

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.

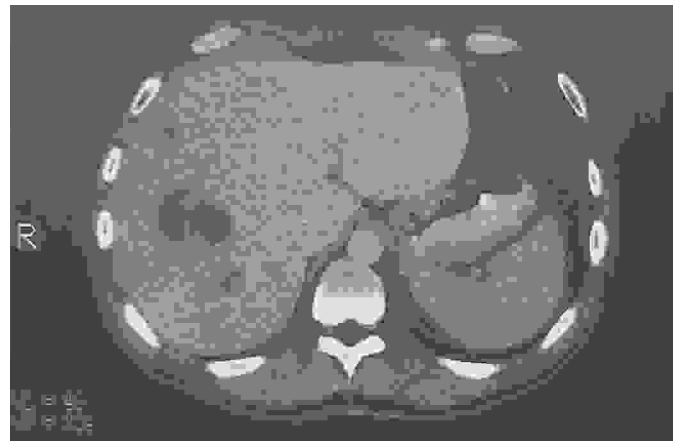


Fig. 1. Tomografía computarizada abdominal en la que se observan varios abscesos amebianos hepáticos.

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.