

Abscesos amebianos de hígado. Tres años de experiencia

G. A. Nari, R. Ceballos Espinosa¹, S. Carrera Ladrón de Guevara, J. Preciado Vargas, J. L. Cruz Valenciano, J. L. Briones Rivas, F. Moreno Hernández¹ y J. Góngora Ortega²

Departamentos de Cirugía, ¹Diagnóstico por Imágenes e ²Investigación. Hospital General Tercer Milenio –ISEA–. Aguascalientes. México

RESUMEN

Antecedentes: los abscesos amebianos hepáticos se presentan frecuentemente en zonas endémicas, teniendo mal pronóstico si no son diagnosticados y tratados adecuadamente.

Objetivo: evaluar nuestros resultados, ampliar la clasificación ultrasonográfica utilizada y proponer un algoritmo terapéutico.

Diseño: retrospectivo observacional.

Método: revisión de los expedientes clínicos de los pacientes y valoración de los siguientes datos: sexo, edad, signo-sintomatología, métodos complementarios de imágenes y laboratorio, tamaño, localización, estancia hospitalaria y tratamiento.

Resultados: fueron tratados 16 abscesos, 9 fueron hombres, la media etaria fue de 30,56 años, todos fueron únicos, 14 se localizaron en el lóbulo derecho, la media en medida fue de 63,25 milímetros, 10 fueron del tipo colecciónado en la clasificación de N'Gbesso. Siete pacientes tuvieron buena respuesta con el tratamiento médico, en 6 se realizó drenaje percutáneo y en 3 cirugía. La morbilidad fue del 12,5% y la mortalidad del 0%. La estancia hospitalaria global tuvo una media de 7,68 días.

Conclusión: nuestros resultados son similares a otras series, el agregado a la clasificación de N'Gbesso de abscesos intermedios y complicados o con signos de alarma mejora la orientación terapéutica, creemos que el drenaje precoz en abscesos colecciónados de 5 o más cm mejora la sintomatología y disminuye la estancia hospitalaria.

Palabras clave: Absceso amebiano hepático. Drenaje precoz.

Nari GA, Ceballos Espinosa R, Carrera Ladrón de Guevara S, Preciado Vargas J, Cruz Valenciano JL, Briones Rivas JL, Moreno Hernández F, Góngora Ortega J. Abscesos amebianos de hígado. Tres años de experiencia. Rev Esp Enferm Dig 2008; 100: 268-272.

INTRODUCCIÓN

La amebiasis puede ser considerada como una de las enfermedades más agresivas del intestino en su forma in-

Recibido: 21-11-07.

Aceptado: 19-02-08.

Correspondencia: Gustavo A. Nari. Avda. Convención Norte, 402, Dpto. B. 20100 Aguascalientes, México. e-mail: gusnari@hotmail.com

ABSTRACT

Background: amebic liver abscess is frequently seen in endemic regions, and has a poor prognosis when diagnosis and treatment are inappropriate.

Aim: to evaluate and compare our own results; to propose a new classification and therapeutic algorithm.

Design: an observational and retrospective study.

Method: medical records were reviewed for sex, age, signs and symptoms, images, laboratory tests, size, location, treatment, hospital stay, and morbidity-mortality.

Results: sixteen patients with amebic liver abscess had been treated –9 were males, mean age was 30.56 years, all abscesses were solitary, 14 were in the right hepatic lobe, average size was 63.25, and 10 were of the collected type according to N'Gbesso's classification. Seven patients had a good response to medical treatment, 6 needed percutaneous drainage, and 3 required surgery. Morbidity was 12.5% and mortality 0%. Average hospital stay was 7.68 days.

Conclusion: our results are similar to those in other published series. The addition of two new groups to N'Gbesso's classification provides better therapeutic orientation. We believe that early percutaneous drainage for collected abscesses bigger than 5 cm may improve symptoms and shorten hospital stay.

Key words: Amoebic liver abscess. Early drainage.

vasiva. La principal forma de presentación extraintestinal es el absceso hepático, que puede desarrollar serias complicaciones si no es rápidamente diagnosticado y correctamente manejado (1,2).

La infección por *Entamoeba Histolytica* se da más frecuentemente en países subdesarrollados como la India, regiones tropicales de África, México y algunas zonas de Brasil, notándose un incremento en países desarrollados como EE.UU. o europeos, donde la modernización del transporte ha incrementado la llegada de extranjeros infec-

tados o de ciudadanos de esos países que visitan países endémicos (3-5). En México, el Instituto Mexicano del Seguro Social atiende a un promedio de 500.000 pacientes afectados de amebiasis al año, en el año 2000 se reportó una incidencia anual de 43 casos cada 10.000 habitantes. Por otro lado, la incidencia de amebiasis hepática en nuestro país es de alrededor del 6,7% por cada 100.000 habitantes, existiendo una relación hombre-mujer de 12:1 (6,7).

El trofozoito llega al hígado vía sistema portal, desarrollando una necrosis enzimática de los hepatocitos y múltiples microabscesos que confluyen formando habitualmente una cavidad única, conteniendo un líquido homogéneo que puede variar en color desde la crema blanca hasta el de "pasta de anchoas" (1,2).

Los abscesos amebianos hepáticos (AAH) con manejo precoz y correcto tienen un excelente pronóstico. El objetivo del presente trabajo es el de evaluar los resultados obtenidos en los últimos años en pacientes afectados de AAH en el Departamento de Cirugía del Hospital General Tercer Milenio, intentar ampliar la clasificación ultrasonográfica utilizada y, en base a nuestros resultados, proponer un algoritmo terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se evaluaron los pacientes con diagnóstico serológico de abscesos hepáticos amebianos tratados en el Departamento de Cirugía del Hospital General Tercer Milenio desde el 1 de enero de 2005 hasta el 30 de septiembre de 2007 de manera retrospectiva observacional por revisión de los expedientes clínicos de los pacientes. Se evaluaron los pacientes comprendidos en ese lapso de tiempo, debido a que desde el inicio de 2005 se contó con la posibilidad de realizar procedimientos percutáneos. La población atendida en nuestro hospital es principalmente de extracto urbano.

Fueron recabados y evaluados los siguientes datos: sexo, edad, síntomas y signos, métodos complementarios de diagnóstico, localización, tamaño del absceso por ultrasonido tomando el diámetro mayor del mismo y medi-

Tabla I. Clasificación de N'Gbesso

Tipo	Características ecográficas
AAH no coleccionados (tipo I)	Hipoecogenicidad heterogénea Límites políclicos imprecisos Contornos ecogénicos espesos Reforzamiento posterior de los ecos Contenido en pilas ecogénicas
AAH coleccionados (tipo II)	Hipoecogenicidad heterogénea Límites netos y regulares Contornos finos Contenido sea homogéneo en "arenas movedizas", sea anecogénico tipo "pseudoquistico" o con nivel en "sol poniente" Reforzamiento posterior de los ecos
AAH cicatrizados (tipo III)	Curación total: <i>restituto ad integrum</i> Persistente o secuelar: quístico, en cascarón, en escarapela o calcificación en bloque

do en milímetros, único o múltiple, características y tipo según la clasificación de N'Gbesso (Tabla I), tratamiento efectuado, estancia hospitalaria, morbilidad y mortalidad.

RESULTADOS

De la evaluación de expedientes se encontraron 20 pacientes afectados de abscesos hepáticos, de los cuales 4 fueron piógenos, por lo que fueron excluidos del presente trabajo. Los 16 restantes fueron amebianos por confirmación serológica y son motivo de la evaluación. Nueve pacientes pertenecían al sexo masculino (56,25%) y los restantes al femenino, la edad tuvo una media de 30,56 años con extremos entre 5 y 51 años, 2 pacientes fueron pediátricos y una mujer cursaba su vigésimo-segunda semana de embarazo. Dos pacientes tenían antecedentes de haber padecido abscesos amebianos anteriormente (1 oportunidad cada uno).

En la tabla II se puede observar la distribución por sexo, edad y la sintomatología más frecuente en estos pacientes.

Tabla II. Sexo, edad, síntomas y signos más frecuentes

	Femeninos (7)	Masculinos (9)	Total
Edad (años) (mín.-máx.)	30,66 (5-51)	30,42 (24-39)	30,56 (5-51)
Dolor	7	9	16 (100%)
Bilirrubina	4	5	9 (56,25%)
Leucocitosis	5	9	14 (87,5%)
Aumento fosf. alc.	2	5	7 (43,75%)
Fiebre	4	9	13 (81,25%)
Vómito	4	5	9 (56,25%)

Los datos de laboratorio que con más frecuencia se encontraron alterados fueron: leucocitosis en el 87,5%, anemia en el 56,25%, elevación de bilirrubinas en el 56,25%, aumento de TGO, TGP y fosfatasa alcalina en el 43,75% de los pacientes. Por otra parte la diarrea estuvo presente en el 25% de los enfermos.

La ecografía se utilizó en el 100% de los casos, mientras que la TAC sólo en 5 pacientes (31,25%). Del análisis de las imágenes ultrasonográficas notamos en 2 pacientes que se observaba una confluencia de algunos microabscesos, pero que aún quedaban otros que aún no hacían cuerpo con esta confluencia y que no está considerada en la clasificación ultrasonográfica utilizada, por lo que la consideramos una etapa evolutiva intermedia en la formación del absceso amebiano y nos motiva a proponerla como otra categoría dentro de la clasificación de N'Gbesso. Por otra parte, el diagnóstico ecográfico de absceso amebiano complicado o con signos de alarma (mayor de 10 cm, superficial, de pared fina) nos impresiona, debería ser considerado también otra categoría dentro de la clasificación.

Catorce abscesos se localizaron en el lóbulo hepático derecho (87,5%), siendo los segmentos VI y VII de Couinaud los más afectados. El tamaño del total de la muestra tuvo una media de 63,25 milímetros con extremos entre

29 y 125 milímetros. El 100% de los abscesos fueron únicos. Diez abscesos fueron de tipo colecciónado (65,5 %) y seis del tipo no colecciónado (34,5 %).

El tratamiento efectuado se muestra en la tabla III. El tratamiento médico fue efectuado con metronidazol asociado a un antibiótico de amplio espectro.

Tabla III. Tratamientos exitosos empleados

Procedimiento	Clasificación N'Gbesso	Días de estancia	
	Tipo I	Tipo II	(min.-máx.)
Drenaje percutáneo	-	6	4,66* (2-7)
Tratamiento médico	6	1	5,28 (2-12)
Cirugía	-	3	10,33 (8-14)
Total	6	10	7,68 (2-15)

*Contando desde el día del procedimiento.

El total de los pacientes que fueron sometidos a drenaje percutáneo iniciaron el tratamiento de forma médica y se indicó el drenaje por falta de respuesta adecuada al mismo, la media total de estancia para estos pacientes fue de 9,16 días con extremos entre 3 y 15. El tamaño de los abscesos que fueron drenados de manera percutánea tuvo una media de 72,66 milímetros, mientras que en aquellos que respondieron al tratamiento médico fue de 48,85 milímetros.

De los pacientes que fueron sometidos a drenaje percutáneo en 2 pacientes se dejaron drenajes en el lugar, mientras que en los otros se realizó evacuación casi total del contenido. En los pacientes que ingresaron a cirugía se efectuó el drenaje quirúrgico del absceso dejando drenajes de Penrose en el sitio. Los cultivos del material extraído fueron negativos para infección sobreagregada y no se detectaron amebas. No hubo signos ni síntomas postprocedimientos que hiciesen sospechar contaminación ocasionada por el mismo.

Dos pacientes presentaron complicaciones, uno tuvo un derrame pleural derecho y otro un síndrome de condensación pulmonar bilateral, representando una morbilidad del 12,5%. La mortalidad de la serie fue del 0%. Cuando se valoró la estancia hospitalaria, la misma tuvo una media de 7,68 días con extremos entre 2 y 15 días, los pacientes que ingresaron a cirugía (niño de 5 años, embarazada y un hombre) requirieron de internación en unidad de terapia intensiva 1 día cada uno en los tres casos. Cuando se evaluó la estancia de acuerdo al tipo de tratamiento efectuado observamos que el grupo que respondió al tratamiento médico tuvo una media de 5,28 días, mientras que aquellos que fueron a drenaje percutáneo tuvieron una media de 9,16 días desde su ingreso, pero fue de 4,66 días cuando se la evaluó desde el día del procedimiento percutáneo, en tanto que los tratados quirúrgicamente tuvieron una media de 10,33 días.

Es importante destacar que, excepto en los que recibieron tratamiento quirúrgico, el resto de los pacientes comenzaron tratamiento médico, por lo que los procedimientos miniinvasivos se emplearon por fracaso o evolución tórpida del tratamiento médico días después del ingreso.

DISCUSIÓN

La amebiasis es una enfermedad endémica en muchos países subdesarrollados, siendo probablemente los más afectados La India, regiones tropicales de África, México y algunas regiones de Brasil. La *Entamoeba Histolytica* es la causante de la forma agresiva de la enfermedad, siendo el intestino grueso el órgano predilecto. El hígado es el órgano extraintestinal más afectado, asiento de abscesos. El parásito, localizado en el intestino, a través de procesos de lisis de diferente índole, atraviesa la pared intestinal y llega a la circulación venosa mesentérica y de allí, vía vena porta, arriba al parénquima hepático, donde por necrosis y lisis forma focos que van confluyendo, habitualmente en una cavidad única, conformando el absceso hepático amebiano (1,2). Normalmente, igual que en nuestros casos, los abscesos son únicos, presentándose en forma múltiple cuando la enfermedad hepática esta avanzada (1). El lóbulo derecho está afectado en alrededor del 80% de los casos, lo que coincide con nuestros pacientes, al igual que la hidatidosis, la explicación radica en el volumen de sangre portal aportado a ese lóbulo y probablemente a la disposición de la vena porta derecha. Las manifestaciones clínicas son: el dolor, normalmente en hipocondrio derecho, que se irradia a región interescapular y que en nuestra serie estuvo presente en el 100% de los casos; la fiebre y los vómitos son dos síntomas que también se presentan con gran frecuencia; la diarrea estuvo presente en el 25% de los casos, lo que al igual que los otros síntomas coincide con lo publicado por otros autores (1,2). Dentro de los parámetros de laboratorio, la leucocitosis y en menor medida las pruebas de función hepática conjuntamente con la anemia son las más relevantes. En esto, nuestra serie coincide con lo publicado por diferentes autores (1,2). Dentro de los métodos de imágenes, la ecografía tiene un lugar privilegiado por su accesibilidad y su sensibilidad, en nuestra casuística se efectuó en el 100% de los casos y el diagnóstico de absceso amebiano fue sugerido en la totalidad de los mismos. Hemos utilizado la clasificación de N'Gbesso por considerarla clara y práctica desde el punto de vista orientador a un tratamiento, tal como lo expresan los propios autores en su artículo original (8). De hecho, los pacientes que tuvieron abscesos del tipo no colecciónado tuvieron buena evolución con el tratamiento médico, mientras que cuando el absceso fue colecciónado la orientación terapéutica puede variar. Por otra parte, creemos interesante proponer el agregado de dos tipos más dentro de esta clasificación: por un lado, aquellos abscesos que se encuentran en una etapa evolutiva intermedia entre los no colecciónados y los colecciónados, donde ya existe cierto grado de confluencia parcial y que nosotros notamos en 2 pacientes; el otro tipo son aquellos abscesos que presentan algún tipo de complicación como ruptura, comunicación a tórax o complicaciones intrahepáticas o aquellos que presentan signos ecográficos de alarma, tales como tamaño mayor de 10 cm, superficiales y de pared fina. De esta manera

tendríamos abscesos no colecciónados, intermedios, colecciónados, complicados o con signos de alarma y formas de cicatrización, estos últimos se presentan alrededor de los 4 meses de efectuado el tratamiento (3). Esto nos impresiona que tenga una marcada orientación terapéutica. La TAC fue utilizada en 5 pacientes y es un método excelente de diagnóstico y posibilidades terapéuticas a la hora de hacer punciones evacuadoras (2). La Rx de tórax es importante para descartar complicaciones pulmonares y desde el punto de vista diagnóstico puede aportar sólo una elevación del hemidiafragma derecho. Las complicaciones del absceso son la ruptura en la cavidad abdominal, las inherentes a la comunicación con el tórax y, en raras ocasiones, comunicaciones con la vía biliar (1,2,9).

En lo que se refiere al tratamiento, las opciones son el manejo médico, los procedimientos percutáneos y la cirugía (1-3,8-11). El tratamiento médico con derivados imidazólicos y antiparasitarios tiene buenos resultados, en nuestra serie el 43,75% (7 pacientes) de los casos respondió al tratamiento con metronidazol, esto difiere de la efectividad lograda con este tratamiento por otros autores (11). Es importante destacar que la respuesta se dio más frecuentemente en aquellos abscesos del tipo no colecciónado, es a nuestro entender en este grupo de pacientes y en aquellos que llamamos intermedios donde el tratamiento médico tiene los mejores resultados. De todas maneras, el tratamiento con metronidazol se debe emplear en todos los pacientes, tal como lo efectuamos en nuestros casos, independientemente de si se asocie o no un procedimiento invasivo. El drenaje percutáneo guiado por ecografía o TAC es el otro tratamiento de elección, principalmente en aquellos abscesos colecciónados o con signos de alarma, la descompresión es un importante factor de ayuda, disminuyendo la sintomatología de manera automática, favoreciendo la rápida recuperación del enfermo y probablemente facilitando una mejor respuesta al tratamiento médico. En nuestros pacientes se utilizó la simple evacuación en cuatro casos y se dejó drenaje en dos, nos impresiona que en aquellos pacientes con abscesos colecciónados de 5 o más cm la punción debe indicar de primera intención y asociar el tratamiento médico, en lo que también coinciden algunos autores (5), esto disminuye la estancia hospitalaria y evita al paciente la evolución tórpida que hemos visto en alguno de nuestros pacientes. Algunos autores recomiendan la punción en abscesos mayores de 10 cm, basados en la respuesta que obtuvieron con el tratamiento médico, aunque reconocen una mejoría importante de la sintomatología postpunción (10). El cultivo del material fue negativo en nuestros enfermos, lo que no es llamativo, ya que las amebas se encuentran habitualmente en el tejido necrótico de la pared del absceso (1). Finalmente la cirugía es un procedimiento reservado para muy pocos pacientes, fundamentalmente en aquellos en que existen complicaciones. En nuestra serie las cirugías se efectuaron en un niño, una embarazada y un hombre. De acuerdo a lo expresado anteriormente y a manera de propuesta (Fig. 1), iniciamos un proto-

colo donde los abscesos no colecciónados e intermedios, independientemente del tamaño, son tributarios de tratamiento médico exclusivo, al igual que aquellos colecciónados de menos de 5 cm. En los pacientes portadores de abscesos colecciónados con 5 cm o más, como así también los que presentan signos de alarma son tributarios de punciones evacuadoras con o sin colocación de drenaje y tratamiento médico, en nuestra serie el promedio en medida de los abscesos que fueron drenados de manera percutánea fue de 72,66 mm y no tuvimos ninguna complicación inherente a la punción. Para los pacientes en los que hay ruptura a cavidad abdominal, la cirugía tiene su principal indicación (3), mientras que si hay comunicación a la vía biliar, la asociación de drenaje percutáneo y endoscópico puede ser una buena alternativa (9). En lo que respecta a la morbilidad, la misma estuvo representada por problemas pleuro-pulmonares y fue del 12,5%, encontrándose dentro de lo publicado en otras series (1,2), mientras que la mortalidad fue del 0%. Cuando evaluamos la estancia hospitalaria, la global fue de 7,68 días, pero cuando la diversificamos de acuerdo al tratamiento y se tomó como punto de partida el momento en que se realizó un procedimiento invasivo, notamos que el tratamiento médico y el percutáneo tienen prácticamente la misma estancia que ronda los 5 días, este es uno de los puntos en que nos basamos para proponer en algunos pacientes la punción de primera intención.

A manera de conclusión, podemos decir que nuestros resultados son similares a los publicados en la literatura, que la propuesta de una clasificación ultrasonográfica más amplia ayuda a comprender las diferentes etapas evolutivas de los abscesos amebianos y orienta a una terapéutica; y que la propuesta del algoritmo terapéutico es el que, en base a nuestras observaciones, mejores resultados les ofrece a estos pacientes y disminuye la estancia hospitalaria.

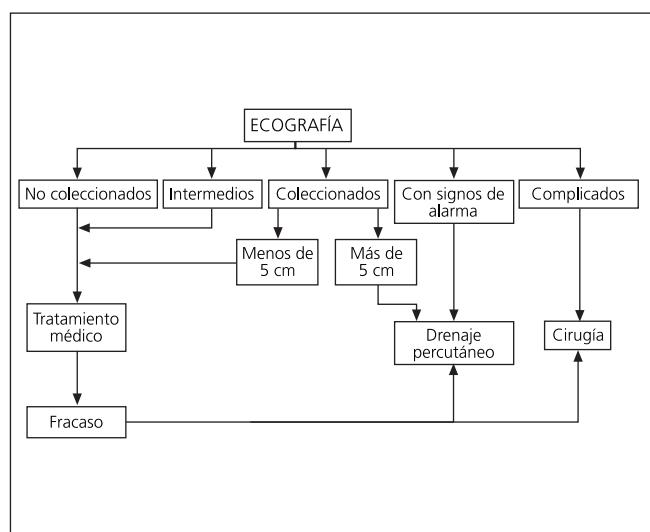


Fig. 1. Algoritmo terapéutico propuesto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salles JM, Moraes LA, Costa Salles M. Hepatic amebiasis. *Braz J Infect Dis* 2003; 7: 96-110.
2. Seeto R, Rockey D. Amebic liver abscess: Epidemiology, clinical features and outcome. *West J Med* 1999; 170: 104-9.
3. Akgun Y, Tacyildiz IH, Celik Y. Amebic liver abscess: Changing trends over 20 years. *World J Surg* 1999; 23: 102-6.
4. Castells L, Porcel JM, Selva A, Ordi J. Amebic liver abscess: Presentation of 4 cases. *Rev Esp Enferm Dig* 1990; 78: 355-8.
5. Sanjuán FM, Jordá FD, Ginestar JF, Ferrando I, Borghol A, Gutiérrez J. Amebic liver abscess: Medical treatment or percutaneous aspiration? *Gastroenterol Hepatol* 2007; 30: 399-401.
6. Sandeep M, Banait Vaibhav S, Thakur Sanjeev K, Bapat Mukta R, Rathi Pravin M, Abraham P. Endoscopic biliary drainage in patients with amebic liver abscess and biliary communication. *Indian J Gastroenterol* 2006; 25: 125-7.
7. Treviño-García Manzo N, Escandón-Romero C, Escobedo de La Peña J, Hernández-Ramos JM, Fierro Hernández H. Amebiasis in the epidemiologic transition in Mexico: Its morbidity and mortality trends in the Mexican Institute of Social Security. *Arch Med Res* 1994; 25: 393-9.
8. N'Gbesso RD, Keita AK. Echographie des abcès amibiens du foie. *J Radiol* 1997; 78: 569-76.
9. Secretaría de Salud. Epidemiología. Información epidemiológica de morbilidad 2000. Mexico DF: Secretaría de Salud 15-32; 2001.
10. Blessmann J, Binh HD, Hung DM, Tannich E, Burchard G. Treatment of amoebic liver abscess with metronidazole alone or in combination with ultrasound-guided needle aspiration: A comparative, prospective and randomized study. *Trop Med Int Health* 2003; 8: 1030-4.
11. Weinke T, Grobusch MP, Guthoff W. Amebic liver abscess –rare need for percutaneous treatment modalities. *Eur J Med Res* 2002; 29: 25-9.