

LA TERAPEUTICA MEDICA Y QUIRURGICA DEL ABSCESO HEPATICO AMIBIANO *

Dr. Milton Mendoza Blanco *
Dr. Rafael Rosario A. **
Dr. Jorge Zito Ache **
Dr. Esnardo Cedeño **

La gran incidencia de pacientes portadores de abscesos hepáticos que ingresan a los servicios de emergencia, el análisis de su cuadro clínico, procedimientos diagnósticos y en especial su enfoque terapéutico enfatizando y aclarando cual o cuales procedimientos médicos o quirúrgicos debieran emplearse y en que momento, constituyen los objetivos de la presente publicación.

MATERIALES Y METODOS:

Las historias clínicas de los últimos 100 pacientes ingresados a la emergencia del Hospital "Miguel Pérez Carreño", se analizaron retrospectivamente:

Setenta y dos (72%), estaban comprendidos entre los 20 y 39 años de edad, el menor tenía 2 años y el mayor 76 años.

Setenta (70%), fueron del sexo masculino y treinta (30%) del sexo femenino. Todo esto coincidente con lo publicado por otros autores (8,10,11,14,15,20,21).

Solo quince (15%), tuvieron como antecedentes síndromes disentéricos recientes y nueve (9%), referían evacuaciones diarreicas, cifras algo menores a lo publicado en el país, que oscilan entre el 20,96% (Clemente 10) al 31% (E. Molina 14).

CUADRO CLINICO

La fiebre (92%), dolor en hipocondrio derecho (74%) y hepatomegalia dolorosa a la palpación o percusión (60%), constituyeron la triada básica de la sospecha diagnóstica, similar esto a lo encontrado por la mayoría de los autores (2,8,10,13,14,15,18,20,21)

Nueve (9%) tenían ictericia, usualmente correspondiendo esto a los de mayor gravedad, localización de abscesos voluminosos en la cara inferior del

* Cirujano Adjunto y Coordinador Docente del Post grado de Cirugía General. Hospital "Miguel Pérez Carreño" y Médico del Centro Médico de Caracas.

** Residentes del Post grado de Cirugía General. Hospital "Miguel Pérez Carreño".

* Trabajo presentado en el XVI Congreso Venezolano de Cirugía, Maracaibo, Marzo 1981.

lóbulo derecho del hígado, con necrosis y esfacelo importante de tejido hepático y compresión de las vías biliares extrahepáticas.

METODOS DE DIAGNOSTICO:

- 1) **LABORATORIO:** leucocitosis con desviación a la izquierda se encontró en la totalidad de los casos, (89%) ochenta y nueve, con incremento de la velocidad de sedimentación globular con I.K. promedio de 68,5 mm/hora, descendiendo estas cifras con la mejoría clínica del paciente.

Solamente 18% presentaban anemia con cifras de hemoglobina inferiores a los 10 gr. %. Las publicaciones nacionales dan cifras similares a las expresadas (3,5,8,14,15,20).

La dosificación de fibrinógeno elevada en la totalidad de los casos con cifras entre 600 y 1.000 mgs. % y títulos de seroameba elevados en el 70% de los casos indicados contribuyeron a orientar el diagnóstico; Stevens (18) lo encuentra positivo hasta en un 95%.

- 2) **RADIOLOGIA:** en la radiología del tórax, el 45% presentó elevación de moderada a marcada del hemidiafragma derecho, cifra coincidente con Molina (14), aún cuando es inferior a la reportada por Chávez (8) quien la encuentra en el 63.41% de sus casos y superior a la de Clemente (10) quien la observa en el 19,35%.

La presencia de reacción pleural suprayacente (derrames pleurales, atelectasias basales) se encontraba con frecuencia en los trabajos de Carrillo (5) y Rodríguez (16).

La Hepatografía por opacificación es un procedimiento que puede detectar la localización del absceso al administrar 2cc./kg. de peso de un contraste yodado al 75% diluido en 100 cc. de solución glucosada isotónica en 15 minutos, fue efectuada en pocos casos en nuestra revisión pero puede ayudar en hospitales de medianos recursos (5).

- 3) **RADIOISOTOPOS:** El cintilograma hepático practicado en el 18% de nuestros pacientes fue positivo en el 72% y fue empleado como diagnóstico de localización y seguimiento terapéutico.
- 4) **EL ECOSONOGRAMA:** Nos dió una positividad del 84,21% y es actualmente el medio más usado en nuestro hospital para la confirmación diagnóstica y evaluar la respuesta terapéutica.

TRATAMIENTO:

Ochenta y un pacientes recibieron tratamiento médico, 65 de los cuales exclusivamente; 10 complementados con procedimientos de punción drenaje y 6 debieron ser intervenidos ante el agravamiento del cuadro clínico.

Diecinueve fueron operados al ingreso debido a las manifestaciones clínicas.

I) EVUALUACION DEL TRATAMIENTO MEDICO:

Sesenta de los ochenta y un pacientes tratados medicamente, evolucionaron satisfactoriamente, el Clorhidrato de Emetina o la Dehidroemetina a dosis de 1 mg. por kg. de peso por día con un máximo de 60 mgs. diarios y por diez días, combinado con el Metronidazol o la Cloroquina y un antibiótico habitualmente la Oxitetraciclina y en menor proporción la Ampicilina fueron esquemas de tratamiento usados en el 95% de estos casos. Dos tratados con Tinidazol (Fasigyn) y uno solamente con Metronidazol quien fue el único de evolución

fatal, complicado con insuficiencia cardíaca global, la autopsia demostró como causa de muerte embolismo pulmonar y no atribuible al absceso hepático, en sí ninguno presentó alteraciones cardiovasculares por el uso de la Emetina, solo en uno debió ser discontinuada por reacción alérgica. Un paciente recidivó el absceso en igual localización a los ocho meses de tratado con Emetina, Cloroquina y Oxitetraciclina, evolucionó sin embargo satisfactoriamente tratado con Emetina, Metronidazol y Oxitetraciclina.

II) TRATAMIENTO MEDICO MAS PUNCION EVACUADORA:

Fue empleada en 10 pacientes en abscesos con diagnóstico ecosonográfico, ó-gammagráfico, grandes con dolor exquisito en determinada zona intercostal, con persistencia de las manifestaciones clínicas a pesar del tratamiento médico. Se llevó a cabo bajo anestesia local mediante localización previa con aguja No. 18 ó 19 y uso de trocar universal o aguja de Silverman si la cercanía a la pared del absceso así lo permitía; en la mayoría el uso de aguja con cateter de Teflón incluido tipo Angiocath No. 14, evacuando el contenido; solo uno ameritó punciones repetidas y los resultados fueron satisfactorios al no presentarse morbimortalidad alguna al practicar este procedimiento.

III) TRATAMIENTO QUIRURGICO:

Veinticinco pacientes fueron operados, 6 por deterioro progresivo del estado general, cifras elevadas de leucocitos y velocidad de sedimentación globular creciente a pesar del tratamiento médico bien conducido por un lapso de cinco a siete días, en estos casos el diagnóstico de localización se había confirmado previamente y en ninguno de ellos se comprobó perforación en el acto operatorio.

De los 19 operados al ingreso sólo en tres se consideraba el absceso hepático entre las posibilidades diagnósticas, en el 84,2% fue un hallazgo operatorio, confundiendo fundamentalmente con cuadros de colecistitis aguda en más del 40% de ellos. Las características de las manifestaciones clínicas eran de tal severidad que obligaron a la indicación de intervención. Dieciseis (64%) estaban localizadas en el lóbulo derecho, nueve (36%) en el lóbulo izquierdo, uniloculares trece (52%) y doce (48%) multiloculares con localización en cara inferior del hígado el (57%); en superior el (43%) de los cuales la tercera parte presentaba también localización en la cara inferior. Seis (31.57%) estaban perforados a cavidad abdominal libre, uno concomitantemente a vesícula, el resto presentaba inminencia de perforación.

El abordaje se hizo extraperitonealmente en los seis casos con diagnóstico de certeza y tratamiento médico previo (24%), en los demás la laparotomía fue realizada.

El drenaje de la cavidad de los abscesos fue llevada a cabo con sondas de Foley o Nelatón No. 18-22 exteriorizada por contrabertura con lavado y drenaje amplio de la cavidad en los casos perforados.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO:

Complicaciones en doce pacientes (48%), 8 de menor relevancia (7 abscesos de pared y una necrosis cutánea alrededor de la zona de drenaje), 4 severas (2 hemorragias digestivas superiores, una bronconeumonía y un aborto).

Dos pacientes de los perforados murieron, la autopsia practida demostró la sepsis de punto de partida peritoneal y bronconeumonía en uno de ellos y hemorragia digestiva superior por múltiples úlceras sangrantes en el otro, como

causas determinantes de la muerte. Esto nos representa el 8% de la totalidad de los operados y un 33% de los perforados.

Trece pacientes (52%) no presentaron complicaciones alguna.

DISCUSION:

TRATAMIENTO MEDICO:

La mayoría de los autores coinciden en que el absceso hepático amibiano, debe ser preferentemente tratado médicamente (5,7,8,9,10,11,12,13,14,15,21); aún cuando hay diversidad de criterios sobre las drogas a utilizar desde que algunos extranjeros han tomado preferencia por el uso del Metronidazol (9,13) y algunas publicaciones nacionales (4,14,15) insisten en su uso como droga de primera línea, otros entre los que nos contamos continuamos prefiriendo el uso de la triple cura con Dehidromemetima o el Clorhidrato, la Cloroquina y las Tetraciclinas usando el Metronidazol como importante asociado aunque no en forma única, (5,6,8,10,12,22).

TRATAMIENTO MEDICO MAS PUNCION:

Aún cuando médicos extranjeros como Sheehi (17) no encuentra diferencias entre los diversos tratamientos. Kosky (12) manifiesta su respaldo al tratamiento médico agregando la punción con cateter y evitando en lo posible el drenaje quirúrgico abierto por la elevada morbimortalidad. En nuestra experiencia la punción no agregó morbimortalidad y sí más rápida curación, igual ocurrió en otras series (4,8,10) y sólo en la de Yanes, (21) 10% de complicaciones; en el resto de las publicaciones nacionales algunos como Molina (14,15) la indican siempre y otros como Carrillo, (5). Augusto Diez (11) ante el agravamiento o persistencia de las manifestaciones clínicas, dolor exquisito intercostal y en especial los grandes y cercanos a la pared anterior aún cuando se encuentran localizados en el lóbulo izquierdo.

La punción con cateter de teflón hoy en día es quizás lo más recomendable (4,11,19) y con la ayuda de medios diagnósticos como el ultrasonido y el cintilograma dan seguridad en la escogencia del sitio. Esto sin embargo en nuestra experiencia anterior, a contar con estos medios era también satisfactoria guiándonos exclusivamente por la zona de mayor sensibilidad.

TRATAMIENTO QUIRURGICO:

Coro dice: Koshy (12) debe ser procedimiento de excepción, aún cuando en nuestro medio es significativo el porcentaje de indicación operatoria que oscila entre el 14.48% en el trabajo de Clemente (10) hasta el 40% de Chávez (8); en la presente revisión representó el 25% del total de los abscesos hepáticos admitidos, cifras cercanas a las expresadas por Camilo Vivas (20); 28% y Yanes (21); 33%. Como 19 de nuestros pacientes presentaban perforación inminente al momento del ingreso sin recibir tratamiento médico previo, esto sugiere que la razón del elevado porcentaje de casos operados se debe más a la tardanza o ausencia de diagnóstico precóz que una conducta que se asume frecuentemente puesto que la indicación de operación estaba plenamente justificada lo que se explica por el tiempo prolongado de evolución del absceso.

La colecistitis aguda constituye en las series consultadas el más frecuente error diagnóstico diferencial (8,20) o con otros cuadros de abdomen agudo quirúrgico.

La indicación de operar según Carrillo (5) estaría dada: 1) por el empeoramiento de las condiciones generales, locales y de laboratorio a pesar del tratamiento médico y la punción; 2) la compresión biliar con ictericia y la ruptura a peritoneo, pericardio u órganos vecinos. Aún cuando no tuvimos complicaciones pleuropulmonares en la presente serie, según el Dr. Rodríguez (16) la indicación quirúrgica para toracotomía estaría dada por el empiema amibiano con fístula broncopleural complicada con infección secundaria, empiema amibiano crónico con re-expansión pulmonar incompleta o lesiones pulmonares irreversibles; y los procedimientos de resección de la zona de esfacelo, o fístulosa del parénquima lesionado y la decorticación pulmonar serán los procedimientos a emplear".

CONCLUSIONES:

De la presente revisión y la bibliografía consultada se deduce lo siguiente:

- 1) Ante la frecuencia en nuestro medio de esta patología, debe siempre tenerse presente en las manifestaciones clínicas del cuadrante superior derecho del abdomen en pacientes entre los 20 y 39 años.
- 2) Se recomienda además de la fórmula leucocitaria y velocidad de sedimentación la dosificación de fibrinógeno y el test de seroameba los cuales están considerable y constantemente elevados para apoyar el diagnóstico.
- 3) Recomendamos cuando sea posible utilizarlo el ecosonograma hepático que en nuestra serie logró una positividad del 84,2%; por lo inocuo, fácil y rápido de realizar y en su ausencia la hepatografía por opacificación, en hospitales de menores recursos como métodos diagnósticos complementarios del estudio radiológico del tórax.
- 4) El enfoque terapéutico debe ser médico por excelencia basado en el uso de la Emetina (Dehidro o Clorhidrato) asociada al Metronidazol o Cloroquina más antibióticos como Tetraciclinas para la prevención o actuación sobre la infección agregada. La Emetina utilizada un mg. por kg. por día, el Metronidazol 750 mgs. vía oral tres veces al día por 10 a 21 días, la Cloroquina 750 mgs. diarios por 14 a 21 día y las Tetraciclinas 500 mgs. cada 6 horas vía oral por 10 días, constituyeron los agentes terapéuticos de mejor respuesta.
- 5) La punción se indica ante la persistencia de las manifestaciones clínicas a pesar del tratamiento médico, con dolor exquisito en la pared costal, en abscesos grandes cercanos a la pared anterior mediante agujas con catéter de teflón.
- 6) El tratamiento quirúrgico debido a su elevada morbimortalidad queda como procedimiento de excepción, aplicable a los siguientes casos: ante el empeoramiento de las condiciones clínicas a pesar del tratamiento médico y la punción; ante la inminencia o perforación a órganos vecinos o a cavidad abdominal libre, compresión de vías biliares con ictericia, siempre procurando el abordaje extra peritoneal cuando no se ha roto y drenaje de la cavidad del absceso con sondas delgadas (No. 18-20 French), exteriorizadas por contrabertura con drenajes amplios de la cavidad abdominal en los casos de peritonitis por perforación del absceso al peritoneo, o en aquellos casos que el empiema amibiano se complica con fístula broncopleural o pulmón de reexpansión parcial.
- 7) La profilaxis de esta terrible entidad debe estar dirigida a las autoridades sanitarias para lograr mejores cuidados higiénicos en la preparación y

manipulación de alimentos y el agua, deposición de excretas y recolección adecuada de basura como única forma de evitar en nuestro medio tropical la proliferación de moscas, agente transmisor de la amibiasis.

RESUMEN:

Cien pacientes con abscesos hepáticos amibianos fueron estudiados en sus historias clínicas retrospectivamente, en cuanto, a las características del cuadro clínico, procedimientos, diagnósticos y terapéuticos.

81 tratados médicamente, 65 de los cuales exclusivamente; 10 ameritaron punción y 6 debieron operarse ante el agravamiento o persistencia del cuadro clínico.

19 precisaron ser operados de urgencia al ingreso, 6 perforados a cavidad abdominal y 13 con inminencia de perforación con cuadros de abdomen agudo quirúrgico la mayoría no diagnosticados pre-operatoriamente.

79 por ciento de los solamente tratados médicamente evolucionaron satisfactoriamente sin complicaciones al igual que los 10 tratados por punción. Uno recidivó a los ocho meses y uno falleció por coexistencia de insuficiencia cardíaca-global (1,34%).

40 por ciento de los operados sufrieron complicaciones de moderadas a severas, con una mortalidad del ocho por ciento.

Se concluye, en la necesidad en nuestro medio de sospechar la entidad en las manifestaciones clínicas del cuadrante superior derecho del abdomen y se recomienda, agregar el uso de la dosificación de fibrinógeno, Test de Seroameba, ultrasonografía o hepatografía por opacificación a los métodos convencionales de laboratorio y radiológicos para el diagnóstico. Se demuestran las mayores ventajas del tratamiento médico triple y punción sobre el tratamiento quirúrgico, pero a la vez se insiste en el abordaje extraperitoneal o el enérgico drenaje de la cavidad del absceso y abdominal libre, en aquellos casos severamente complicados por perforación o inminencia de ella.

REFERENCIAS

- 1 ACOSTA ORTIZ, PABLO.- Abscesos viscerales de origen amibico. Gaceta Médica, 8, 59-63, 1936.
- 2 ALAN, NELSON.- Liver abscess a complication of regional enteritis. The American Journal of Gastroenterology, 72 (3): 282-284, 1979.
- 3 ANDERSON, LUIS.- Amibiasis hepática no supurada. Gen, 20 (1), 1965.
- 4 CASALTA, C. V.- Avances terapéuticos de la amibiasis hepática. Gen, 33 (2): 235, 1979.
- 5 CARRILLO, NELSON.- Absceso hepático. Boletín Médico Informativo del Servicio de Cirugía General No. 4, "Hospital Miguel Pérez Carreño", 3 (9), 1974.
- 6 CANDIA, E.; LOUIS, CESAR.- La Colangiografía endovenosa y algunas pruebas funcionales en el diagnóstico del absceso hepático amibiano. Gen, 21 (4), 1977.
- 7 CRANES, PAULO.- A experience in the treatment of two hundred patients abscess of the liver in Korea. The American Journal of Surgery, 23 (3) 332-337, 1972.
- 8 CHAVEZ, BENJAMIN.- Amibiasis hepática; análisis de 50 casos en el Hospital "José María Vargas". Boletín de la Sociedad Venezolana de Cirugía, 25 (3): 393-407, 1971.
- 9 COHEN, H. G.; REYNOLDS, T. B.- Comparison of Metronidazole and Cloroquine for the treatment of amoebic liver abscess; a controlled trial. Gastroenterology, 69 (1) 35-41, 1975.
- 10 CLEMENTE, H. A.- Tratamiento del absceso hepático amibiano. Boletín de la Sociedad Venezolana de Cirugía, 18 (2): 357-364, 1964.

- 11 DIEZ, AUGUSTO.- Nosografía y semiología quirúrgica. Caracas, Universidad Central de Venezuela, División de Publicaciones, pp. 208-212, 1977.
- 12 KOSHY, ABRAHAM.- Amoebic liver abscess with hemobilia. The American Journal of Surgery, 138 (3): 453-455, 1979.
- 13 KRETLEK, JOHN.- The symptoms of an Amoebic abscess of the liver simulating an acute surgical abdomen. Surgery Gynecology and Obstetric, 148 (4): 552-556, 1979.
- 14 MOLINA, E.; ROSALES, S.- Absceso hepático. Tribuna Médica, pp. A-13-A-16, 1975.
- 15 MOLINA, E.; ROMERO, J.- Absceso hepático amibiano. Gen, 14, 1960.
- 16 RODRIGUEZ, CESAR.- Complicaciones pleurales y pulmonares de la amibiasis. Tribuna Médica, (2): 77-93, 1972.
- 17 SHECHI, THOMAS, W. et al.- Resolution time of an Amoebic liver abscess. Gastroenterology, 55 (1), 1963.
- 18 STEVENS, DENNIS L.- Amoebic liver abscess. American Journal of Gastroenterology, 72 (3): 234-238, 1979.
- 19 TETZ, ENMETT M.- Treatment of liver abscess a conservative surgical approach. American Journal of Surgery, 126 (2): 263-268, 1973.
- 20 VIVAS, JAIMES.- Tratamiento quirúrgico del absceso hepático en el Hospital de "San Cristóbal". Boletín de la Sociedad Venezolana de Cirugía, 15 (2): 198-203, 1961.
- 21 YANES, EDUARDO; CASALTA, VIRGILIO.- Avance terapéutico en la amibiasis hepática. Gen, 33 (2): 235, 1979.
- 22 Editorial. Gastroenterology, 60 (5): 952-954, 1970.