

ALFREDO VICENCIO TOVAR*
SERGIO LUIS UGARTE BURCK**
ROBERTO ENRIQUEZ HABIB**
REGINA NAVA MIRANDA***

ABSCESO HEPÁTICO AMIBIANO CON COMPLICACIONES AGUDAS

LOS PACIENTES con absceso hepático amibiano que ingresan a un Hospital de Urgencias, suelen ser aquellos que presentan grave ataque al estado general o complicaciones graves tales como: ruptura espontánea a cavidad abdominal, toxemia por grandes colecciones, abscesos con inminente perforación, tendencia a la exteriorización y apertura a cavidad pleural o bronquios; raramente se describen aperturas a pericardio y espacio extraperitoneal^{7, 10, 12, 14, 19, 21, 22}.

Siendo el absceso hepático amibiano en nuestro medio una entidad sumamente frecuente, por la alta incidencia de amibiasis no tratada, hemos observado y comprobado que son factores coadyuvantes la hiponutrición y el alcoholismo^{2, 15, 26}.

Las complicaciones descritas anteriormente son casi siempre consecuencia de un nulo tratamiento o

un deficiente manejo durante las fases iniciales del proceso^{4, 6, 9, 12, 16, 17}. Por ello, la evolución hacia alguna complicación del absceso, o a un estado crítico conduce casi invariablemente al tratamiento por procedimientos quirúrgicos, algunos de urgencia, cuando es sabido que un diagnóstico oportuno puede permitir un tratamiento médico que resolvería la mayoría de los casos^{1, 8, 16, 21, 25}.

Aunque la clínica continúa siendo uno de los factores fundamentales en el diagnóstico oportuno del absceso hepático, en la actualidad puede contarse con un importante arsenal de auxiliares de diagnóstico. En la fase evolutiva de un absceso, antes de una complicación severa, es importante agotar los procedimientos para evitar omisiones desagradables; al respecto debe decirse que ante un cuadro sugerente siempre hay que pensar en la existencia de un absceso hepático.

La radiología ocupa un importante lugar en el diagnóstico del absceso hepático, ya sea evolutivo o complicado, contándose en la actualidad con varios procedimientos que han ampliado la perspectiva de los estudios simples de rutina del tórax y el abdomen.

* Jefe del Servicio de Cirugía General y Gastroenterología. Hospital "Dr. Rubén Leñero".

** Médico Residente.- Hospital "Dr. Rubén Leñero".

*** Médico Residente.- Hospital de Emergencias "Balbuena".

Estos procedimientos incluyen el neumoperitoneo diagnóstico¹⁴, los estudios del tubo digestivo con medio radiopaco así como la arteriografía selectiva y la esplenopografía^{15, 30, 32}. En el control del tratamiento por punción o drenaje se han utilizado la llamada neumografía con introducción de aire y la abscesografía con medio de contraste¹, que ofrecen imágenes de reducción progresiva de la cavidad abscedal. Estos últimos procedimientos tienen sin embargo algunas complicaciones y han sido substituidos progresivamente por la gammagrafía^{10, 23}.

Durante la fase evolutiva de un absceso hepático y antes de llegar a una complicación severa, los estudios radiológicos mencionados son importante ayuda; el empleo del neumoperitoneo como medio de contraste radiológico permite muchas veces el diagnóstico diferencial. El examen del colon con enema baritado y la serie gatroduodenal son a veces de gran utilidad, al mostrar imágenes de compresión extrínseca por abscesos no identificables clínicamente. Los estudios angiográficos, ya sea arteriales o venosos son los que ofrecen más fineza diagnóstica³², requiriendo equipo especializado costoso, por lo que deben reservarse a ciertos casos problema. La gammagrafía hepática ha venido a representar un gran avance tanto para el diagnóstico diferencial, como para la valoración de la evolución del padecimiento^{3, 10, 11, 23, 28, 30, 31}.

En el tratamiento médico, puede considerarse que son pocas las nuevas adquisiciones, ya que la Emetina continúa siendo la droga de elección, junto con las Cloroquinas y más recientemente el Metronidazol^{1, 5, 9, 22}. Han sido usados diversos antibióticos por supuesta acción antimibiana o pensando en la posibilidad de contaminación bacteriana^{1, 3, 7, 15, 20}; sin embargo, los resultados obtenidos con o sin antibióticos han sido similares; solamente el Sulfato de Aminosidina parece poseer una acción antimibiana favorable, aunque moderada¹.

El tratamiento quirúrgico en el absceso, se considera indicado esencialmente: a) en ausencia de mejoría después de un correcto tratamiento, b) ante una inminente ruptura, o c) cuando existe perforación del absceso hacia la cavidad abdominal o a la cavidad pleural^{2, 7, 14, 21, 24, 30}. Cuando se realiza de urgencia, este procedimiento se acompaña de elevada morbilidad y mortalidad, por lo que siempre que sea realizable, se prefiere la punción evacuadora, que bien efectuada e indicada, puede ser curativa al

completar el tratamiento médico instituido^{1, 25}. La paracentesis puede ser complementada colocando un catéter de drenaje continuo, que bajo vigilancia estricta ofrece buenas perspectivas de mejoría²⁵.

MATERIAL Y MÉTODO

Fueron seleccionados 70 casos de absceso hepático amibiano que se consideraron como complicados, entre 200 expedientes de ingreso por este padecimiento en el Hospital "Dr. Rubén Leñero". De ellos 58 correspondieron al sexo masculino y 12 al femenino, con una edad máxima de 60 años y mínima de 11.

CUADRO No. 1

	Antecedentes	
	Casos	Porcentaje
Alimentación deficiente	66	94.2%
Alcoholismo	63	90 %
Hábitos higiénicos deficientes	64	91.1%
Antecedentes colíticos	61	87.1%

En el análisis de los antecedentes, se encontró una alimentación deficiente en 66 pacientes (94.2%), alcoholismo positivo en 63 (90%) y malos hábitos higiénicos en 64 (91.1%). El cuadro de absceso fue precedido de Síndrome Colítico en 61 casos (87.1%) lo que es bastante significativo. Pudo comprobarse cirrosis hepática concomitante en 4 casos; coincidió con embarazo en 2, con litiasis vesicular en 2 y con úlcera péptica en 5.

CUADRO No. 2

	Padecimientos
	concomitantes
	Casos
Cirrosis hepática	4
Embarazo	2
Litiasis vesicular	2
Úlcera péptica	5

ABSCESO HEPÁTICO AMIBIANO CON COMPLICACIONES AGUDAS

De los 70 pacientes, 24 ingresaron por complicaciones pleuropulmonares, 42 por problema abdominal, 3 por exteriorización del absceso a pared y 1 por ruptura espontánea a bronquios. De los 42 con problema abdominal, 10 ingresaron con cuadro abdominal agudo por absceso abierto a cavidad peritoneal.

CUADRO No. 3

	Tipo de complicación	
	Casos	Porcentaje
Pleuropulmonar	24	34.2%
Abdominal	42	60 %
Parietal	3	4.2%
Ruptura a bronquios	1	1.4%

En el cuadro clínico, el dolor fue el síntoma predominante en los 70 casos; se observó pérdida de peso en 66 pacientes; hubo fiebre de tipo continuo en 47 y remitente en 23. Se comprobó *ictericia* en 22 casos y trastornos metabólicos con posible encefalopatía en 13.

CUADRO No. 4

	Datos clínicos predominantes	
	Casos	Porcentaje
Dolor	70	100 %
Pérdida de peso	66	92.4%
Fiebre	70	100 %
Ictericia	22	31.4%
Encefalopatía metabólica	13	18.5%

A todos los pacientes les fueron realizadas rutinas de laboratorio y pruebas de función hepática. En los estudios, se encontraron como hallazgos positivos, leucocitosis con neutrofilia en 66 casos, elevación de la bilirrubina directa en 22, elevación de las transaminasas en 10, hipoproteinemia con des-

viación de la relación A/G en 13 e hipoprotrombinemia en 17.

CUADRO No. 5

	Estudios de Laboratorio alterados	
	Casos	Porcentaje
Leucocitosis con neutrofilia	66	94.2%
Hiperbilirrubinemia	22	31.4%
Elevación de transaminasas	10	14 %
Hipoproteinemia con inversión R.A.G.	13	18.5%
Hipoprotrombinemia	17	24.2%

En todos los casos se realizaron estudios radiológicos de tórax y abdomen al ingreso y durante el tratamiento como control; se practicaron hepatogramas en 10 pacientes, punción con Neumoabscesografía en 7 y estudios del tubo digestivo con medios de contraste en 13.

El tratamiento fue exclusivamente médico en 19 casos (27.1%) y asociado a punción evacuadora en 38 (54.2%). El drenaje quirúrgico fue utilizado en 22 pacientes (31.4%), 9 de los cuales habían sido ya sometidos a punción.

CUADRO No. 6

	Tratamiento	
	Casos	Porcentaje
Médico exclusivo	19	27.1%
Asociado a punción	38	54.2%
Quirúrgico	22	31.4%

Todos los pacientes recibieron tratamiento médico independientemente del procedimiento utilizado. La Emetina se usó en 68 casos, la Cloroquina en 65 y el Metronidazol en 7. El Sulfato de Amisidina se asoció en 10, y en 30 se utilizaron anti-

bióticos de amplio o mediano espectro. (Penicilina, Tetraciclina, Ampicilina, Cloranfenicol). Para la valoración se formaron 2 grupos: el primero de 30 casos, se manejó únicamente con la medicación anti-amibiana específica; en el segundo grupo de 40 pacientes, se asociaron los antibióticos mencionados. En los casos que presentaron encefalopatía metabólica se utilizaron las medidas habituales del precoma hepática (enemas, antimicrobianas orales, glu-cosa hipertónica, etc.).

RESULTADOS Y COMENTARIO

Del total de los 70 pacientes considerados fallecieron 14, lo que corresponde a una mortalidad del 20%. De ellos, 8 murieron después de una intervención de urgencia con cuadro de grave toxemia y 6 después de intervención programada, por diversas complicaciones. El restante falleció por intoxicación emetínica comprobada por electrocardiograma, habiendo ingresado después de ser tratado en otro centro hospitalario. De este se deduce la alta mortalidad del procedimiento quirúrgico de urgencia ante una ruptura espontánea a cavidad, la cual estuvo relacionada también al número de abscesos ya que en casi todos los casos fallecidos los abscesos no eran únicos.

CUADRO No. 7

	Medicación recibida	
	Casos	Porcentaje
Grupo I		
Sólo anti-amibiana específica	30	42%
Grupo II		
Anti-amibiana asociada a antibióticos	40	58%

Por otro lado, considerando los dos grupos comparativos de terapéutica médica, hay que hacer notar que no hubo una diferencia real entre el grupo tratado sólo con medicación anti-amibiana y el manejado con asociación de antibióticos. Los cultivos tomados en número de 10 no mostraron desarrollo bacteriano, excepto 2 casos con gérmenes saprofitos, que pudieron corresponder a contaminación.

La punción evacuadora fue utilizada cuando hubo resistencia a la remisión espontánea con el tratamiento médico y algunos de los pacientes que se puncionaron (9 casos), llegaron al drenaje quirúrgico. De los que fueron operados, 10 se intervinieron de urgencia por apertura a cavidad y 12 por fracaso en el tratamiento conservador o por exteriorización del absceso; hay que hacer notar que de estos 22 casos, 14 presentaban absceso único y 8 de 2 a 5 abscesos. Durante las punciones o drenajes quirúrgicos se hicieron algunos cultivos de secreción purulenta al azar, para valorar la contaminación bacteriana. Las complicaciones torácicas fueron manejadas por tratamiento médico exclusivo en 10 casos, por punción pleural en 9 y por pleurotomía en 5; dos de estos últimos tuvieron que ser sometidos también a decorticación pulmonar.

RESUMEN

Se hace una revisión de las complicaciones frecuentes del absceso hepático amibiano, con su morbilidad y mortalidad; se analizan los procedimientos diagnósticos y terapéuticos utilizados para el manejo del absceso hepático complicado o no. Se insiste en la sola administración de medicamentos anti-amibianos sistémicos sin utilizar antibióticos, que se consideran de poca actividad. Se delinean las indicaciones de la punción hepática y otros procedimientos, así como las indicaciones quirúrgicas de urgencia y de elección. Se hace también un análisis casuístico de los pacientes recibidos en el Servicio durante los últimos años, que presentaban alguna complicación de absceso hepático o abscesos en estado crítico.

REFERENCIAS

- 1 Acevedo Olvera A.: **Tratamiento intensivo del absceso hepático amibiano.** Rev. Med. Hosp. Gral. de Méx. 1971. No. 7 (283-297).
- 2 Bravo J. L.; Miramontes R.; Salgado J.: **Resultado del tratamiento quirúrgico del Absceso Hepático Amibiano.** Gaceta Médica de México. 1968. Oct. (1339-1352).
- 3 Bhaskara R. D.; Sumathikumari C.; Maharajsaran B.: **Hepatitis amibiana y absceso amibiano. Relación de la Reacción del tejido conjuntivo y distribución de la amiba.** Indian J. Path. Bact. 1969. 12/2 (104-108).
- 4 Berdykeev A.M.: **Características y causas de complicaciones por abscesos hepáticos. Primordialmente de origen amibiano.** Khirurgya (Mosk) 1967. 1. (80-84).
- 6 Bada J.L.: **Cardiomegalia asociada con absceso hepático amibiano.** J. Trop. Med. Hyg. 1972. (247-252).
- 5 Blechaman M.G.: **Metronidazol en el tratamiento del absceso hepático amibiano.** J. Med. Soc. N.J. 1970 Ene. (29-31).
- 7 Carayon A.; Lалуque P.; Gruet M.: **Algunos problemas asociados al absceso hepático. Observación de 336 casos africanos.** Bull. Soc. Med. Nov. Lang. Franc. 1969. 14,1 (209-218).
- 8 Carayon A.; Ducloux M.; Piguard B.: **Una complicación poco frecuente de abscesos hepáticos localizados al borde posterior lóbulo derecho.** Lang Franc. 1969. Feb. (317-325).
- 9 Carayon A.; Lалуque P.; Moine D.; Ducloux M.: **Presentación de la evolución en el tratamiento del absceso hepático amibiano.** Med. Trop. 1970 Abr. (494-507).
- 10 Cuarón A.; Gordon F.: **Análisis de 2,500 casos de absceso hepático amibiano.** J. Nucl. Med. 1970. Jul. (435-439).
- 11 Cohe M.B.: **Caso único de absceso hepático amibiano.** J. Nucl. Med. 1971. Abr. (192-195).
- 12 Cerecedo G.V.; Gaxiola R.; Pozuelos S.: **Absceso hepático exteriorizado. Informe de 5 casos.** Rev. Med. Hosp. Gral. de Méx. 1969. No. 7 (491-502).
- 13 Cerecedo G.V.; Gaxiola R.; Pozuelos S.; Durand A.: **Absceso hepático amibiano y embarazo.** Rev. Med. Hosp. Gral. de Méx. 1969. No. 7 (503-521).
- 14 Cordero O.; Rivera E.: **Complicaciones torácicas por absceso hepático amibiano.** Anuario de actualización en Medicina. IMSS Vol. II Fasc. 4, México 1970.
- 15 Flores Espinosa J.: **Cuadros clínicos de Absceso hepático amibiano.** Rev. Med. Hosp. Gen. de Méx. 1969. No. 4 (287-295).
- 16 Gutiérrez G.; Sánchez R.J.M.; Mercado A.: **Influencia de la edad en las características del absceso hecía de la edad en las características del absceso hepático amibiano en el niño.** Gaceta Médica de México. 1970. Feb. (145-153).
- 17 Grossman W.: **Amibiasis en voluntarios del cuerpo de paz.** Amer. J. Gastroenterology. 1969. 51,5 (418-433).
- 18 Gutiérrez M.R.; González C.R.; Santiago A.I.; Rivera A.C.: **Estudio de la hemostasis en el paciente con absceso hepático amibiano. Presentación de 30 casos.** Rev. Med. Hosp. Gen. de Méx. 1972. No. 6 (393-399).
- 19 Goenaratna R.: **Ruptura de un absceso hepático amibiano del lóbulo izquierdo posterior a un accidente automovilístico.** Ceylan Med. J. 1967. 12/3. (181-182).
- 20 Grant R.N.; Morgan L.R.; Gochen A.: **Abscesos hepáticos.** Amer. J. Surg. 1969. 118/1 (15-20).
- 21 Gaisford W.D.; Mark J.B.D.: **Manejo quirúrgico del absceso hepático.** Amer. J. Surg. 1969 118/2 (317-326).
- 22 Mendoza M.A.; Cerecedo G.V.; Ricalde N.R.; Juarrado A.: **Absceso hepático amibiano exteriorizado y abierto a bronquios simultáneamente.** Rev. Med. Hosp. Gral. de Méx. 1972. No. 6 (401-411).
- 23 Parmley Jr. L.F.; Sheehy T.W.; Johaston G.S.; Boyce H.W.: **Absceso hepático amibiano. El valor de los isótopos en su diagnóstico y manejo.** Med. Ann. D. C. 1968 37/1 (1-9).
- 24 Pilzakowy R.; Fiback J.; Chir. Szpeł. O.: **Abscesos amibianos en el hígado.** Pol. Tyg. Lik. 1969. 24/21 (803-804).
- 25 Parton R.A.: **Absceso hepático amibiano y el uso percutáneo de catéter de drenaje.** Milit. Med. 1970. Jun. (476-478).
- 26 Sosa A.; Berna I.A.; Reyes A.; Rosado A.: **Participación de enzimas lisosomales en la patogenia del absceso hepático amibiano.** Gaceta Médica de México. 1971 Jun. (759-770).
- 27 Schmidf A.G.: **Estudio radiológico simple en diagnóstico de absceso hepático amibiano.** Amer. J. Roentgenol. 1969. 107/1 (47.50).
- 28 Sheehy T.W.; Parmley Jr. L.F.; Johnston G.S.; Boyce H.W.: **Tiempo de curación del absceso hepático amibiano.** Gastroenterology. 1968. 55/1 (26-34).
- 29 Stanford W.; Nielsen A.A.; Dawson R.G.: **Absceso hepático. Revisión de 7 casos.** Arch. Surg. 1968. 96/1 (20-24).
- 30 Sugawara T.; Tachibana T.; Kubota Y.: **Experiencia clínica en el diagnóstico y tratamiento del absceso hepático.** Gastroent. Japan. 1970. Mar. (249-256).
- 31 Spencer R.P.; Johnston G.S.: **Rapidez en la curación del absceso hepático amibiano. Teorías y Procedimientos.** J. Nucl. Med. 1970 11/7. (452-454).
- 32 Stoopen M.; Elizondo L.; Landa L.: **Estado actual del diagnóstico radiológico en la amibiasis.** Arch. Invest. Med. Suplemento 2-1972. 387-402.
- 33 Verne A.; Paris J.C.; Becqwort J.: **Valor de la reacción indirecta de la inmunofluorescencia en el diagnóstico temprano de la hepatitis amibiana.** Arch. Franc. Mal. Appar. Dig. 1970. No. 7-8 (475-480).