

ABSCESO HEPATICO AMIBIANO

ASPECTOS CLINICO - TERAPEUTICOS

Drs. Luis Carrillo Mancero, Hernán Egües Mogro y Omar Vinueza Espinoza
Universidad Central, Servicio de Gastroenterología del Hospital "CAM", Quito

El absceso hepático amibiano representa la complicación más frecuente e importante de la amibiasis invasora extraintestinal especialmente por la gravedad del problema que entraña, inclusive, peligro de muerte. No obstante que es una enfermedad propia de nuestro medio y de los países del llamado "tercer mundo", no existe sino un material científico relativamente escaso en la literatura médica tanto nacional como extranjera. En esta última constituyen una excepción los trabajos de investigación clínica y de laboratorio realizados y publicados en la república de México, que ponen en evidencia el grave problema que representa para ese país la amibiasis hepática (1,2).

El primer concepto que requiere que sea definitivamente aclarado, es el que se relaciona con la creencia de que la amibiasis invasora del hígado se presenta exclusiva o predominantemente en las zonas tropicales. Martínez Báez al revisar este tema (3) informa que la amibiasis no requiere de condiciones

tropicales o subtropicales para su propagación, habiendo sido reportados casos en países del norte de Europa, así como también brotes epidémicos en el norte de los Estados Unidos como los acaecidos en 1933 y 1934 en Chicago.

Otro aspecto que debe ser perfectamente analizado es el relacionado con el cuadro clínico del absceso hepático amibiano, ya que a menudo se exige para su diagnóstico la presencia de todas o casi todas las manifestaciones clínicas de esta enfermedad descritas en los libros de texto, desconociéndose la real frecuencia con la que se presentan en los pacientes. Este hecho ha determinado que en muchas circunstancias se deshechen diagnósticos que de otro modo habrían sido oportunos, impidiendo la comisión de errores que han puesto en peligro la vida de muchos enfermos. Del mismo modo es necesario conocer con certeza el rendimiento diagnóstico de los métodos de gabinete para un uso preciso de los mismos que impida dilatorias diagnósticas y desperdicio de recursos. Final-

mente es necesario que se difunda el tratamiento correcto y la forma de evolución de esta enfermedad.

El presente estudio constituye un aporte para el mejor conocimiento de este problema en nuestro medio.

MATERIALES Y METODOS.—

Seis cientos sesenta y dos (662) pacientes que cumplieron los requisitos preestablecidos integraron este grupo de estudio que fue realizado en forma retrospectiva y prospectiva. Esta muestra fue seleccionada de 13.219 pacientes atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital "Carlos Andrade Marín" (CAM) del Instituto Ecuatoriano del Seguro Social en Quito, durante 15 años, ésto es entre el 1º de Enero de 1971 y el 31 de Diciembre de 1985. (Ver Tabla I).

Los criterios establecidos fueron: a) comprobación del diagnóstico por alguno de los métodos de imagen, punción, cirugía o necropsia, y b) haber sido sometido al tratamiento específico utilizado en el Servicio.

Los métodos de diagnóstico empleados fueron: la gammagrafía hepática y la arteriografía del tronco celíaco o de la arteria hepática hasta 1980. Desde 1981 se agregó el ultrasonido que se ha venido utilizando cada vez con mayor frecuencia. La tomografía axial computarizada ha sido empleada ocasionalmente y la punción permitió ratificar el diagnóstico en dos oportunidades.

Se realizó una evaluación minuciosa de los síntomas y signos que habían

sido propuestos en el protocolo de investigación, ésto es: fiebre, dolor hepático, sudoración nocturna, hepatomegalia e ictericia, que constituyen, según nuestra experiencia, los elementos clínicos fundamentales para el diagnóstico.

En todos los pacientes se realizaron exámenes completos de laboratorio tanto de sangre, como de orina y heces. Pero, de todos ellos únicamente se seleccionaron el conteo y la fórmula leucocitaria y la dosificación de bilirrubinas para su evaluación. El primero porque es la prueba más sensible de este proceso patológico, y la segunda porque decidimos conocer cuál era la real prevalencia de la ictericia en el A.H.A.

El tratamiento que se ha venido empleando en el Servicio de Gastroenterología del Hospital "CAM" desde hace 15 años es a base de metronidazol a dosis de 1.5 gm. por día y por diez días. En los años iniciales se utilizaba con mayor frecuencia la asociación con dehidroemetina a dosis de 0.06 gm. I. M. por día durante los mismos diez días. En un escaso número de pacientes, debido a la intolerancia absoluta al Metronidazol, se empleó exclusivamente la dehidroemetina.

La punción evacuadora, como procedimiento terapéutico, fue utilizada raramente, cuando los abscesos fueron muy grandes, cuando hubo inminencia de rotura de los mismos o cuando al término del tratamiento convencional la sintomatología continuaba.

Hubo de someterse a drenaje quirúrgico a pocos pacientes en quienes se

TABLA I
ABSCESO HEPATICO AMIBIANO

AÑO	Nº de Casos	Ingreso	%
1971	8	750	1
1972	9	863	1
1973	13	687	1.9
1974	38	787	4.8
1975	25	833	3
1976	42	793	5.2
1977	40	831	4.8
1978	55	758	7.2
1979	47	760	6.1
1980	40	657	6
1981	74	689	10.7
1982	64	883	7.2
1983	61	899	6.7
1984	64	988	6.4
1985	47	1.033	4.5

Serv. Gastroenterología Hosp. "CAM". Quito.

había producido ya la rotura del absceso a la cavidad pleural o a la abdominal.

Finalmente se hizo el análisis estadístico de la edad y el sexo, así como una investigación del lugar de residencia de estos pacientes con fines epidemiológicos.

RESULTADOS

Los 662 casos de absceso hepático amibiano representan el 5% de los pacientes atendidos en el Servicio de Gastroenterología del "CAM" durante 15 años.

600 fueron hombres y 62 mujeres, estableciéndose así una relación de 9 a 1 entre los dos sexos. Estos pacientes estuvieron comprendidos entre los 20 y los 86 años con una edad promedio de 41.5 y una desviación standard de ± 12 .

El lugar de residencia fue urbano, la mayor parte en la ciudad de Quito, en el 78% y rural en el 22% restante.

Los métodos de diagnóstico y sus resultados fueron:

- 1 La gammagrafía hepática en 520 casos, 78.5%.
- 2 El ultrasonido en 404, (61%).

- 3 La angiografía del tronco celíaco o de la arteria hepática en 35 casos (5%).
- 4 La tomografía axial computarizada en 10 pacientes, (1.5%).
- 5 La punción en 2 casos.

Puede apreciarse que en varios pacientes se utilizó más de un método.

El absceso estuvo localizado en el lóbulo derecho en el 81.5% de los casos y en el izquierdo en el 18.5%. Fue único en el 87.2%, doble en el 12.3% y múltiple en el 4.5%.

Los síntomas y signos más frecuentes y que fueron analizados son los siguientes:

- 1 Fiebre, estuvo presente en el 88.5%. Casi siempre fue alta, entre 39 y 40 grados centígrados, vespertina, en agujas.
- 2 Dolor hepático, en el 79.1%, espontáneo y provocado por la dígitopresión, la puñopercusión y la palpación del hígado. Se exacerbaba con la inspiración profunda, la tos, el pujo, la deambulación o los cambios de posición del paciente.
- 3 Sudoración nocturna, en el 68.3%.
- 4 Hepatomegalia, es el 29.8%.
- 5 Ictericia, en el 24.5%.

Los dos datos de laboratorio que fueron evaluados se encontraron así:

- 1 Leucocitosis, habitualmente entre 12.000 y 20.000, con desviación de la fórmula a la izquierda, en el 76.7%.
- 2 Hiperbilirrubinemia a expensas de la directa, generalmente no mayor de 7mg. %, en el 24.5%.

Los esquemas terapéuticos fueron los siguientes:

- 1 Metronidazol, 1.5 gm. x día x diez días en el 54.8% de los pacientes.
- 2 Metronidazol, en las mismas dosis más dehidroemetina, 0.06% gm. x día x diez días en el 45.25%.
- 3 Dehidroemetina sola en el 6%.
- 4 Punción evacuadora en el 2%.
- 5 Cirugía en el 1%.

Se produjeron 3 defunciones por shock séptico luego de rotura del absceso, en dos ocasiones a la cavidad abdominal y en una a la pleural.

Los resultados terapéuticos demuestran que el uso del metronidazol proporciona un éxito de un 96.5%; cuando se lo asocia a la dehidroemetina este porcentaje aumenta al 98.1%.

La evolución, basada en la desaparición de las dos manifestaciones fundamentales esto es la fiebre y el dolor hepático, se produjo de la siguiente manera:

- 1 Entre 1 y 5 días: en el 54.3% de los pacientes.
- 2 Entre 6 y 10 días: en el 12%.
- 3 Entre 11 y 15 días: en el 14.2%
- 5 Más de 15 días: en el 4%.

DISCUSION

El absceso hepático producido por la amiba histolítica es endémico en la ciudad de Quito, como lo demuestra el hecho de que el 78% de los pacientes estudiados hayan tenido su residencia estable en las zonas urbanas de esta ciudad, y que no se haya observado

una tendencia significativa en su presentación por determinadas épocas del año. La distribución de los ingresos de estos casos por meses no tuvo ninguna variación importante. Por otro lado, se trata de una enfermedad hepática muy frecuente en nuestro medio, como lo demuestra el hecho de que un solo Servicio especializado en enfermedades digestivas haya estado recibiendo un promedio de 44 casos de A.H.A. por año. Esta es una cifra bastante alta si la comparamos con la reportada por Guevara (4), quien informa que en el instituto Nacional de la Nutrición de la ciudad de México se internan un promedio de 40 pacientes por año. Es significativamente más alta porque dicho Centro tiene una capacidad hospitalaria mayor que el Servicio de Gastroenterología del "CAM", y porque la población de la ciudad de Quito, inclusive la de todo el Ecuador es, numéricamente, inferior a la de México, y es ampliamente conocida la magnitud del problema de la amibiasis en la república mexicana (1, 2).

Se puede apreciar (Tabla I) que desde hace 15 años ha habido una tendencia al aumento anual de los casos de A.H.A. que han ingresado a nuestro Servicio, habiéndose registrado el más alto porcentaje en 1981. En todo caso, desde hace 10 años este número se incrementó en forma evidente.

El nivel socio económico de estos pacientes es de regular a bueno o muy bueno. Efectivamente, si consideramos que todos ellos son afiliados al I.E.S.S., y la mayoría (78%) proceden de la ciudad de Quito, concluimos que se

trata de empleados públicos o privados, profesionales, u obreros de fábrica, como en realidad ocurrió, aun cuando este dato no fue tabulado con exactitud y precisamente por ello no lo consignamos con cifras porcentuales.

Como ha sido amplia y reiteradamente demostrado en otros trabajos (5,6), el mayor número de pacientes pertenecen al sexo masculino. En el presente estudio se encontró una relación de 9 a 1 en favor de los hombres, es decir mayor que lo reportado en la literatura médica mundial. Creemos que el hecho se debe a que la población afiliada al I.E.S.S. está integrada en su mayoría por hombres. No obstante, estimamos necesario que en este caso como en el de otras enfermedades, esta mayor prevalencia en el sexo masculino deba ser analizada con métodos estadísticos que midan la significancia estadística de este hecho.

La edad de estos pacientes tuvo un rango amplio, pero el cálculo de la dispersión en la muestra estudiada sitúa a la mayoría entre los 30 y los 50 años.

La gammagrafía hepática aparece como el método más sensible y específico para el diagnóstico como lo han demostrado otros autores (7); desde luego, debe considerarse que durante 10 años fue prácticamente el único que se utilizó. El ultrasonido, que aparece en segundo lugar, lo comenzamos a utilizar solamente desde 1981 y creemos que se trata de un método rápido, de bajo costo, no invasivo, cuya sensibilidad ha ido mejorando con el advenimiento de nuevos aparatos y de personal mejor especializado. Antigua-

mente utilizábamos la angiografía para el estudio de las enfermedades del hígado en general. Esto ocurrió en la década de los años 70 cuando no disponíamos de otra alternativa, además de la gammagrafía. Por esta razón existe en el presente estudio un grupo de pacientes que fueron diagnosticados por este procedimiento. Desde hace unos 6 años hemos dejado este método solamente para casos seleccionados y ya no lo hemos utilizado para el diagnóstico del A.H.A. En todo caso, según nuestra experiencia el porcentaje de rendimiento diagnóstico (68.5%) fue muy bajo en relación con la magnitud y el riesgo del procedimiento. La tomografía axial computarizada fue utilizada en un escaso número de pacientes en los que se planteaba aún una duda diagnóstica con los otros exámenes. Consideramos que se trata de un procedimiento muy invasivo y costoso para el diagnóstico de esta enfermedad. La punción ya no se la utiliza como método de diagnóstico por el peligro de infección secundaria del absceso. Sin embargo, tuvimos dos casos en que fue el método que estableció la naturaleza de la masa ocupativa que se había observado con los otros métodos.

En 8 de cada 10 pacientes el absceso se ubica en el lóbulo derecho, lo que se ha atribuido al mayor calibre y al corto trayecto de la rama derecha de la vena porta que trae la circulación venosa del territorio esplácnico. Generalmente es único (87% en el presente estudio). Cuando son múltiples (4.5%) el pronóstico es desfavorable, y, en to-

do caso, la evolución es más prolongada (7).

Es muy importante el análisis del cuadro clínico y la verificación de cuáles son y con qué frecuencia se presentan los síntomas y signos más comunes que pueden ser útiles para el diagnóstico. La fiebre resulta ser la manifestación que se encuentra presente en 9 de cada 10 pacientes; es, por lo general, una hiperpirexia vespertina que pasa de los 38.5 grados centígrados, llegando fácilmente a los 40. Son escasos los pacientes que cursan sin fiebre o con aumentos muy limitados de la temperatura; en todo caso debe tenerse en cuenta que sí existen enfermos en los que no se presenta fiebre. Contra todo lo que podría presumirse, el dolor hepático se presenta con menor frecuencia que la fiebre, en 8 de cada 10 pacientes; es continuo, se intensifica característicamente con la inspiración forzada, la tos, el pujo, la deambulación y los cambios de posición del paciente. Desde luego se debe tener en cuenta que también otros procesos inflamatorios del hipocondrio derecho pueden ocasionar un dolor similar, como por ejemplo el piocolecisto, razón por la cual es muy importante que se realice una minuciosa palpación del hígado que permita descubrir que el dolor se origina realmente en este órgano. La sudoración nocturna, producto de la defervescencia que sufre el paciente durante la noche, es otra característica clínica frecuente del absceso hepático amibiano que la hemos observado en casi 7 de cada 10 pacien-

tes y que suele persistir aún algunos días después de que ha cedido la fiebre. La hepatomegalia fue especialmente evaluada debido a la creencia generalizada de que el hígado se encuentra siempre agrandado en el A.H.A. En la realidad este signo solamente se encuentra en 3 de cada 10 enfermos. La misma atención se puso en la ictericia que solamente puede ser observada en una cuarta parte de los pacientes, en la mayoría de los cuales es de ligera a moderada. Cuando existe ictericia acentuada, ésta constituye un signo de mal pronóstico.

Se ha discutido mucho acerca del uso y la utilidad de los exámenes de laboratorio en el diagnóstico del A.H.A. Se ha hecho especial mención a la utilización de la "serameba". Nosotros estimamos que ésta no es específica de A.H.A., puesto que aparece positiva en cualquier amibiasis invasora, y en un país como el Ecuador en el que la amibiasis invasora intestinal es tan frecuente la prueba pierde totalmente la especificidad que se había pretendido. En todo caso las pruebas de laboratorio no pueden confirmar este diagnóstico. Por lo tanto seleccionamos únicamente el conteo y la fórmula leucocitaria como expresión del proceso inflamatorio y necrótico del hígado que demostró que se altera en un 76% de los casos con leucocitosis que oscilan entre 12.000 y 20.000. En casos muy severos se eleva más allá de esta cifra.

De este análisis se concluye que ninguna manifestación clínica o de laboratorio se halla presente en el 100% de los casos de absceso hepático ami-

biano y que son posibles todas las combinaciones: pacientes que plantean un problema solamente de fiebre y que son los más difíciles de resolver, porque no hay dolor hepático ni otra manifestación que haga presumir que se trata de una enfermedad del hígado; otros con hepatomegalia dolorosa sin fiebre y unos pocos que pueden presentarse exclusivamente con sudoración nocturna. Esta es la razón por la que en un determinado porcentaje de casos el diagnóstico se vuelve sumamente difícil.

Está definitivamente reconocido que el mejor tratamiento es el que utiliza el metronidazol o sus derivados químicos (8). En el Servicio de Gastroenterología del H. "CAM" se ha utilizado siempre el metronidazol a dosis de 1.5 gm. diario por diez días con un éxito terapéutico del 96.5%. Si se añade dehidroemetina a dosis de 0.006gm. I. M. diarios por los mismos diez días este porcentaje se incrementa al 98.1%. La dehidroemetina sola tiene un resultado inferior (76%) por lo cual debe ser empleada únicamente cuando hay imposibilidad absoluta de administrar el metronidazol. Es importante señalar que no se produjo, en nuestros pacientes, algún efecto secundario cardiológico o de otra índole por el uso de esta droga. La punción evacuadora como recurso terapéutico está indicada en los casos en que el absceso es muy grande, cuando hay inminencia de rotura del mismo o cuando se ha concluido el tratamiento clínico y las manifestaciones persisten, especialmente la fiebre y el dolor hepático. Si ya se ha

producido la rotura o las condiciones del paciente empeoran rápidamente y hay amenaza de shock séptico, o es inminente la rotura y no puede realizarse o no ha sido exitosa la punción evacuadora, es necesario el drenaje quirúrgico a cielo abierto que se practicó en el 1% de nuestros pacientes.

En más de la mitad de los casos, con el tratamiento clínico, la mejoría es rápida y satisfactoria y en un lapso de 1 a 5 días ceden la fiebre y el dolor hepático. Otro grupo mejora hasta el término del tratamiento, o sea hasta los 10 días, de modo que un 70% de pacientes obtiene la remisión de su cuadro clínico dentro de este lapso. El resto de enfermos requieren de un período adicional de 5 a 10 días más. Cuando se presentan las complicaciones de rotura o shock séptico la recuperación requiere de semanas o meses.

RESUMEN

Fueron estudiados 662 enfermos con A.H.A. de un total de 13.169 pacientes atendidos durante 15 años en el Servicio de Gastroenterología del H. "CAM" en Quito, lo que representa el 5% de la patología digestiva atendida en este Servicio. La relación entre los dos sexos fue de 9 a 1 en favor de los hombres. La dispersión estadística estuvo comprendida entre los 30 y 50 años. Las manifestaciones clínicas predominantes fueron la fiebre en 9, el dolor hepático en 8 y la sudoración nocturna en 7 de cada 10 pacientes. El absceso se localiza predominantemente en el lóbulo derecho y casi siempre es único.

Los métodos más específicos y sensibles para el diagnóstico son la gammagrafía hepática y el ultrasonido y la terapéutica más eficaz el metronidazol.

BIBLIOGRAFIA

- 1 **Alvarez Alva R., De la Loza A.:** Frecuencia del absceso hepático amibiano en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social de la república Mexicana. Archivos de investigación médica. Supl. 1: 327, 1971.
- 2 **González F., Ramos A.:** Amibiasis del hígado. Estudio epidemiológico. V Congreso Nacional de Gastroenterología de México, 1967.
- 3 **Martínez M.:** Es la Amibiasis una enfermedad tropical?. Archivos de investigación médica, Supl. 1: 171, 1971.
- 4 **Guevara L.:** Amibiasis hepática. "Temas Selectos de Gastroenterología", Nueva Editorial Interamericana, 1982: 245-247, México D. F.
- 5 **Sepulveda B.:** Historia Natural de la Amibiasis. Rev. Fac. Med. México, 18: 5-31, 1975.
- 6 **Sepulveda, B., Jinich, H., Bassols, F., Muñoz, R.:** Amebeasis of the liver: Diagnosis Prognosis and Treatment, Am. J. Dig. Dis. 4: 43, 1959.
- 7 **Dehesa, M., Carjo, A., Wolpert, E.:** Estudio Retrospectivo de 125 enfermos con absceso hepático amibiano. Rev. Inv. Clin. México 27: 129-135. 1975.
- 8 **Cervantes L., Colab.:** Tratamiento del absceso hepático amibiano con tinidazol, Rev. de Gastroenterología de México, Vol. 40. Nº 4. Julio-Agosto: 185-193. 1975.