

Dr. Milton Mendoza B. \*  
Dr. Oscar Beteta \*\*  
Dr. Aly Godoy \*\*  
Dr. Rubén Hernández \*\*  
Dra. Carmen María Suárez \*\*  
Dr. Milton A. Mendoza H.\*\*  
Dra. Nelly Mizrahi \*\*

## RESUMEN

Se analizan las historias clínicas de ciento cinco (105) pacientes con abscesos hepáticos amibianos ingresados al Hospital Miguel Pérez Carreño (90) y Centro Médico de Caracas (15) en el Lapso de cinco años (1991-995). 80% entre los 20 y 49 años, 70% varones, 24% con antecedentes de síndromes disenteriformes, 6% con tratamientos antiamebianos previos, 86% con hipertermia de 39,9 °C en promedio dolor en H.D. en el 92%, 27% con vómitos y el 8% ictericia, presentando puño percusión hepática positiva en el 92%, con leucocitosis y desviación a la izquierda 100%; fibrinógeno elevado 89% (600 a 1000 mgs%), con elevación radiológica del hemidiaphragma derecho en el 45%; diagnóstico positivo ecosonográfico 86% y 7,7% por tomografía; localizados en el 73% en el lóbulo derecho. Respuestas satisfactorias al tratamiento médico único 83% + punción en el 11% y requirió cirugía el 4,35%. No hubo mortalidad.

Se comparan los resultados con nuestra anterior experiencia publicada en 1982 y se concluye acerca del enfoque terapéutico con Metronidazol + Cefalosporina de 2ª o 3ª generación, lográndose resultados similares al anterior uso de la Dehidroemetina. Los parámetros para indicar la punción y/o el tratamiento quirúrgico se delinean y se definen claramente la ejecución de ambos procedimientos.

## PALABRAS CLAVE

Absceso hepático amibiano, Terapéutica

## ABSTRACT

We analyzed 105 cases of amoebic hepatic abscess admitted to the Miguel Pérez Carreño Hospital (90) and Centro Médico Private Hospital (15) during a five-year period (1991-1995). 80% under 49 years old, 70% men, 24% a past history of dysenteric syndrome 86% with right upper quadrant pain 27% with vomiting and 8% with jaundice. 92% had painful liver percussion, 100% had leucocytosis and neutrophilia; 89% had high fibrinogen levels (600-1000mgs%). 45% with elevation of right diaphragm in the up right chest X ray; 86% were diagnosed by ultrasound and 7,7% by C.T. scan. 73% were localized in the right hepatic lobe. 84% showed an adequate response with antimicrobial agent (Metronidazole + second or third generation cephalosporine); 11% drained percutaneously and 4,35% needed surgery. No mortality was registered.

These results were compared to our former series published in 1982 in which Dehidroemetin was used, obtaining similar results.

The medication for percutaneous drainage or surgical treatment are clearly defined as is description of these procedure.

## KEY WORDS

Amoebic hepatic abscess, Therapeutics

## INTRODUCCION

El frecuente ingreso de pacientes con abscesos hepáticos amibianos en los servicios quirúrgicos de nuestro hospital, ha permanecido en el tiempo como una constante que claramente nos indica la persistencia de bajas condiciones higiénicas en la preparación de alimentos e ingesta de agua contaminada con amiba histolítica en los pacientes que acuden a nuestra emergencia.

En el presente trabajo realizaremos un análisis comparativo entre la incidencia, diagnóstico, terapéutica empleada en la presente década en comparación con la experiencia obtenida a comienzos de los años ochenta.

## MATERIALES Y METODOS

Ciento cinco historia clínicas de pacientes adultos ingresados en nuestro hospital (noventa) y en el hospital privado del Centro Médico de Caracas (quince) se analizaron en el período desde enero de 1991 a diciembre de 1995. Ochenta y tres de ellos (80%) en edades entre los 21 y 49 años, con sólo nueve pacientes entre los 11 y los 20 años y trece con más de cincuenta años; 70% varones. En sólo 24 % se pudo comprobar antecedentes de síndromes disenteriformes, 73% de estos abscesos localizados en el lóbulo derecho, 94% uniloculares, todo lo cual coincide con nuestra investigación anterior y publicaciones recientes (1,2,3,4,5,7,15,16). Ver figuras 1 y 2.

Seis de los pacientes refirieron haber recibido tratamiento previo por abscesos hepáticos amibianos.

## CLINICA

Hipertermia en 90 de los pacientes (86%) y con un promedio de 39,3 °C presentándose con dolor en el hipocondrio derecho y con puño percusión hepática dolorosa al examen en el 92%. 28 presentaban vómitos, 8% ictericia y en la totalidad de los casos el laboratorio demostró leucocitosis con desviación a la izquierda, 89% con elevación de la velocidad de sedimentación globular (68,5 mm-hora) en promedio y una severa constante elevación del fibrinógeno de 600 a 1000 mgs%, en todos los casos. Todo esto coincidente con la bibliografía consultada (1,3,4,15,16).

Los títulos de seroameba elevados que rutinariamente se efectuaban en nuestro hospital en los años ochenta y que el 70% estaban elevados, no se realizaron sino en 6 pacientes en la presente revisión, pero en todos ellos fueron positivos.

En la radiología del tórax la elevación del hemidiaphragma derecho acompañada o no de reacción pleural suprayacente fue comprobada en el 45% de los casos, hallazgo algo superior a lo reportado por el Dr. Nassin Tatá (23,8%) en su publicación (15).

El ecosonograma fue el estudio que corroboró el diagnóstico en el 86% de los casos y en 8 pacientes la tomografía axial del abdomen fue positiva. La mayoría de los autores consultados fundamentan el diagnóstico imageneológico en la radiología simple del tórax y el ecosonograma hepático, a los que consideran los estudios de mayor utilidad y menor costo tanto en el diagnóstico como en el seguimiento terapéutico de esta entidad (1,2,4,5,7,8,9,10,16).

## TRATAMIENTO

El tratamiento médico sólo instituido en el 84% de los pacientes fue suficiente para solventar la situación y conducirlos favorablemente hacia su recuperación (ver Figura 3). Este consistió en la administración de Metronidazol Parenteral a dosis de 500 mg cada 8 ó 12 horas, o por vía oral a dosis 750 mg. cada 8 horas, de acuerdo con la gravedad del caso, pero manteniéndolo por un lapso de 7 a 10 días. Simultáneamente, la administración de cefalosporina de segunda generación como el cefemamol en más de las dos terceras partes de los pacientes, bien de primera o tercera generación en el tercio restante de acuerdo con la disponibilidad hospitalaria. A diferencia de la década anterior, ninguno de ellos recibió dehidroemetina o el clorhidrato de emetina por no disponerse de ellos en el mercado.

\* Jefe del Servicio de Cirugía III Hospital Miguel Pérez Carreño, Caracas, Venezuela.

\*\* Residente del Postgrado Universitario de Cirugía General.

# centro médico

Absceso hepático amibiano y su terapéutica actual

Doce pacientes evolucionaron tórpidamente, por lo que se les indicó punción-drenaje con catéter de teflón N° 14 ó 16, en la mayoría bajo control ecosonográfico, obteniéndose en 3 de ellos más de 300 cc. de pus achocolatado, en 3 de 50 a 300 cc y en menos de 50 cc. La decisión de punción se fundamentó en la persistencia o incremento de las manifestaciones clínicas o resultados de laboratorio, a las 72 horas de haber instaurado el tratamiento médico. La inmensa mayoría de los pacientes medicados presentaron evidente mejoría tanto clínicamente como en los parámetros de laboratorio al tercer día de tratamiento. Post punción la mejoría clínica y de laboratorio fue evidente en 10 de ellos, no así en 2, quienes requirieron un segundo procedimiento que finalmente mejoró el cuadro en los siguientes 3 a 5 días. La irrigación con solución fisiológica (100 a 200 cc) dejando *in situ* el catéter durante los 3 días siguientes, nos ha dado los mejores resultados.

El tratamiento quirúrgico debió ser empleado en 5 pacientes, 3 al ingreso, con cuadros de abdomen agudo por perforación inminente en 2 y el otro por ruptura del absceso por peritonitis. En los otros 2 pacientes, al fracasar tanto el tratamiento médico como la punción, fue realizado el drenaje de la cavidad del absceso y de la cavidad abdominal previa irrigación con solución fisiológica; 3 de los abscesos estaban localizados en el lóbulo derecho y los otros 2 en el izquierdo. Todos evolucionaron satisfactoriamente.

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

1) El tratamiento médico: con metrodinazol oral o parenteral y una cefalosporina de segunda o tercera generación por 10 días fue el tratamiento de elección en más del 80% de los casos de nuestra serie y de las consultadas (3,5,6,12,13,14), aun cuando la dehidrometina que en los años 80 usábamos se continúa indicando en el exterior. El tratamiento se completó con el uso de iodocloroxiunioleina por 21 días adicionales en forma ambulatoria. El éxito logrado en el 84% de los pacientes. La menor morbilidad y ausencia de mortalidad en nuestra serie, nos hace concluir que este enfoque terapéutico es más efectivo que el tratamiento triple que sistemáticamente utilizamos en nuestra anterior experiencia (1).

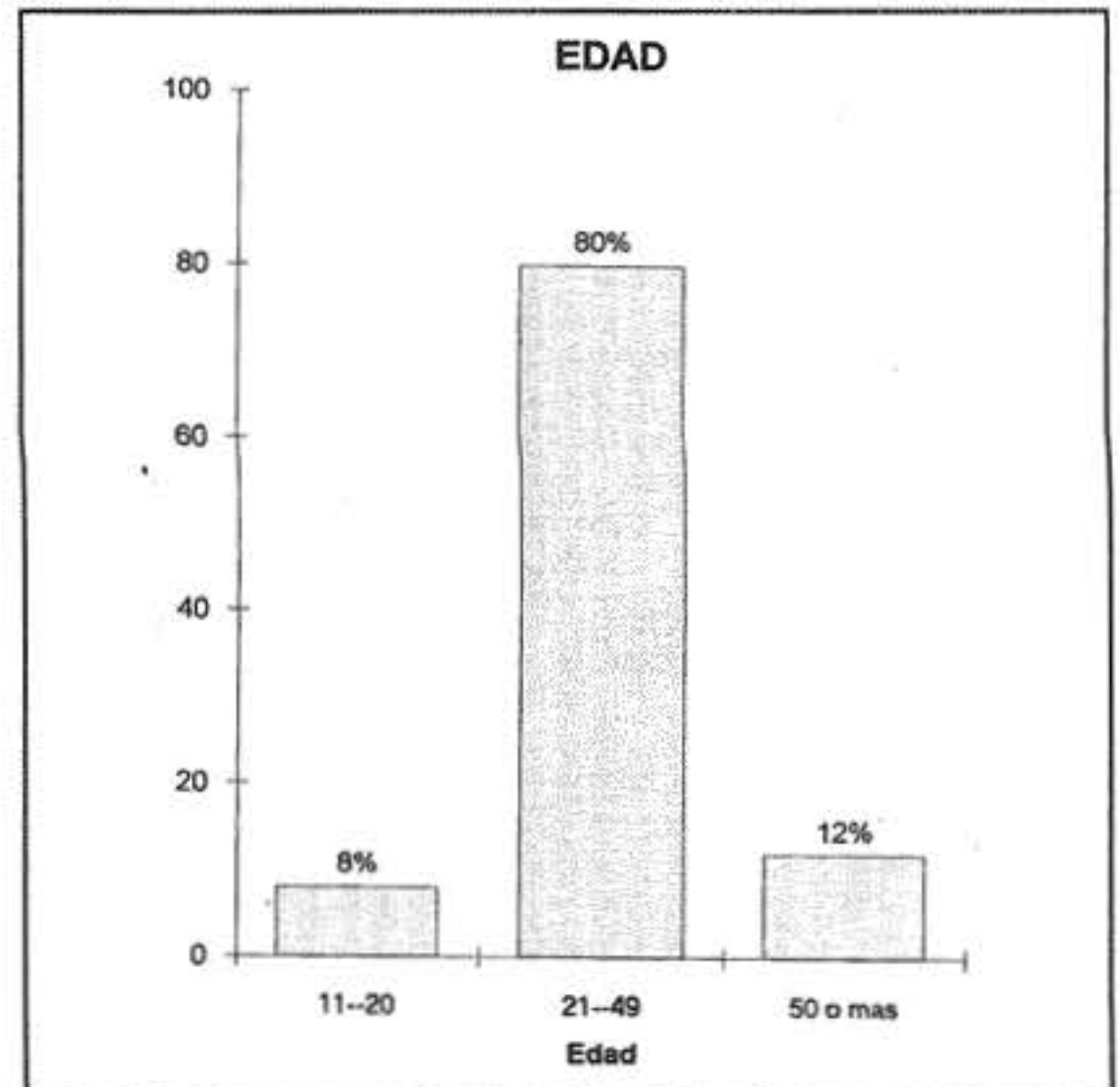
2) Punción-drenaje: Efectuada a las 72 horas de instaurado el tratamiento médico sin respuesta satisfactoria (12), preferentemente realizada bajo guía ecosonográfica con catéteres de teflón N° 14 ó 16. A pesar de que autores como los doctores Boonyanist y colaboradores (3) sostienen que se obtiene igual resultado punzando o no y Van Allan y colaboradores (6) no avalan los conceptos anteriormente expresados de las bondades de la punción, la mayoría de los autores consultados concluyen en que definitivamente se acorta la permanencia hospitalaria logrando mejoría clínica evidente y una más rápida recuperación (5,7,8,9,10,11,12,13,14). Los abscesos entre 4 y 17 cm con persistencia o incrementos de sus manifestaciones clínicas después de las 72 horas de tratamiento médico, requieren que se indique la punción- drenaje (8,9).

3) Tratamiento quirúrgico: Es la excepción y notamos un descenso con relación a nuestra experiencia de los años ochenta, cuando fue del 19%. En los casos estudiados fue de 4,35%, equivalente a 5 pacientes, quienes requirieron operación, descendiendo la mortalidad de 8% a cero. Ello evidencia, quizás, una mejor indicación quirúrgica, como bien lo expresa Bascom D'Abreu y de la Rosa en su publicación nacional (16). En este sentido, ante la falta de respuesta a un tratamiento conservador, incluyendo la punción realizada en 2 o más ocasiones o en aquéllos con evidentes manifestaciones clínicas de perforación inminente o cuadros de abdomen agudo quirúrgico, debe indicarse de inmediato la exploración, ya sea el abordaje extraperitoneal o por laparotomía, dependiendo de la sospecha o de la comprobación de ruptura evidente con peritonitis en evolución (1,16), drenando eficientemente tanto la cavidad del absceso como la cavidad abdominal.

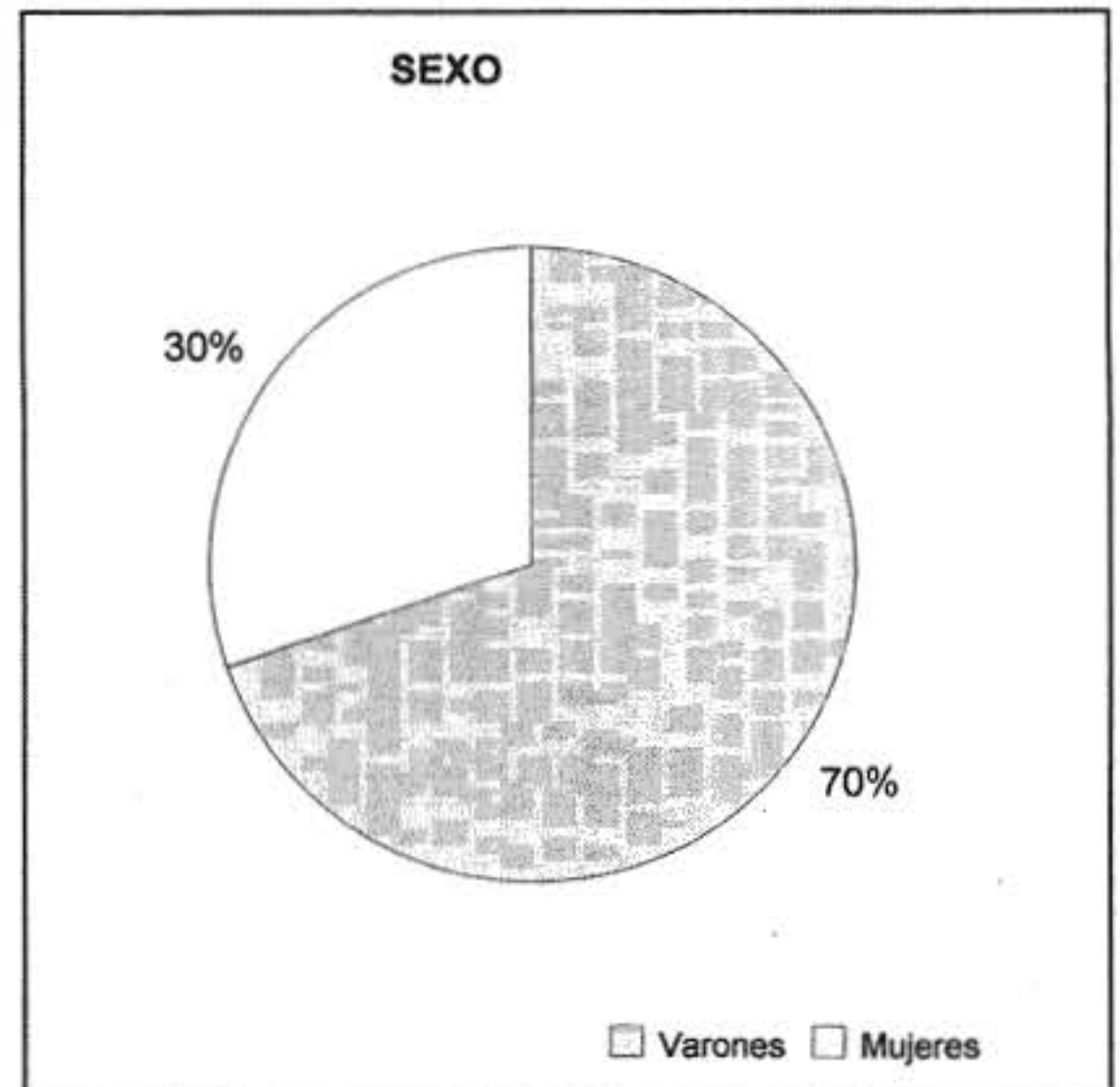
## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Mendoza M, R Rosario, J Zito, E Cedeño: La terapéutica médica y

FIGURA 1  
EDAD



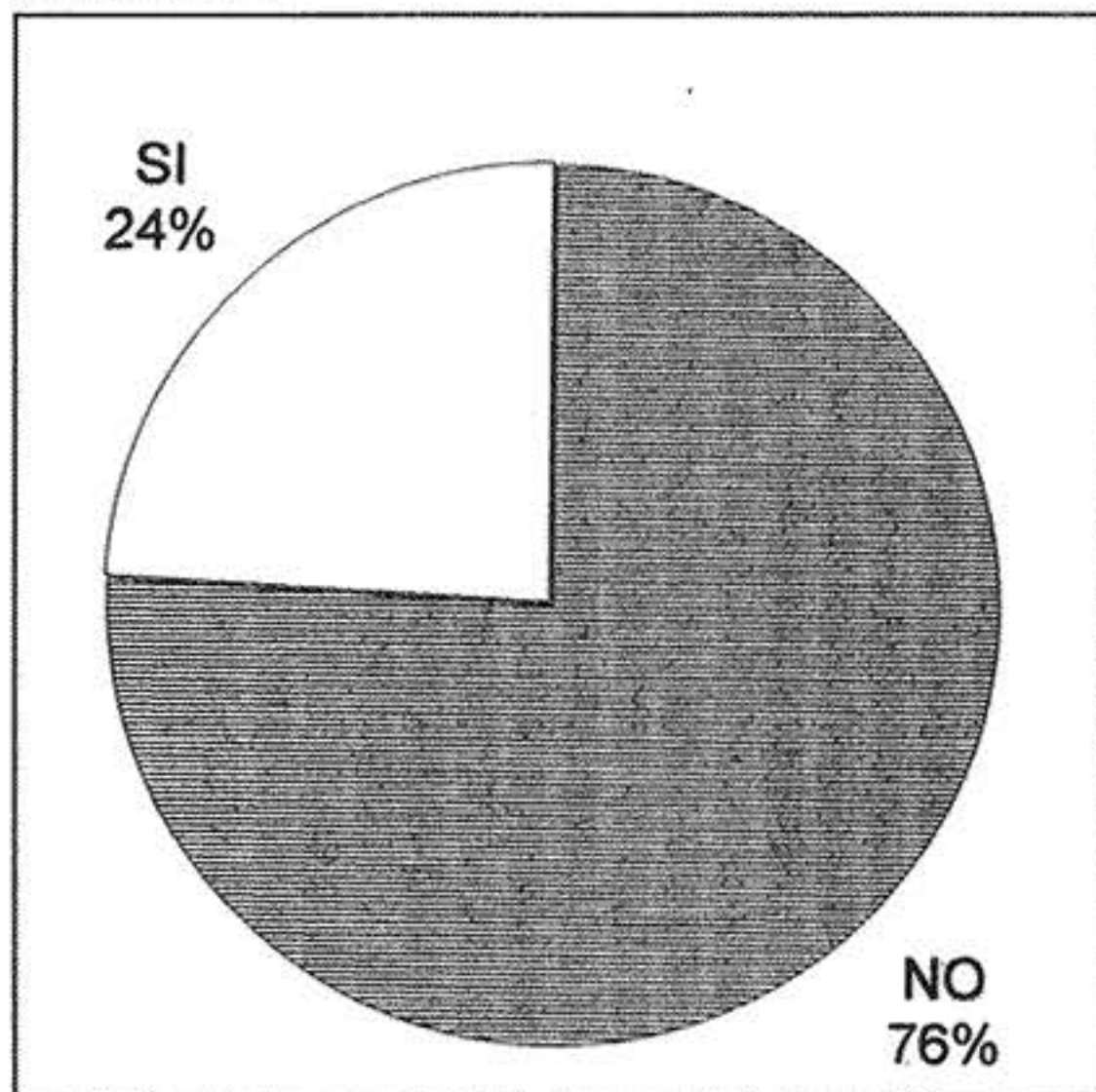
SEXO



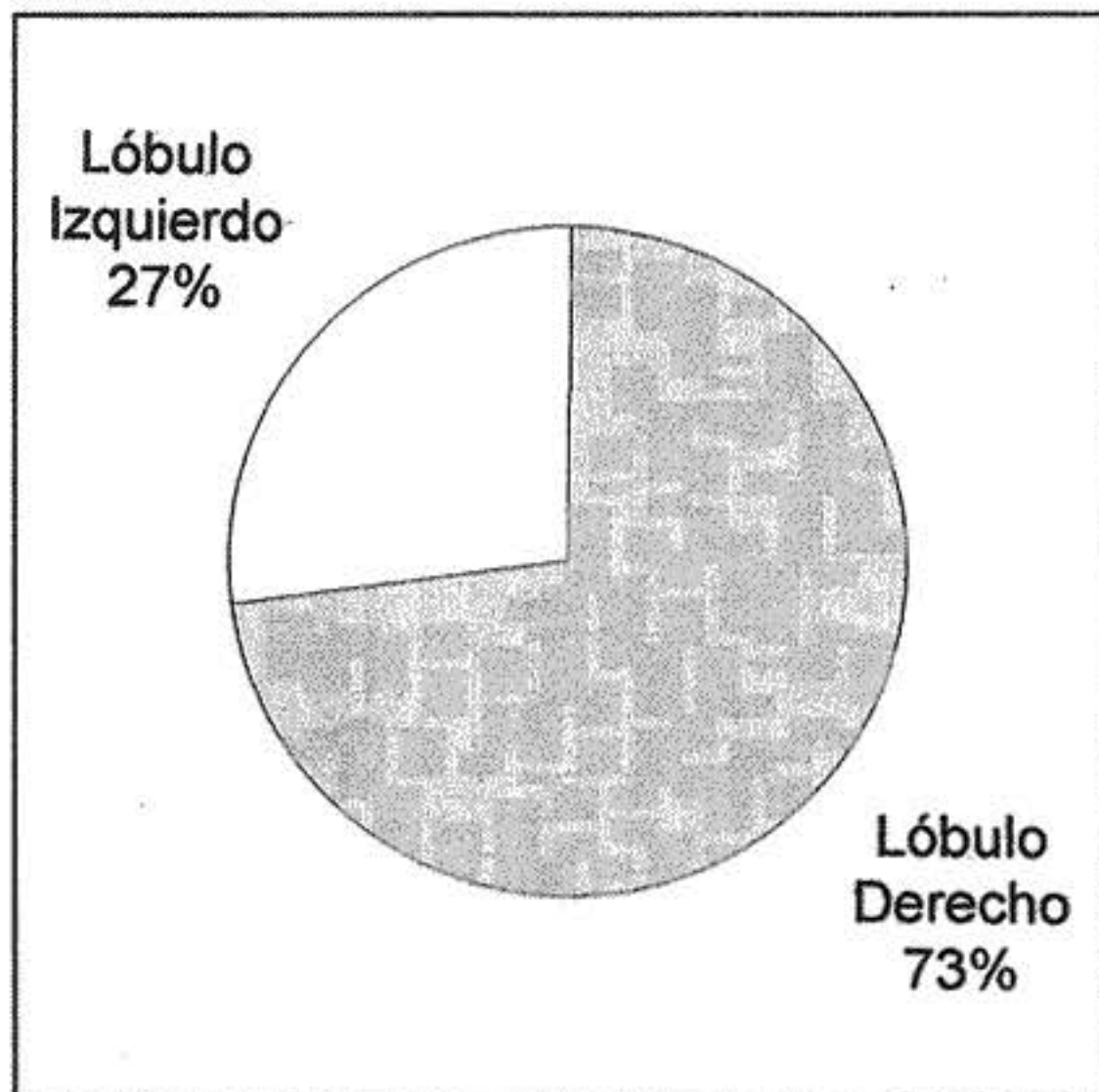
# centro médico

Dr. Milton Mendoza B., Dr. Oscar Beteta, Dr. Aly Godoy, Ruben Hernández, Dra. Carmen María Suárez, Dr. Milton a. Mendoza H. Dra. Nelly Mizrahi

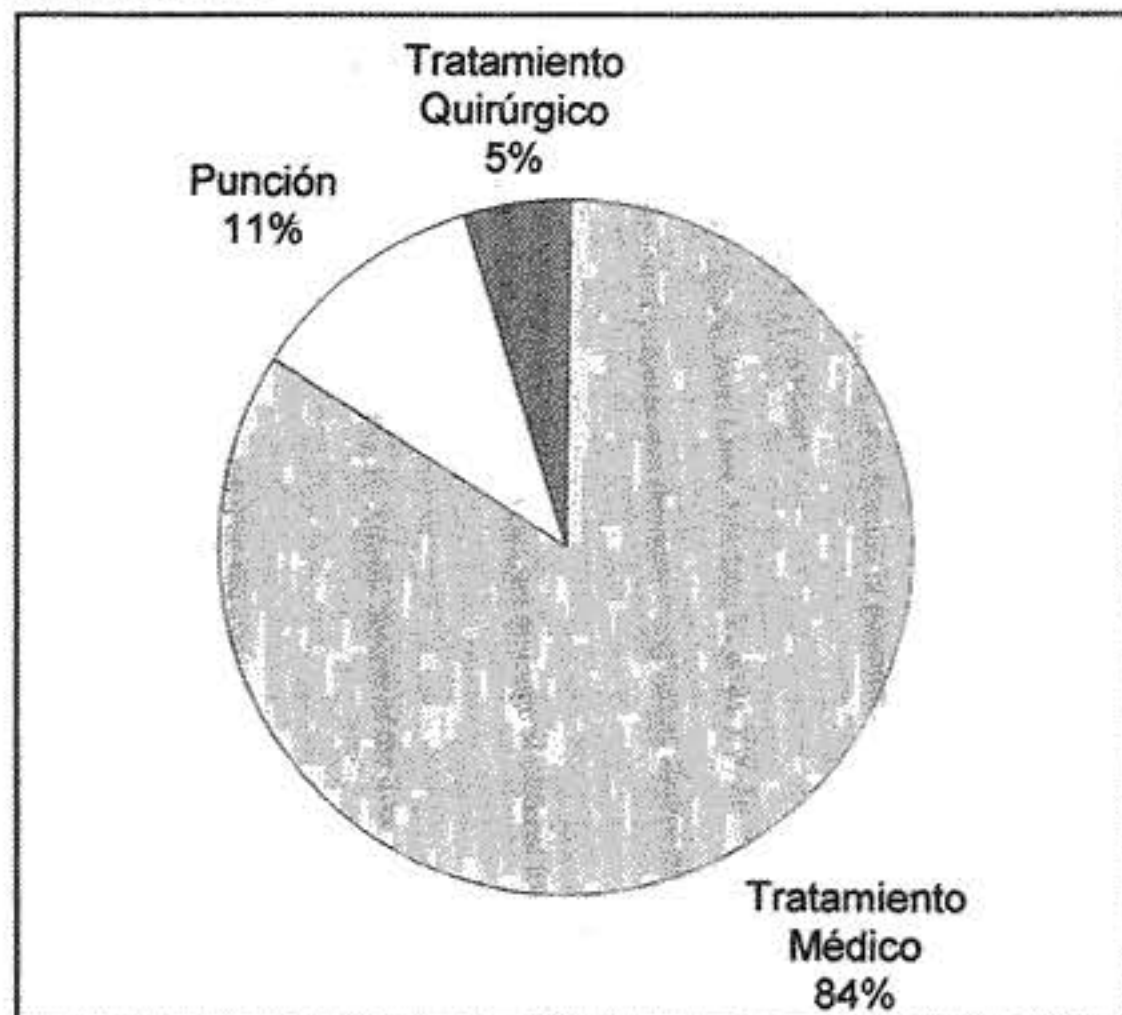
**FIGURA 2**  
**ANTECEDENTES**



**LOCALIZACION**



**FIGURA 3**  
**TRATAMIENTO**



quirúrgica del absceso hepático amebiano. *Centro Médico (XXI)*: 157-163. 1982.

2. Juimo AG, F Gervez, FF Angwafo: Extraintestinal Amebiasis. *Radiology* 182 (1): 181-183 1992.

3. Booyanist S, O Chinapak, U Plenovanit: Amoebic Liver Abscess in Thailand Clinical: Analysis of 418 Cases. *J Med Assoc Thai* 76(5): 243-246 1993

4. Niano He; MM Ka, Badiane M; A Ba, L Konde: Amoebic Liver Abscess: Ecographic Aspects. *Dakar Med* 39(1): 5-8 1994.

5. N'ghesso R; K Keita, A Diede: Criteria of Indication of Puncture of Amebic Liver Abscesses, 228 Patients. *J Radiol* 74(11): 575-581 1993.

6. Van Allan RJ, MD Katz MD, MB Johnson, LA Laine, Y Lin, PW Ralls: Uncomplicated Amebic Liver Abscess: Prospective Evaluation of Percutaneous Therapeutic Aspiration. *Radiology* 183(3): 827-830 1992.

7. Saraswat VA, DK Agarwal, et al: Percutaneous Catheter Drainage of Amoebic Liver Abscess. *Clin Radiol* 45(3): 187-189 1992.

8. Pham Val L, H Duono Manh, H Pham Nhu: Amebic Abscess of the Liver: Ultrasound Guided Puncture. *Ann Chir* 50(4) 340-343 1996.

9. Ramani A, R Ramani, et al: Ultrasound Guided Needle Aspiration of Amebic Liver Abscess. *Postgrad Med* 69 (811) 381-383 1993.

10. Agarwal DK, SS Bajjal, S Roy, et al. Percutaneous Catheter Drainage of Amebic Liver Abscess with and Without Intrahepatic Biliary Communication: a Comparative Study. *Eur J Radiol* 20(1) 61-64 1995.

11. Bajjal SS; DK Agarwal, S Roy, G Choudhuri: Complex Rupture Amebic Liver Abscesses: the Role of Percutaneous Catheter Drainage. *Eur J Radiol* 20(1) 65-67 1995.

12. Chuah SK, CS Chang Chien, et al: The Prognostic Factors of Severe Amebic Liver Abscess: a Retrospective Study of 125 Cases. *Am J Trop Med Hyg* 46 (1) 61-64 1995.

13. Filice C, G Di Perri, M Strosselli, E Brunetti, et al: Outcome of Hepatic Amebic Abscess Managed with Three Different Therapeutic Strategies. *Dig Dis Sci* 37(2) 240-247 1992.

14. Meng XY, JX Wu: Perforated Amebic Liver Abscess: Clinical Analysis of 110 Cases. *South Med J* 87(10) 985-990 1994.

15. Tata N, R Escalona, Toledano, Angulo T: Complicaciones torácicas del Absceso hepático amebiano *Rev Ven Cir* 40(1) 20-23 1987.

16. Bacom D'Abreu H, J de la Rosa-Cedeño: Absceso hepático amebiano: estudio retrospectivo de catorce casos intervenidos quirúrgicamente en un periodo de cinco años (1981-1985) *Rev Ven Cir* 39 (3): 116-121 1986.