

polimicrobiana debida a gérmenes entéricos (6) (cultivos estériles en nuestro caso), la localización en el lado derecho en mas del 70% de los casos, pacientes de mayor edad y sexo masculino (4). A pesar de que la tríada fiebre, dolor en región lumbar y maniobra del psoas positiva es muy sugestiva de esta patología, muchos de los enfermos tienen una clínica insidiosa que demora el diagnóstico y el tratamiento adecuado (1,4). Los métodos de diagnóstico por la imagen como la tomografía axial computarizada y la resonancia nuclear magnética han supuesto un gran avance en el diagnóstico y en el tratamiento de estos pacientes ya que la TAC asociada a drenaje percutáneo puede ayudar tanto en el estudio microbiológico como en el posible tratamiento adyuvante y en el seguimiento. Su uso rutinario es lo que posiblemente esta contribuyendo a un mayor conocimiento de esta patología (1,4). El tratamiento de los abscesos de psoas se basa en el uso de antimicrobianos, drenaje de los mismos y la identificación y el tratamiento de la causa en los secundarios (1,4,6,10). Existe controversia en cuanto a las ventajas del drenaje percutáneo del absceso como primera opción (10) frente al drenaje quirúrgico (7). En nuestro caso se decidió un tratamiento quirúrgico del propio absceso como primera opción y no un drenaje percutáneo, debido a que el paciente llevaba un año de drenaje espontáneo del absceso no eficaz. La segunda intervención quirúrgica fue necesaria ante los hallazgos de la citología a pesar de que ni el enema opaco ni la tomografía axial computarizada sugerían imágenes de tumoración apendicular.

D. Morales García, J. L. Hernández Hernández*, F. Fernández Fernández, D.Casanova Rituerto, A. Naranjo Gómez**

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. *Servicio de Medicina Interna. **Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla". Santander*

- Laguna P, Moya M. Absceso del músculo psoas: análisis de 11 casos y revisión de la literatura. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1998; 16: 19-24.
- Jiménez Almonacid P, Martín Cabaña J, Alcázar Montero JA, Rueda Orgaz JA, Polo Melero JR, Botella García A, et al. Absceso de psoas con afectación mediastínica secundario a perforación rectal. *Rev Esp Enferm Dig* 1999; 91: 149-50.
- Ricci MA, Rose FB, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess. Worldwide variations in etiology. *World J Surg* 1986; 10: 834-43.
- García Vázquez E, Gutiérrez Guisado J, Díaz Curiel M. Abscesos del psoas: presentación de ocho casos y revisión de la literatura. *Rev Clin Esp* 1995; 195: 289-93.
- Salcedo M, Carmena J, Tornero C, Pons E. Absceso de psoas tuberculoso primario en paciente VIH+. *An Med Interna (Madrid)* 1999; 16: 437-8.
- Blanco JR, Mugica M, Salcedo J, Zabalza M, Suárez-Bustillo B, Echevarría JL. Absceso de psoas, una rara y olvidada entidad. Aportación de seis casos. *An Med Interna (Madrid)* 1998; 15: 95-6.
- Santaella RO, Fishman EK, Lipssett PA. Primary vs secondary iliopsoas abscess. *Arch Surg* 1995; 130: 1309-13.
- Peterson CM, Allison JG, Lu CC. Psoas abscess resulting from perforating carcinoma of the sigmoid colon. *Dis Colon Rectum* 1983; 26: 390-2.
- Tabet J, Targarona EM, Moreno A, Trías M. Absceso de psoas como primera manifestación de un tumor apendicular. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 556-7.
- Laguna del Estal P, Moya Mir M. Absceso del músculo psoas. ¿drenaje percutáneo o quirúrgico?. *An Med Interna (Madrid)* 1999; 16: 548.

Idioma y MEDLINE

Sr. Director:

A la hora de elaborar un artículo científico es imprescindible la realización de una búsqueda bibliográfica. A pesar de que existen intentos por globalizar la información sanitaria sin las

barreras idiomáticas (1) lo cierto es que en la base de datos más utilizada universalmente, el MEDLINE, el idioma de referencia es el inglés. Los hispanoparlantes nos encontramos con una dificultad añadida y es la correcta traducción al inglés de las palabras utilizadas. Además para la realización de una búsqueda a través de Medline es preciso la utilización de una adecuada estrategia (2) y la introducción de los términos de forma correcta (3).

Nos planteamos la búsqueda de "disnea en el anciano". Para ello, decidimos traducir al inglés utilizando la palabra "dysnea" y aparecieron 10 referencias. Ante el escaso número obtenido pensamos que quizás estaba mal traducida, y tras consultar el diccionario observamos dos acepciones en inglés: dyspnoea y dyspnea. Ante estos hechos nos planteamos una búsqueda como palabras sin limitación de ningún tipo (All Fields) de: "disnea", "dyspnoea", "dyspnea" y los términos incorrectos "dysnea", "dispnea" y "dispnoea"; una segunda búsqueda en que solo apareciesen los artículos escritos en inglés (Language English) y por último una tercera en que apareciesen como palabras clave (MeSH Terms). Por otro lado observamos que en la literatura médica anglosajona aparecía con cierta frecuencia en lugar de dyspnea otro término: *Shortness of breath* (4) por lo que realizamos una búsqueda similar.

El estudio se realizó a través de Pubmed en la dirección:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=Pubmed>

Los resultados que obtuvimos se muestran en la tabla I. Llamamos la atención varios hechos: a) una misma palabra tiene 2 acepciones correctas (dyspnea y dyspnoea) y el número de referencias de ambas es dispar cuando se buscan sin limitación; b) existen referencias de otros tres términos, mal escritos (dispnea, dispnoea, dysnea), hecho ya descrito previamente para otras palabras (3), y predomina en estos artículos el habla no inglesa; c) si realizamos la búsqueda como palabras clave tan solo aparecen referencias de los términos bien escritos y además son coincidentes; d) en inglés existe una expresión con un significado similar a disnea: *shortness of breath*, que aparece en un número significativo de artículos, y nunca como palabra clave.

Concluimos que a la hora de realizar una búsqueda debemos traducir correctamente al inglés; en ocasiones en vez de una traducción literal es conveniente utilizar otras palabras u otros giros; debemos prestar especial atención a la ortografía; hay que tener en cuenta que puede que haya artículos con la palabra clave mal escrita y que no vamos a detectar. Además no debemos limitarnos a la utilización de palabras sin limitación alguna (All Fields)

TABLA I

NÚMERO DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS SEGÚN LOS CAMPOS Y EL IDIOMA

Límites:			
1. Campos	All fields	All fields	MeSH Terms
2. Idioma	Sin limitación	Inglés	Sin limitación
Dispnea	11.712	7.537	5.624
Dyspnoea	7.426	1.607	5.624
Dispnea	20	3	0
Dispnoea	9	5	0
Dysnea	10	2	0
Disnea	0	0	0
Shortness of breath	1.264	1.049	0

sino que deberemos utilizarlas también como palabras clave (MeSH Terms) ya que éstas nunca están mal escritas (5).

F. J. Castellote Varona

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Equipo de Valoración y Cuidados Geriátricos. Murcia

1. Sekikawa A, Libman I, Iochida L, Laporte RE, Boostrom E. People will be able to surf across languages for health data on internet. *BMJ* 1996; 313: 1264-5.
2. Haynes RB, Wilczynski N, McKibbon KA, Walker CJ, Sinclair JC. Developing optimal search strategies for detecting clinically sound studies in MEDLINE. *Journal of the American Medical Informatics Association* 1994; 1: 447-58.
3. Ray JG, Vermeulen MJ. Mizspellin and Medline. *BMJ* 1996;313: 1658-9.
4. Thibault GE. The appropriate degree of diagnostic certainty. *N Eng J Med* 1994; 331: 1216-20.
5. Lowe HJ, Barnett GO. Understanding and using the medical subject headings (MeSH) vocabulary to perform literature searches. *JAMA* 1994; 271: 1103-8.

Abscesos amebianos hepáticos

Sr. Director:

Los abscesos amebianos hepáticos constituyen la manifestación extraintestinal más frecuente de la infección por *Entamoeba histolytica*. Pueden presentarse varios meses después de visitar una zona endémica, y sus manifestaciones clínicas con frecuencia son inespecíficas, de modo que su diagnóstico no siempre es fácil (1).

Presentamos a continuación un caso de esta infección, que hemos tenido ocasión de atender recientemente en nuestro hospital.

Varón de 40 años con antecedentes de cólicos renales y operaciones de apéndice y absceso en el muslo. Refiere haber viajado a numerosos países del mundo en los últimos años. Ingresa por notar astenia desde hace un mes, y fiebre alta, anorexia y pérdida de peso desde hace 10 días. A la exploración presenta buen aspecto general, temperatura axilar 39 °C y palpación abdominal ligeramente dolorosa en el hipocondrio derecho, mientras que el resto es normal.

Los análisis de sangre muestran leucocitos 19.700/mm³ (77 % neutrófilos), velocidad de sedimentación 120 mm en la 1ª hora, fibrinógeno 612 mg/dl, GOT 53 UI/l, GPT 117 UI/l, GT 94 UI/l y fosfatasa alcalina 565 UI/l, mientras que el resto de los resultados de bioquímica, proteinograma, hemograma, coagulación y orina es normal.

Las radiografías de tórax y el electrocardiograma son normales. La ecografía y la tomografía computarizada abdominales muestran varias colecciones anecoicas e hipodensas en el lóbulo hepático derecho (Fig. 1); la mayor de ellas mide 5 cm de diámetro y capta contraste en su periferia.

Los cultivos de sangre, orina y aspirado de colección hepática son negativos. La serología frente a *Toxoplasma gondii*, *Salmonella* spp., *Brucella* spp., virus de las hepatitis A, B y C, citomegalovirus, virus de Epstein-Barr e hidatidosis es toda negativa o no sugestiva de infección reciente.

Se inicia tratamiento con metronidazol e imipenem, con lo que cede toda la sintomatología. En la 3ª semana de tratamiento se recibe el resultado de la serología frente a amebiasis, que muestra anticuerpos IgG ELISA 2,48 U (indicativo de infección a partir de 0,5 U). Se administra a continuación paromomicina durante 10 días.

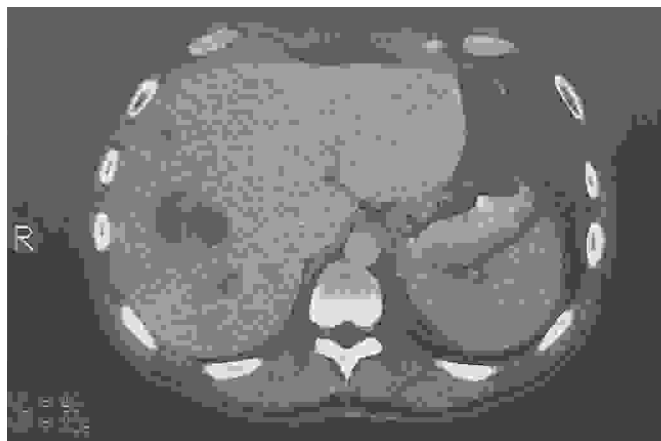


Fig. 1. Tomografía computarizada abdominal en la que se observan varios abscesos amebianos hepáticos.

Un mes después de completar el tratamiento el paciente se halla asintomático y los análisis y la ecografía abdominal son normales.

En los últimos años se han descrito en nuestro país casos esporádicos y pequeñas series de abscesos amebianos hepáticos, la gran mayoría, como el nuestro, importados de áreas endémicas (2-5).

Para diagnosticar correctamente este proceso, es fundamental realizar una serología frente a *Entamoeba histolytica* en todo paciente con un absceso hepático, ya que mediante el examen microscópico directo y el cultivo no es fácil identificar a este germen (2,6). El diagnóstico diferencial del absceso amebiano hepático debe realizarse fundamentalmente con el absceso piógeno hepático (3).

Aunque la mayoría de pacientes presenta un único absceso amebiano hepático (5), nuestro enfermo presentaba varios. Como en otros casos (7,8), en nuestro paciente la respuesta al tratamiento antibiótico y el drenaje percutáneo fue excelente con total resolución del cuadro.

B. Roca, R. E. Rovira, B. Claramonte, S. Valls

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital General. Castellón.

1. Acuna-Soto R, Maguire JH, Wirth DF. Gender distribution in asymptomatic and invasive amebiasis. *Am J Gastroenterol* 2000 May;98(5): 1277-83.
2. García-Forcada A, Sans M, Gascón J, Valls ME, Bru C, Corachan M. Absceso hepático amebiano: revisión de 13 casos. *Med Clin (Barc)* 1995;105: 537-40.
3. Blanco Quintana F, Novella Arribas B, Sánchez Molini P, Sanz Sanz J. Estudio descriptivo de 39 casos de abscesos hepáticos de origen piógeno (33) y amebiano (6). *An Med Interna (Madrid)* 1995; 12: 477-84.
4. Ciriza C, Romero MJ, Karpman G, Valerdez S, García L. Abscesos hepáticos amebianos sobreinfectados por bacterias en un área no endémica. *Gastroenterol Hepatol* 1999; 22: 286-9.
5. Farfán Sedano AI, Andueza Lillo JA, Urbelz Pérez A, Sevillano Fernández JA, Martínez Cilleros C, Ramón Botella E, et al. Varón de 32 años con lesiones focales hepáticas y derrame pleural. *Rev Clin Esp* 2000; 200: 101-2.
6. Hoffner RJ, Kilagbhan T, Esekogwu VI, Henderson SO. Common presentations of amebic liver abscess. *Ann Emerg Med* 1999; 34: 351-5.
7. Seeto RK, Rockey DC. Amebic liver abscess: epidemiology, clinical features, and outcome. *West J Med* 1999; 170: 104-9.
8. Akgun Y, Tacyildiz IH, Celik Y. Amebic liver abscess: changing trends over 20 years. *World J Surg* 1999; 23: 102-6.