

# Absceso hepático de origen amebiano

Dres. Carlos Sarroca, Roberto García, Haskel Witkind y Alicia Lucinschi

**Se presenta un caso del llamado absceso hepático de origen amebiano.**

**Se destacan los caracteres clínicos y paraclínicos más elocuentes y el problema del diagnóstico diferencial con el quiste hidatídico complicado.**

**El tratamiento médico se realiza con emetina y metronidazol, señalando sus indicaciones, así como el uso de otras drogas.**

**Frente a la inminencia de complicación, se lleva a cabo la punción evacuadora percutánea, maniobra quirúrgica que se demuestra como de gran valor para tratar el absceso en inminencia de ruptura, que llevó el caso presentado a la curación.**

**Se destaca el riesgo a que expone el drenaje a cielo abierto y las indicaciones a que queda limitado. Se expresa el valor con carácter evolutivo de los estudios gammagráficos.**

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:* Liver Abscess.

La amebiasis hepática es una parasitosis frecuente en países limítrofes, de zonas tropicales y subtropicales, donde la infección intestinal por la *Entamoeba Histolítica* es el protozooario responsable.

Como contraparte, el absceso hepático de origen amebiano, es raro en nuestro medio, lo que explica la escasa bibliografía nacional. De hecho, la última publicación que hemos hallado se remonta a un trabajo de Loubéjac en el año 1938 (4).

---

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 29 de octubre de 1980.

Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica, Practicante Interno, Profesor Adjunto de Parasitología y Asistente de Clínica Quirúrgica. Fac. de Medicina. Montevideo

Dirección: Pilcomayo 5393, Montevideo (Dr. C. Sarroca).

*Clínica Quirúrgica "F" (Prof. L. Praderi). Hospital de Clínicas. Montevideo.*

---

Presentaremos un caso de absceso amebiano hepático, analizando frecuencia, diagnóstico clínico y paraclínico, discutiendo los cambios fundamentales que ha sufrido en los últimos tiempos el tratamiento de esta enfermedad y mostrando los procedimientos del control evolutivo.

## HISTORIA CLINICA

J.F.M., 25 años, procedente de Melo, ingresa el 2/III/80. Sufre crisis diarreas esporádicas de larga data.

Diciembre de 1979: dolor en H.D., síndrome febril con chuchos de frío, toque del estado general con adelgazamiento progresivo. Se plantea el diagnóstico primario de hidatidosis hepática en sufrimiento.

El 12/II/1980 es intervenido quirúrgicamente en Melo por la doctora M. Varalla, encontrándole una marcada hepatomegalia, la que se punciona; se obtienen 800 c.c. de un líquido achocolatado y tiene, entonces, la sospecha de que se trata de un absceso amebiano. Cierre de la laparotomía. Se confirma el diagnóstico por el hallazgo de la ameba.

Es tratado con Timidazol y, dado que no se produce mejoría, es enviado a Montevideo.

Al ingreso en nuestro servicio se comprueba: es un paciente con mal estado general, fiebre en picos, facies terroso, intenso dolor espontáneo en H.D., gran hepatomegalia con borde superior en 4º espacio intercostal y borde inferior, romo, a nivel de la espina iliaca anterosuperior.

Es tratado con Emetina 0,04 c.c. i./m. diarios durante 12 días y Cefalosporina 1 gr. i./m. c/6 hs., dada la sospecha de sobreinfección bacteriana.

Se produce una mejoría parcial del estado general, disminuye la temperatura y el tamaño del hígado, aunque persiste el intenso dolor espontáneo y a la palpación del H.D.

En ese momento la radiografía de tórax muestra una elevación del diafragma derecho y, en la radioscopía, se comprueba la hipomotilidad de dicho hemidiafragma.

El estudio centellográfico evidencia un proceso de sustitución parenquimatosa, único, del lóbulo derecho.

Dos días después de finalizado el tratamiento con Emetina, teniendo el diagnóstico de absceso hepático amebiano en inminencia de ruptura, se efectúa en centro quirúrgico, la punción percutánea del absceso, obteniéndose unos 2.000 c.c. de líquido achocolatado. En el estudio directo de este líquido no se hallaron amebas y en el estudio bacteriológico se encontraron cocos Gram positivos.

Se continuó el tratamiento con Metronidazol y Cefalosporina 4 gr. al día y con Gentamicina 160 mgr. al día.

Mejoría progresiva; los controles paraclínicos muestran una marcada disminución de la cavidad.

La antibioticoterapia y el Metronidazol se suspenden a los 20 días de iniciados.

La evolución alejada es sin incidentes.

## COMENTARIOS

Desde el punto de vista patogénico, se considera que la vía de llegada del protozoario al hígado desde el tracto digestivo es, probablemente, la vía portal (1, 2, 3, 6).

Esta invasión produce, a nivel de las pequeñas venas intrahepáticas, una trombosis, con subsiguiente citolisis (etapa precoz, denominada "hepatitis amebiana") (1, 3).

Con la convergencia, por progresión de los múltiples focos de citolisis, se produce lo que se ha dado en llamar el absceso amebiano, cuyo contenido es el parénquima hepático necrosado, lisado, no existiendo una membrana piógena ni una membrana limitante como sucede con el de origen bacteriano, por lo que no se trata, entonces, de un verdadero absceso. Esto tiene una importancia fundamental en cuanto al tratamiento (5).

El interés de la presentación de este caso es su escasa frecuencia, los problemas del diagnóstico positivo y diferencial con el quiste hidático que se plantean en nuestro medio y, fundamentalmente, la conducta terapéutica, en la que nos inclinamos por la abstención quirúrgica.

En lo que se refiere a la sospecha diagnóstica de esta complicación de la amebiasis, ésta puede basarse en:

— *Su ocurrencia predominante en el sexo masculino*: el porcentaje hombre - mujer es de 7 a 1 (3).

— *La procedencia*: generalmente del norte del país y en zonas cercanas a la frontera.

— *Una historia prolongada de dolor en hipocondrio derecho*: que puede preceder en 6 meses a la consulta (1, 3, 6).

— *La repercusión general*: casi siempre marcada, con fiebre remitente, que en raros casos sobrepasa los 39 grados, chuchos de frío, sudoración, anorexia, malestar general y pérdida sensible de peso. Esta repercusión gene-

ral es uno de los hechos más llamativos, junto a un:

— *Facies tóxica*: color terroso o "facies con tinte de papa", al decir de Prat, traduciendo el severo estado tóxico del paciente (1, 8).

— *La hepatomegalia*: casi siempre muy marcada, con abombamiento del hipocondrio derecho, base del hemitórax derecho y epigastrio, intensamente dolorosa. Se trata del signo físico más importante (1).

Todo esto en un enfermo que puede o no tener antecedentes de diarreas. De hecho, en la mitad de los pacientes no se la encuentra. Cuando ésta está presente la regla es que haya aparecido muy precozmente con respecto a la invasión hepática (3).

La ictericia se ve raramente en el absceso amebiano y es uno de los elementos que, de comprobarse, nos inclinaría a pensar en la complicación de un quiste hidático (1, 8).

Los exámenes complementarios que pueden orientar el diagnóstico positivo son:

— El Coproparasitario, con el hallazgo de las amebas en las heces.

— La Leucocitosis, que varía entre 10.000 y 12.000 elementos, con una polinucleosis del 75 al 80 % y una eosinofilia muy variable (1, 3, 6).

— El Funcional Hepático, cuyo único elemento alterado en nuestro paciente fue la fosfatasa alcalina.

— La Inmunolectroforesis, en la que puede verse una inversión del índice albúmina - globulina, con proteínas totales normales.

El Test del Látex.

El Test de Fijación del Complemento.

El Test de la Hemaglutinación.

Estos tres últimos con gran porcentaje de positividad, pero también con falsos positivos. En nuestro paciente no se pronosticaron por no contar con los medios necesarios. Este enfermo tenía ya el diagnóstico positivo por el hallazgo de la ameba, lo que es poco frecuente.

En nuestro país es difícil diferenciar, clínicamente, esta afección de una hidatidosis hepática complicada (8), ya que no existen elementos claramente disímiles entre una y otra.

De los elementos paraclínicos que podrían orientarnos en esta diferenciación citaremos la radiología, que nos haría el diagnóstico si observáramos calcificaciones a nivel del quiste.

La gammagrafía no diferencia un proceso de otro, pero tiene un valor evolutivo en cuanto a señalar nos la regresión o no del tamaño de la tumoración.

Otro factor de diferenciación, por todos conocido, es la búsqueda de los antígenos hidatídicos específicos por medio de la inmunolectroforesis (3).

Debemos señalar aquí que la prueba terapéutica con Emetina tiene valor diagnóstico para el absceso amebiano.

## TRATAMIENTO

El tratamiento de esta enfermedad es, en la actualidad, fundamentalmente médico, en base a las nuevas drogas amebicidas: Metronidazol (Flabesol) y Cloroquina (4).

Sin embargo, no ha perdido valor la Emetina, droga usada hace por lo menos 40 años, dada su alta efectividad en "esterilizar" la colección hepática pero dotada de toxicidad y efectos acumulativos, por lo que existen autores que en su lugar utilizan el Metronidazol a la dosis de 750 mg. al día, durante 10 días, asociado o no a la Cloroquina a la dosis de 1.500 mg./día durante 4 a 10 semanas.

De utilizarse el tratamiento con Emetina, deberá controlarse rigurosamente con electrocardiograma, por los trastornos de la conductibilidad y la contractilidad que ésta puede producir (1, 3, 4).

Ultimamente, autores como Powell (citado por M. De Bakey) (3), concluyen que el tratamiento de elección sería la Dihidroemetina, droga con menos toxicidad y efectos secundarios que la Emetina, asociada a la cloroquina.

Otros autores, como Bourgeon (2) y Fuchs (4), recomiendan el Metronidazol, tres dosis de 500 a 750 mg. al día, u Ornidazol (sustancia con efectos similares al Metronidazol y un índice de curación para el absceso hepático del 95 %, según estos autores) a la dosis de 2 gr. al día, durante 5 a 10 días. A continuación Dihidroemetina 1 a 1,5 mg./kg. peso, durante 5 a 10 días, combinada con Cloroquina, 600 mg. de base al día en los dos primeros días y luego bajando a 300 mg. de base al día durante 8 a 10 días.

El tratamiento quirúrgico se plantea solamente en el gran absceso (generalmente único: 88 % según Oschner y De Bakey (7) y del lóbulo derecho: 93 % según los mismos autores) y en la sospecha de complicación, sea la ruptura o la migración (7, 8).

El mismo debe ser realizado luego de iniciado, o mejor, de ser posible, luego de finalizado el tratamiento con Emetina (7).

Este consistirá en la evacuación por punción percutánea, como preconizan De Bakey y Jordan (6), para lo cual se debe tener la certeza diagnóstica y topográfica. Frente a la duda diagnóstica con el quiste hidático creemos planteable lo señalado por Prat (5) en 1925: pequeña laparotomía y punción.

El drenaje a cielo abierto expone a complicaciones graves y hasta mortales como sobreinfecciones, progresión de la amebiasis o fistulización, pero está indicado en el absceso roto o con grave sobreinfección bacteriana (2, 3, 6, 8).

## RESUME

### Abcès hépatique d'origine amibienne

On présente un cas du dénommé abcès hépatique d'origine amibienne. On met en relief les caractères cliniques et paracliniques les plus éloquentes et le problème du diagnostic différentiel avec le kyste hydatidique compliqué.

Le traitement médical se réalise avec de l'émetine et du métronidazol, en signalant leurs indications, ainsi que l'usage d'autres drogues.

Face à la complication imminente, on réalise la ponction évacuatrice percutanée, manoeuvre chirurgicale qui a prouvé être très importante pour traiter l'abcès à l'imminence de rupture et qui a emmené le cas présenté à la guérison.

On met l'accent sur le risque auquel on expose le drainage à ciel ouvert et les indications auxquelles on le limite.

On exprime la valeur du caractère évolutif des études gammagraphiques.

## SUMMARY

### Amaebic Liver Abscess

A case of an hepatic abscess of amaebic origin is presented.

The most important clinical and paraclinical criteria and the problem of differential diagnosis with a complicated hidatic cyst, are pointed out.

The medical treatment consisted in the administration of emetine and metronidazol. Their use, as well as that of other drugs is commented.

In view of an imminent complication, a percutaneous evacuating puncture was performed. It proved to be of great value in the treatment of the abscess. The patient was cured.

The risks of an open drainage are pointed out. The value of sequential gammagraphic studies is stressed.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BLANC F, SIGUIER F. L'amibiase. Paris. L'Expansion Scientifique Française, 1950.
2. BOURGEON RL. Les Abces primitif du Foie. Paris. Masson, 1976.
3. DE BAKEY MD, JORDAN G. Hepatic abscesses. Both intra and extrahepatic. *Surg Clin North Am*, 57: 325, 1977.
4. FUCHS P. Terapia de la amebiasis. *Med Alemana*, 19: 1165, 1978.
5. LOUBEJAC A. Rotura intraabdominal de abscesos hepáticos amebianos. *Arch Urug Med Cir Esp*, 12: 313, 1938.
6. OSCHNER A. Infecciones del hígado, en Maingot, R. Operaciones abdominales. México. Médica Panamericana, 1966, v. 2, p. 787.
7. OSCHNER A and DEBAKEY ME. Subphrenic abscess: Collected review and analysis of 3.608 collected and personal cases. *Surg Gynecol Obstet*, 66: 426, 1938.
8. PRAT D. Tratamiento del absceso hepático amebiano. *An Fac Med Montevideo*, 10: 673, 1925.