)
Aumento de la bilirrubina total . . . . .	13	(35.1%)
Disminución de la hemoglobina . . . . .	13	(35.1%)
Disminución del hematocrito . . . . .	13	(35.1%)

zación muy frecuente para esta patología, difiere de la Figura 2 (realizado el estudio con sulfuro de Tecnecio coloidal), que muestra un absceso en la región hiliar y que inicialmente hizo considerar el abordaje quirúrgico por un posible piocolecisto. También es atípica la localización en el lóbulo izquierdo, tal y como se muestra en la Figura 3 de un estudio realizado con oro coloidal (198 Au).

La radiografía de tórax practicada sólo en 22 pacientes mostró algún tipo de cambio a nivel del hemitórax derecho en menos del 20% de los casos. La fluoroscopia para determinar movilidad es de mayor valor, ya que fue positiva en 4 de los únicos 5 pacientes en los que se practicó. (Tabla 5).

**Tabla 6**  
**ALTERACIONES EN EXAMENES**  
**DE GABINETE MAS FRECUENTES**  
**EN LOS PACIENTES**

<b>Gamagrafía</b> (sólo en 25 pacientes):		
Diagnóstica . . . . .	20	(80.0%)
Dudosa . . . . .	4	(16.4%)
Negativa . . . . .	1	( 4.0%)
<b>Radiología</b> (sólo en 22 pacientes):		
Hemidiafragma elevado . .	9	(16.2%)
Derrame derecho . . . . .	2	( 5.4%)
Neumonía basal derecha . .	2	( 5.4%)
Atelectasia basal derecha . .	1	( 2.7%)

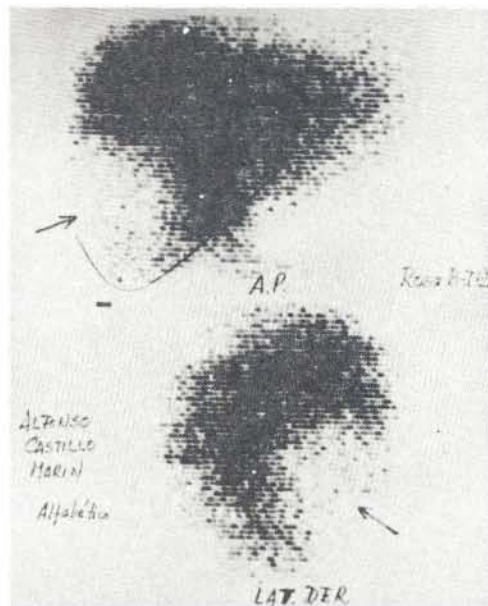
(Hipomovilidad fluoroscópica en 4 de 5 pacientes)

Con relación al tratamiento recibido (Tabla 6) en la mayoría (54%), fue de tipo médico, obteniéndose una buena respuesta al mismo con metronidazole, aminosidina y la triple asociación de tetraciclina, emetina y cloroquina. No se encontró una diferencia significativa en cuanto a evolución, estancia hospitalaria y morbilidad en los pacientes tratados quirúrgicamente, aunque lógica-

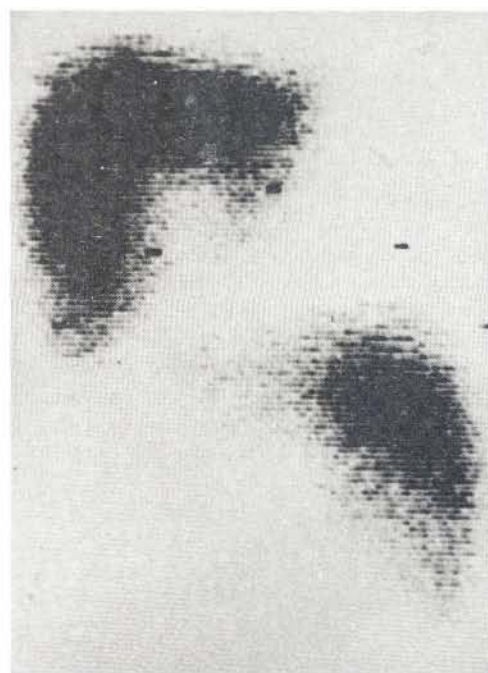
**Tabla 7**  
**ALTERACIONES EN EXAMENES**  
**DE GABINETE MAS FRECUENTES**  
**EN LOS PACIENTES**

Médico . . . . .	20	(54.0%)
Quirúrgico . . . . .	6	(16.2%)
Ambos (inicialmente quirúrgico). .	11	(29.7%)

mente sí a nivel económico, por el elevado costo de los procedimientos quirúrgicos.



**FIGURA 1.** Imagen de absceso hepático amibiano en lóbulo derecho inferior anterior. Realizado con Rosa de Bengala - 131 I.



**FIGURA 2.** Imagen de absceso hepático amibiano en la región del hilio hepático. Estudio realizado con Tecnecio coloidal.

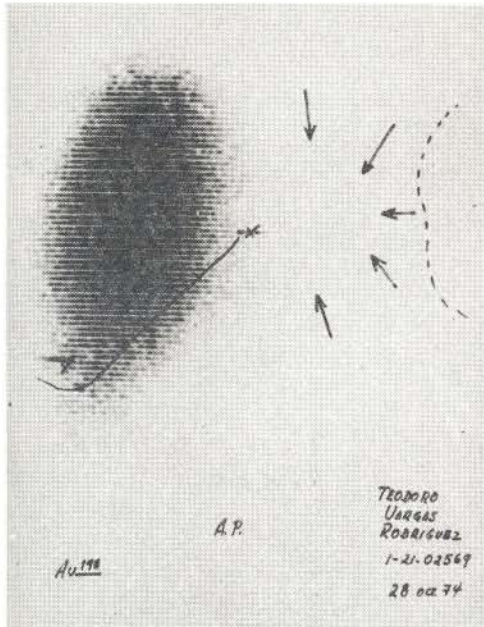


FIGURA 3. Imagen de absceso hepático amibiano en el lóbulo izquierdo del hígado. Estudio realizado con oro coloidal 198 Au.

## DISCUSION

De acuerdo al material revisado en el Hospital México, los criterios diagnósticos más útiles por orden de frecuencia en la patología de absceso hepático amibiano fueron:

a) Fiebre, b) leucocitosis con desviación izquierda, c) gamagrafía hepática anormal, ch) sexo masculino, d) elevación de fosfatasa alcalina, e) dolor en cuadrante superior derecho, f) anorexia, g) antecedentes de ingesta etílica, h) aumento de la V.E.S., i) hepatomegalia.

La etiología amibiana fue aceptada fundamentalmente por el cuadro clínico del enfermo, por la imagen gamagráfica prácticamente patogenomónica en nuestro medio y finalmente por la excelente respuesta a cualesquiera de los tres esquemas terapéuticos utilizados: a) Metronidazole solo, b) Aminosidina sola, c) Asociación de Tetraciclina, Emetina y Cloroquina.

La presencia de amebas en el examen de heces o en la biopsia de mucosa rectal no ayuda en el diagnóstico, ya que fue positiva sólo en el 10.8% de los enfermos estudiados. Nos mueve este hecho a recomendar como esencial el examen serológico (11,21) para

detectar amibiasis extraintestinal.

Creemos que el tratamiento médico es el de elección, aunque la mala respuesta a cualquiera de los tratamientos apuntados justifica además un drenaje por peritoneoscopia o por laparotomía, según la localización del proceso.

Finalmente apuntamos que en nuestro Hospital es una enfermedad poco frecuente (aproximadamente 4 pacientes por año), que presenta dificultad diagnóstica cuando no se tiene presente y que en general es de excelente respuesta al tratamiento médico.

## SUMMARY

Medical records of ten year old Hospital Mexico, Caja Costarricense de Seguro Social were reviewed. From its beginning in September 1969 to August 1979, 37 patients with amoebic liver abscess were found.

Age range varied from first decade to seventh decade of live, being the highest incidence between 31 and 50 years of age (48.6%). Disease more frequent in men (3:1) than in women. Most frequent symptoms were fever (89%) and upper right quadrant pain (64.8%). Jaundice (16.2%) and diarrhoea (24.3%) were unfrequent. No relationship between the disease and alcohol intake was found. Most patients had symptoms during two weeks (73%) prior to be in hospital. Leucocitosis with neutrophilia (83.7%) and elevation of the alkaline phosphatase (70.3%), were the main blood test abnormalities. Gammagraphy was successful for the diagnosis in 80% of cases and thorax X ray was abnormal just in few cases. Most patients did well on medical treatment (54%).

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Acevedo, O.A.; Biagi, F.; Acevedo, O.J.; Cerecedo, C.O., Santoyo, J.: Panorama amibiano. REV. MED. HOSP. GRAL., 23: 167, 1960.
- 2.- Barbour, G.L., Jumper K. Jr.: A clinical comparison of amebic and pyogenic abscess of the liver in sixty six patients. AM. J. MED. 53: 323, 1972.
- 3.- Bunnag, T.S.; Kaoparisuthi, V.; Arthachinta, S.; Chienradit, K.; Binbakaya, L.: Percutaneous splenic portography in amebic liver abscess. AM. J. ROENTGENOL., 80: 324, 1958.
- 4.- Cain C.D.; Moore P. Jr., Patterson M.: A ten year review of amebic abscess of the liver: 1956-1966. AMER. J. DIG. DIS. 13: 709, 1968.

- 5.- Cohen H.G., Reynolds T.B.: Comparison of metronidazole and chloroquine for the treatment of amebic liver abscess. *GASTROENTEROLOGY* 69: 35, 1975.
- 6.- Comer, E., Jones, C.: Clinical and electrophoretic studies of serum protein in human amebiasis. *AM. J. TROP. MED. HYG.*, 6: 369, 1957.
- 7.- Druckman, A., Shorr, S.: The roentgenological manifestations of amebiasis of the large intestine. *Am. J. ROENTGENOL.* 54: 145, 1945.
- 8.- Griffin F.H., Jr.: Failure of Metronidazole to cure hepatic amebic abscess. *N. ENGL. J. MED.* 288: 1397, 1973.
- 9.- Hernández de la P.R., de León, A.: Estudios de fosfatasa alcalina en enfermos con absceso hepático. *REV. INVEST. CLIN.*, 14: 45, 1962.
- 10.- Islam N., Alam K.S., Quaderi M.A.: Hepatic amoebiasis. *J. TROP. MED. HYG.* 63: 131, 1960.
- 11.- Jumper K. Jr. et al: Serologic diagnosis of amebiasis. *AM. J. TROP. MED. HYG.* 21: 157, 1972.
- 12.- Mayet, F.G.H., Powell, S.J.: Anemia associated with amebic liver abscess. *AM. J. TROP. MED. and HYG.*, 13: 790, 1964.
- 13.- Monroe L.S., Leopold G.R., Brown J.W., Smith J.L.: The ultrasonic scan in management of amebic hepatic abscess. *AM. J. DIG. DIS.* 16: 523, 1971.
- 14.- Pérez, R., Brant, G.: Amibiasis. *Prensa Médica Mexicana.* 72-78, 1970.
- 15.- Pitol, A., Landa, L., de León, A.: Esplenopografía. Su utilidad en los padecimientos del páncreas y en hepatopatías distintas de cirrosis. *REV. INVEST. CLIN.* 12:621,1960.
- 16.- Powell, S.J.: The hematological findings, serum proteins, and liver function tests in acute amebic dysentery and amebic liver abscess. *AM. J. TROP. MED. HYG.*, 8: 331, 1959.
- 17.- Sepúlveda B., Jinich H., Bassols F., Muñoz R.: Amebiasis of the liver. Diagnosis, prognosis and treatment. *AM. J. DIG. DIS.* 4: 43, 1959.
- 18.- Sepúlveda, B., Landa, L.: Problema de diagnóstico en la amibiasis hepática. *REV. INVEST. CLIN.*, 12: 115, 1960.
- 19.- Shabot, J.M., Patterson, M.: Amebic Liver Abscess: 1966-1976. *AM. J. DIG. DIS.*, 23: 110-118, 1978.
- 20.- Sheehy T.W., Parmley L.F. Jr., Johnston G.S., Boyce H.W.: Resolution time of an amebic liver abscess. *GASTROENTEROLOGY* 55: 26, 1968.
- 21.- Sodeman W.A. Jr., Dowda M.C.: Rapid serologic methods for the demonstration of *Entamoeba histolytica* activity. *GASTROENTEROLOGY* 65: 604, 1973.
- 22.- Wilson F.E., Preston D.F., Overholt E.L.: Detection of hepatic neoplasm. Hepatic scanning combined with liver function studies. *J.A.M.A.* 209: 676, 1969.