

# ABSESOS HEPATICOS AMEBIANOS

## TEMA OFICIAL HONDURAS

DR. SILVIO R. ZUÑIGA

DR. EDGARDO ALONZO M.

DR. JORGE RIVERA M.

DR. JESÚS RIVERA h.

DR. RAÚL DURON M.

DR. RAMIRO LOZANO

Por solicitud del Colegio Médico de Honduras, un equipo de profesionales de la Medicina que actúan en diferentes campos, ha sido encargado de elaborar el presente trabajo que tiene por destino ser presentado como Tema Oficial ante el X Congreso Médico Centroamericano por celebrarse en San Salvador.

Se ha escogido este tema como oficial por la frecuencia con que se está diagnosticando en nuestro medio (76 a 80% de abscesos hepáticos) <sup>14</sup> por las dificultades que su diagnóstico entraña y por la falta de armonía existente en lo relacionado a su tratamiento. Consideraremos nuestros esfuerzos como satisfechos si de las conclusiones que del mismo se extraigan logramos establecer un patrón sintomatológico y una línea de conducta terapéutica.

### REQUISITOS

En un período que incluye del año de 1958 al final de los 6 primeros meses de 1963 se lograron coleccionar 61 expedientes de abscesos hepáticos amebianos y ellos se extrajeron de los archivos estadísticos del Hospital General, del Hospital del Instituto Hondureño de Seguridad Social y de los hospitales privados de Tegucigalpa.

### MATERIAL

Se consideran los siguientes requisitos necesarios para sostener el diagnóstico de absceso hepático amebiano:

- a) el cuadro clínico,
- b) los caracteres del "pus" y, sobre todo, la comprobación de la Endamoeba histolytica en el mismo,
- c) los datos suministrados por la radiología y
- d) la respuesta al tratamiento médico.

Estos requisitos son, con ligeras variantes, los mismos enunciados por otros autores.<sup>12</sup>

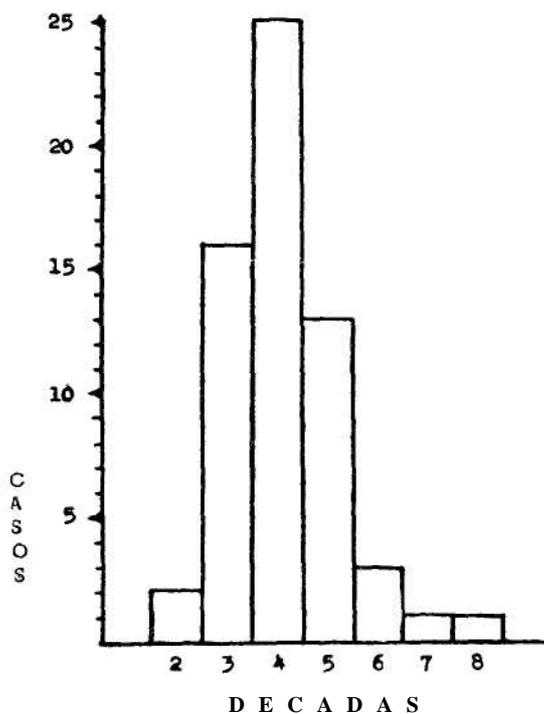
Como se especifica, la presente es una revisión de casos que fueron conceptuados, tomando en cuenta los requisitos expuestos, como "Abscesos Hepáticos Amebianos". Desafortunadamente, el trabajo no ha sido un estudio premeditado pues, de haberlo sido, se hubiera "standarizado" el tipo de investigaciones clínicas, radiológicas y laboratoriales con el fin de uniformar los resultados. Debido a ello es que no en todos los aspectos del asunto tengamos como base el número total de casos, debido a ello es que los exámenes radiológicos no parten de una base común y finalmente, debido a ello es que desde el punto de vista de exámenes complementarios hayamos observado la misma deficiencia.

### FRECUENCIA

El análisis de los casos demostró un franco predominio del sexo masculino, ya que de los 61 protocolos 54 pertenecían al mismo, dando, por tanto, al sexo masculino un 88,53% o sea una relación de 8 a 1 que se asemeja a lo informado por diversos autores.

En lo relacionado a la frecuencia según la edad pueden verse detalles de su incidencia en la gráfica N° 1:

ABSCESES HEPÁTICO AMEBIANO



2ª década	2 casos
3ª década	16 casos
4ª década	25 casos
5ª década	13 casos
6ª década	3 casos
7ª década	1 caso
8ª década	1 caso

Fue, por tanto, más frecuente en la 3<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup> y 5<sup>a</sup> décadas de la vida que sumadas constituyen el 88,52% de los casos. Una distribución por décadas semejante a la nuestra es informada por Hernández de la portilla.

Haciendo una comparación global del total de admisiones a los Servicios de Medicina y Cirugía del Hospital General en el lapso en estudio se comprueba que para 16.960 admisiones hubo 49 casos del tema que nos ocupa: dicho en otros términos, por cada internamiento por absceso hepático amebiano hubo 345 hospitalizaciones por otras afecciones. Transformado a porcentaje obtendremos para el absceso hepático amebiano un 0,28% de frecuencia. En diversos hospitales de Venezuela, este porcentaje ha variado desde 0.05% a 3.5% y en un Hospital de Colombia ha sido de 0.4%. 1

### PROCEDENCIA

Los pacientes procedieron de varios Departamentos de la República que por la gravedad que revestían fueron trasladados a la capital. Sin embargo, la mayoría de los casos se originó en la misma capital! (35 de los 61). El Departamento de origen queda detallado en el siguiente cuadro:

Francisco Morazán .....	44 casos
Valle .....	3 casos
Olancho .....	2 casos
El Paraíso .....	2 casos
Yoro .....	2 casos
Atlántida .....	2 casos
Cortés .....	2 casos
La Paz .....	1 caso
Copan .....	1 caso
Intibucá .....	1 caso

El caso restante recién ingresaba de la República de El Salvador.

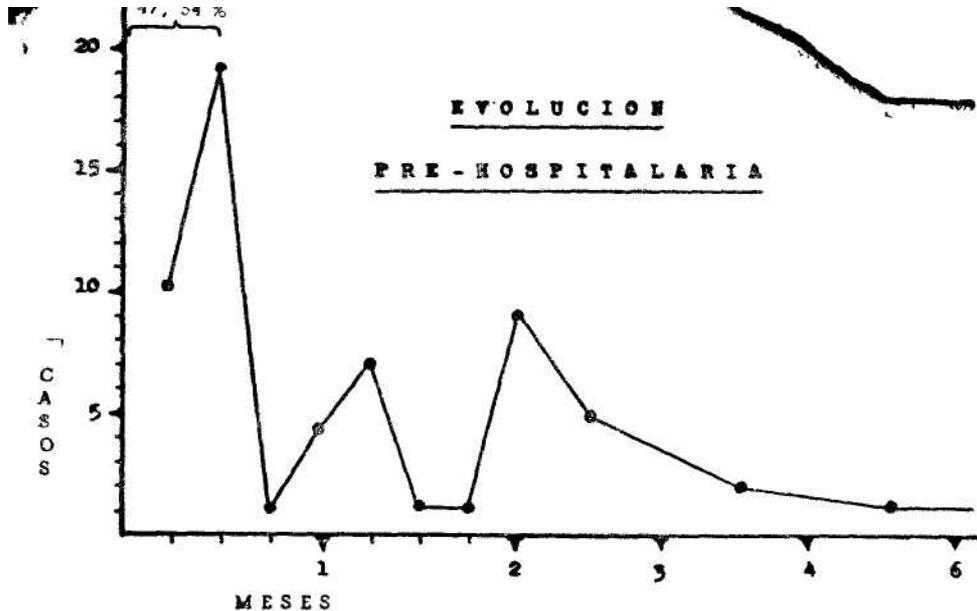
### EVOLUCIÓN

La evolución previa al internamiento fue variable y queda consignada en la Gráfica N° 2.

1 semana .....	10 casos
2 semanas .....	19 casos
3 semanas .....	1 caso
4 semanas .....	4 casos
5 semanas .....	7 casos
6 semanas .....	1 caso
7 semanas .....	1 caso
2 meses .....	9 casos
3 meses .....	5 casos
4 meses .....	2 casos
6 meses .....	1 caso
10 meses .....	1 caso

## GRÁFICA N° 2

ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO



En 29 casos (47,54%) esta evolución estuvo comprendida en 1 y 2 semanas por lo que este lapso se considera como el más frecuente, pero el mayor volumen estuvo comprendido por evoluciones que variaron de 1 semana a 2 meses, que representan el 85,24% de los casos.

En la mayoría de pacientes se recogió una historia de comienzo insidioso (61%) y en la minoría la instalación del proceso fue brusca.

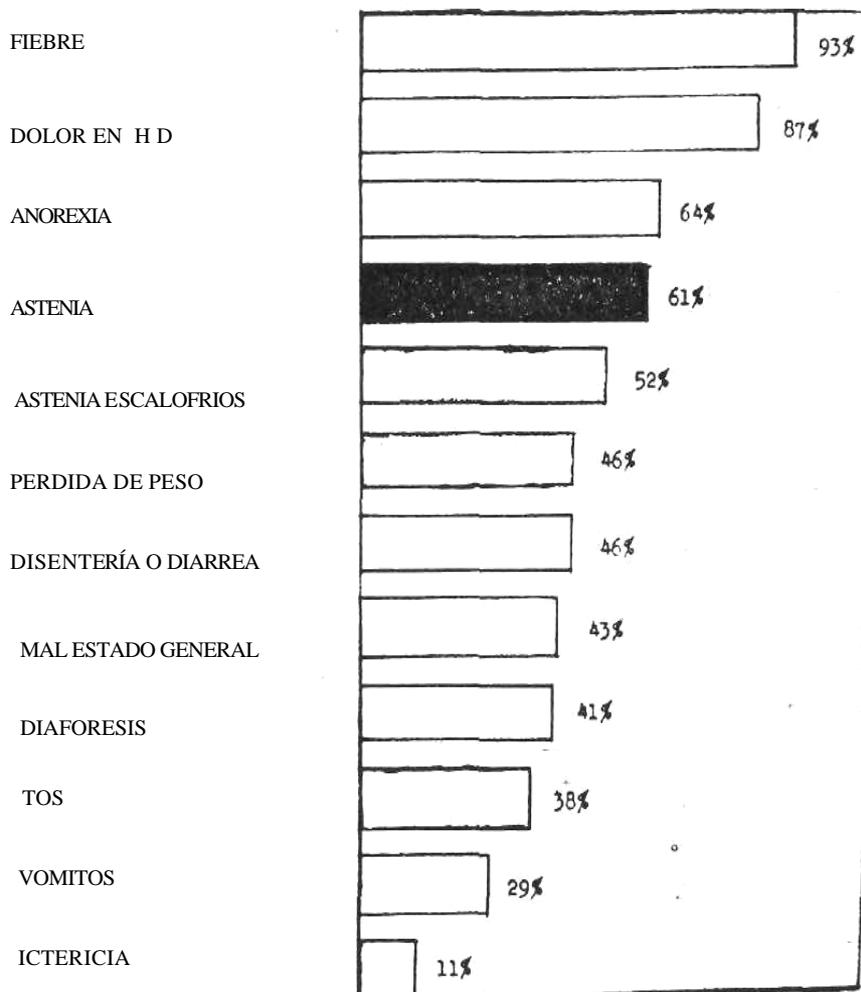
**ANTECEDENTES**

Únicamente en 13 de los casos (21%) existía el antecedente de cuadro disentérico a corto o largo plazo, hecho que está en contradicción a lo aseverado por Craig y Faust quienes dicen que tal antecedente se encuentra en el 60 a 80% de los pacientes; por el contrario Odgen y col.<sup>9</sup> en su serie lo encuentran solamente en el 9% de los casos. En 2 de nuestros casos se relataba la precedencia de un traumatismo en hipocondrio derecho.

**SINTOMATOLOGIA**

Nos parece acertada la clasificación que propone Cañedo<sup>2</sup>, dividiendo la amebiasis hepática en hepatitis, absceso agudo y absceso crónico pero estamos acordes con él que tales "no son más que estadios de un proceso evolutivo". De el punto de vista sintomatológico, revisaremos en conjunto los síntomas y signos observados en nuestros casos sin hacer tales diferenciaciones que tal vez puedan tener importancia desde un punto de vista terapéutico.

## GRÁFICA N° 3

ABSCESO HEPATICO AMEBIANOSINTOMATOLOGIA

Fiebre	57 casos	93%
Dolor en hipocondrio derecho	53 casos	87%
Anorexia	39 casos	64%
Vómitos	18 casos	29%
Ictericia referida por el paciente	7 casos	11%
Astenia	37 casos	61%
Escalofríos	32 casos	52%
Pérdida de peso	28 casos	46%
Disentería o diarrea concomitantes	28 casos	46%
Ataque severo al estado general	26 casos	43%
Diaforesis	25 casos	41%
Tos	23 casos	38%

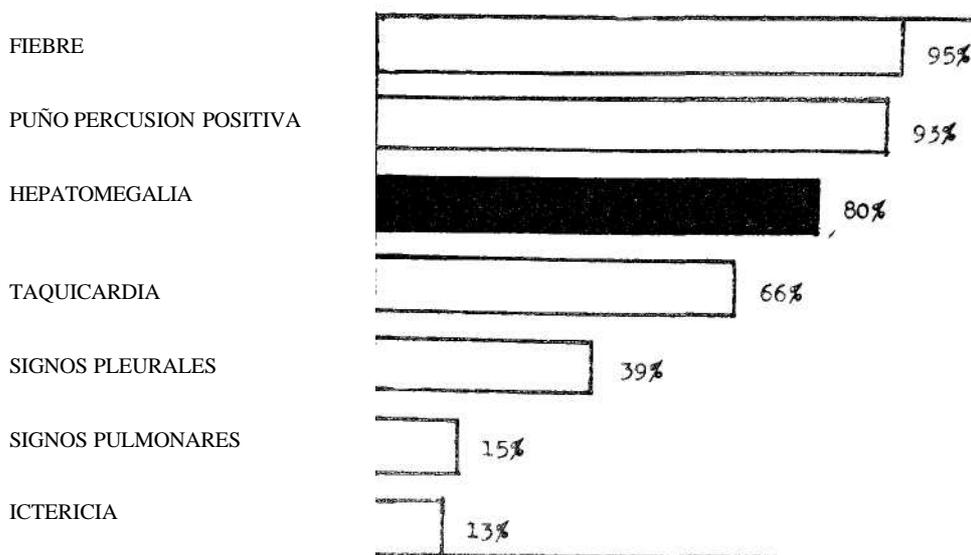
Por la anterior gráfica comprobamos que el síntoma más frecuentemente referido fue la fiebre, seguido muy de cerca por el dolor en el hipocondrio derecho. Con ligeras variantes tal cuadro se adapta al señalado por varios autores en diversas localidades.

La exploración física de los pacientes demostró el siguiente orden decreciente En los hallazgos patológicos:

#### GRÁFICA N° 4

#### A B S C E S O    H E P A T I C O    A M E B I A N O

#### H A L L A Z G O S



Fiebre	58 casos	95%
Dolor a la puñopercusión	57 casos	93%
Hepatomegalia	49 casos	80%
Taquicardia	40 casos	66%
Signos pleurales	24 casos	39%
Signos pulmonares	9 casos	15%
Ictericia	8 casos	13%

De nuevo, la fiebre viene a ocupar el primer lugar en las comprobaciones gráficas, ocupando el 2° y 3° lugar el dolor a la puñopercusión y la hepatomegalia respectivamente

#### COMPLICACIONES

En el grupo en estudio hubo 7 complicaciones por ser, así-

Ruptura espontánea a cavidad peritoneal 2 casos

Ruptura iatrogénica (punción biopsia)

1 caso

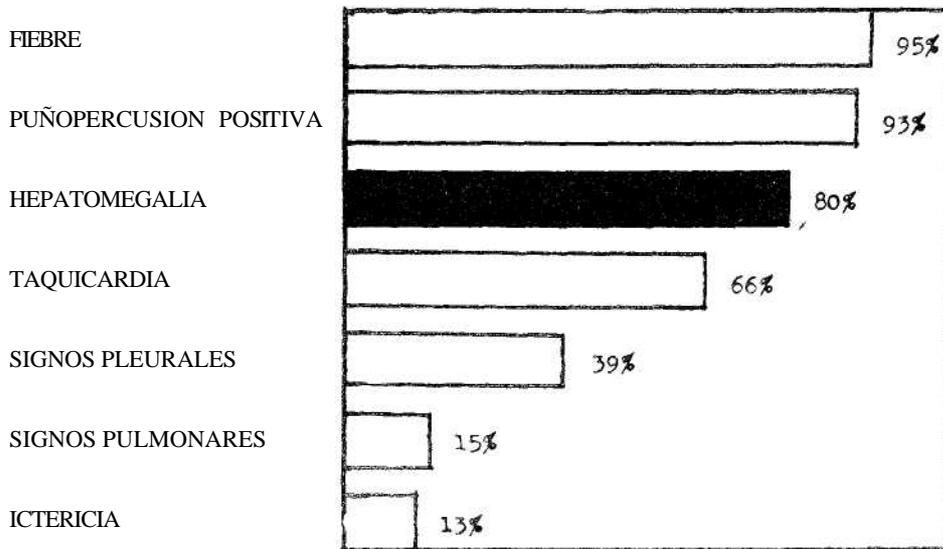
Por la anterior gráfica comprobamos que el síntoma más frecuentemente referido fue la fiebre, seguido muy de cerca por el dolor en el hipocondrio derecho. Con ligeras variantes tal cuadro se adapta al señalado por varios autores en diversas localidades.

La exploración física de los pacientes demostró el siguiente orden decreciente en los hallazgos patológicos:

#### GRAFICA N° 4

#### ABSESO HEPATICO AMEBIANO

#### HALLAZGOS



Fiebre	58 casos	95%
Dolor a la puñopercusión	57 casos	93%
Hepatomegalia	49 casos	80%
Taquicardia	40 casos	66%
Signos pleurales	24 casos	39%
Signos pulmonares	9 casos	15%
Ictericia	8 casos	13%

De nuevo la fiebre viene a ocupar el primer lugar en las comprobaciones físicas, ocupando el 2º y 3º lugar el dolor a la puñopercusión y la hepatomegalia respectivamente

#### COMPLICACIONES

En el grupo en estudio hubo 7 complicaciones por se, así:

Ruptura espontánea a cavidad peritoneal	2 casos
Ruptura iatrogénica (punción biopsia)	1 caso

Fistulización a piel .....	1 caso
Absceso subfrénico .....	1 caso
Absceso pulmonar .....	1 caso
Vómica .....	1 Caso

En otro paciente de la serie se comprobó la existencia de una uremia severa y, finalmente, en otro se instaló una septicemia.

**RADIOLOGÍA**

50 de los pacientes tenían exámenes radiológicos disponibles para su estudio y las investigaciones rontgenológicas que se habían efectuado en ellos estaban distribuidas así:

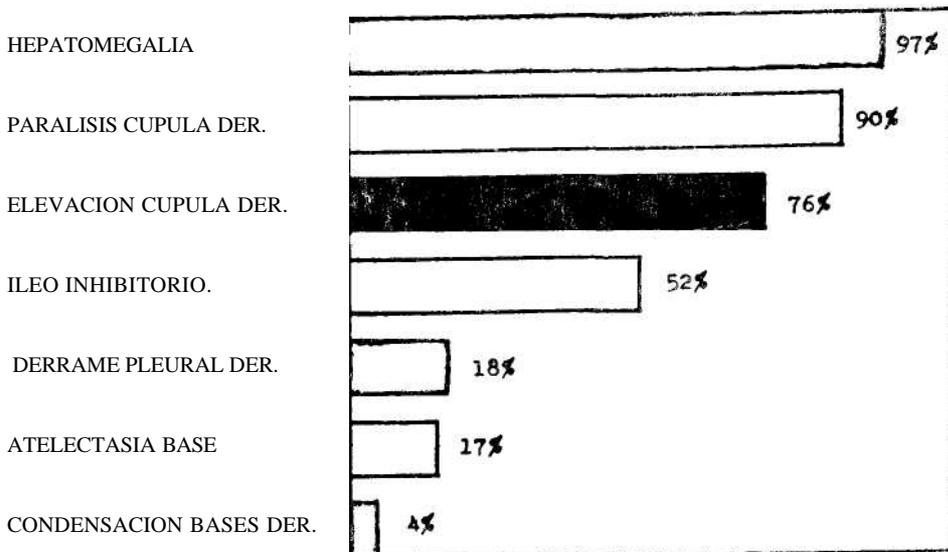
Radiografía del tórax, abdomen y fluoroscopia .....	19 casos
Radiografía del tórax y del abdomen .....	20 casos
Radiografía del tórax únicamente .....	7 casos
Radiografía del abdomen únicamente .....	4 casos

El orden de frecuencia de los cambios radiológicos encontrados fue el siguiente :

GRÁFICA N° 5

ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO

RADIOLOGÍA



Agrandamiento del área hepática .....	(42 veces en 43 casos)	97%
Parálisis de la cúpula derecha .....	(19 veces en 21 casos)	90%
Elevación de la cúpula derecha .....	(35 veces en 36 casos)	76%
Derrame pleural derecho .....	(24 veces en 46 casos)	52%
Íleo inhibitorio .....	(8 veces en 46 casos)	18%
Atelectasia base derecha .....	(8 veces en 43 casos)	17%
Condensación base derecha .....	(2 veces en 46 casos)	4%

En tres de los casos no se detectaron cambios en las radiografías del tórax ni en las del abdomen. El agrandamiento del hígado generalmente afectó a toda la glándula y sólo en 3 ocasiones el mismo estaba localizado en el lóbulo izquierdo del hígado. El derrame pleural en todos los casos fue pequeño y limitándose a obliterar el ángulo costofrenico derecho. Por lo que respecta a la parálisis de la cúpula diafragmática derecha, casi siempre fue total y sólo en dos ocasiones se trató, más bien, de paresia; en los 3 pacientes investigados que mostraron una motilidad diafragmática normal, el absceso se encontraba localizado en el lóbulo izquierdo y había evolucionado hacia la cara inferior del hígado como se probó operatoriamente. La atelectasia de la base pulmonar derecha fue casi sin excepción del tipo laminar y producida por la elevación de la cúpula diafragmática. En los casos en que se encontró un íleo inhibitorio, éste fue localizado y se manifestó por meteorismo de unas pocas asas delgadas; en uno de los casos en que se produjo ruptura del absceso hacia la cavidad peritoneal se pudo apreciar la existencia de líquido entre las asas intestinales meteorizadas.

Por regla general, cada paciente presentó varios de los cambios mencionados, siendo la asociación más frecuente la hepatomegalia, la elevación y parálisis de la cúpula diafragmática derecha y la obliteración del ángulo costofrénico derecho por un pequeño derrame pleural.

#### LABORATORIO

Desde este enfoque el examen de los protocolos reveló las siguientes comprobaciones:

a) CONTAJE DE BLANCOS:	De 5.250 a 10.000 mm <sup>3</sup> .....	15 casos
	De 10 a 15.000 mm <sup>3</sup> .....	25 casos
(Datos de 55 casos)	De 15 a 20.000 mm <sup>3</sup> .....	9 casos
	Arriba de 20.000 mm <sup>3</sup> .....	6 casos
b) FORMULA LEUCOCITARIA:	Neutrófilos entre 60 a 70% .....	10 casos
	Neutrófilos entre 70 a 80% .....	20 .casos
(Datos de 53 casos)	Neutrófilos entre 80 a 90% .....	20 casos
	Neutrófilos sobre del 90% .....	3 casos

c) EXAMEN DE HECES: fue efectuado solamente en 46 casos usando el método directo; de estos exámenes sólo 5 fueron, positivos por *Endamoeba histolytica* (13%), en 6 ocasiones no se encontraron parásitos y en todos los restantes se evidenció la existencia de varios otros (*Ascaris lumbricoides*, *Necator americano*, *Giardia lamblia*, etc.)

d) PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPÁTICO: en 19 casos se practicó la Reacción de Hanger, resultando positivas en 17:

+	.....	3 casos
++	.....	9 casos
+++	.....	2 casos
++++	.....	3 casos

En índice icterico se determinó en 24 casos con el siguiente resultado:

De 0 a 10 Unidades .....	17 casos
De 11 a 20 Unidades .....	5 casos
Arriba de 20 Unidades .....	2 casos

---

e) OTRAS DETERMINACIONES: Se practicaron dosificaciones de *Proteínas Totales* en 15 casos, encontrándose menos de 6 gm. en 8 oportunidades y más de 6 gm. en 7. La dosificación de *glucosa* se hizo en 4 casos, resultando un caso de hipoglicemia, 10 de ortoglicemia y 3 de hiperglicemia leve. Solamente en 4 casos se dosificó el *colesterol*, encontrándose dos casos por debajo de 97 mgm / 100cc, 1 de cifras normales y otro de 245 mgm./100 cc. La fosfata alcalina se practico en 4 casos resultando todos con valores normales. Hay *estudios anatomopatológicos* en 5 casos 1: punción -biopsia informando proceso inflamatorio agudo con leve esteatosis 1 biopsia vesicular informada como proceso inflamatorio agudo perivesicular y 3 biopsias quirúrgicas en las que se diagnosticó proceso inflamatorio necrotizante; en ninguna de las biopsias se pudo demostrar amibas.

Comentando los hallazgos laboratoriales de nuestra serie podremos decir que los resultados guardan paralelo a lo informado por la literatura extranjera en lo relacionado con la leucocitosis, y la neutrofilia Nos parece que el porcentaje de heces positivas por *E. histolytica* es muy bajo pero hay que recordar que sólo se usó el método directo y no se practicaron exámenes seriados ni proctosigmoidoscopias; la literatura consultada 9-17-19 informa cifras que oscilan entre el 4.4 y el 77.7%; por tanto, se acepta que la ausencia de *E. histolytica* en las heces no es evidencia en contra de absceso hepático amebiano. En lo relacionado con las pruebas de funcionamiento hepático, Cañedo<sup>3</sup> establece la graduación entre hepatitis, absceso agudo y absceso crónico en las que de funcionamiento normal pasa a alteración moderada y llega a alteración importante; Ducci<sup>1</sup> asegura que las pruebas de funcionamiento hepático "pueden estar de cualquier manera" y que lo único preciso es que el absceso hepático amebiano es poco icterígeno. Hernández de la Portilla et al. 6, en un estudio metódico de la fosfatasa alcalina en 113 enfermos de absceso hepático amebiano llegan a la conclusión que ésta se eleva en el 70% del grupo total de los absceso, y en el 80% de los casos de absceso crónico y que el descenso de la misma no cursa paralelo al descenso de la fiebre, ni al descenso de la leucocitosis y si cuando se extrae el pus del absceso; el mismo autor informa que la prueba más sensible fue la retención de la bromosulfaleína que se alteró en las 4/5 partes de los casos En lo referente a biopsia hepática, Keely y col. <sup>7</sup> aseveran que es un medio promisorio de diagnóstico definitivo ya que en su informe preliminar aseguran que detectaron las amibas en 7 de 10 especimenes.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico correcto de la enfermedad se hizo en 34 de los 61 pacientes en el momento de su admisión en el hospital (55.73%). En 27 oportunidades, se admitieron con una variada gama de diagnósticos, así:

Colecistitis aguda	14 casos
Apendicitis aguda	3 casos
Derrame pleural derecho	2 casos
Fiebre tifoidea	2 casos
Cáncer del hígado	1 caso
Absceso subfrénico	1 caso
Hipernefroma	1 caso
Malaria	1 caso
Litiasis renal	1 caso
Hepatitis viral	1 caso

En 9 oportunidades en este último grupo se apuntó en la admisión como segunda posibilidad el absceso hepático amebiano Cabe apuntar que en varios

casos el diagnóstico correcto no se efectuó sino después de muchos días de internamiento: 2 casos admitidos en un Servicio de Medicina estuvieron sin diagnóstico apropiado por 33 días en una ocasión y 52 en otra; del mismo Servicio se hicieron 2 traslados al de Cirugía con el diagnóstico de Colecistitis Aguda que al ser intervenidos demostraron ser abscesos hepáticos amebianos; un caso primitivamente internado en cirugía fue intervenido con diagnóstico de hipernefoma después de 34 días de internamiento. Se traen estos ejemplos extremos para dejar constancia que no es siempre sencillo efectuar el diagnóstico correcto a pesar del estudio, de observación prolongada y de la ayuda de los medios complementarios

### TRATAMIENTO

Después de su admisión, los pacientes fueron dirigidos a Servicios Médicos y Quirúrgicos, así:

A. —Ingresaron directamente a Cirugía	20 casos
B. —Ingresaron directamente a Medicina .....	41 casos

De este último grupo, 14 fueron posteriormente trasladados al primero por las razones expuestas a continuación:

a. —Por cuantía del absceso o inminencia de ruptura	8 casos
b —Por ruptura intraperitoneal espontánea	2 casos
c —Por ineficacia del tratamiento médico	1 caso
d —Por punción accidental e inundación peritoneal	1 caso
e —Con otro diagnóstico	2 casos

De los ingresados primitivamente a Cirugía hubo 1 caso que fue tratado en ese servicio exclusivamente con fármacos dando, por tanto, la siguiente división en cuanto a la vacante de tratamiento instituido:

1—Recibieron tratamiento médico conservador	28 casos (45,90%)
2—Recibieron tratamiento quirúrgico complementado con tratamiento medicamentoso	33 casos (54,09%)

### A—TRATAMIENTO MEDICO CONSERVADOR

Este consistió en el uso de los fármacos especificados en el siguiente cuadro:

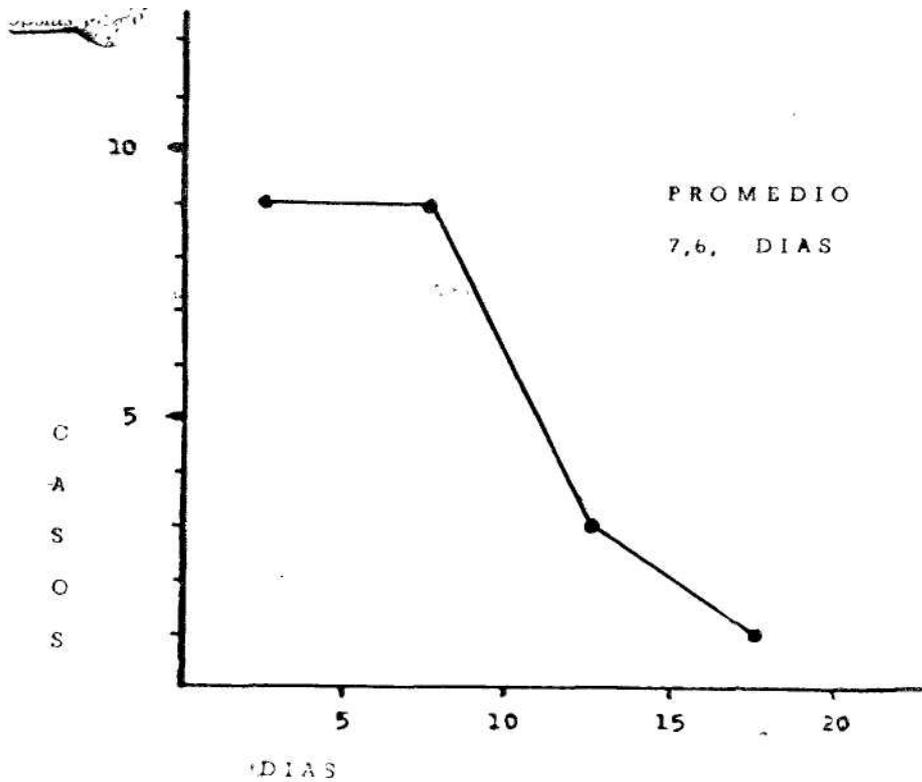
Ernetma	0 casos
Emetina y Cloroquina	13 casos
Emetina, Cloroquina y Amebicidas Intestinales	8 casos
Emetina, Cloroquina y Antibióticos	4 casos
Emetina, Cloroquina, Antibióticos y Amebicidas Intestinales	3 casos

La normalización de la temperatura en los casos tratados médicamente está detallada en la siguiente gráfica:

## GRAFICA N° 6

ABSCESO HEPATICO AMEBIANO  
CASOS MEDICOS

## FORMALIZACION DE LA TEMPERATURA



De 1 a 5 días .....	9 casos
De 6 a 10 días .....	9 casos
De 11 a 15 días .....	3 casos
De 16 a 20 días .....	1 caso
Alta con fiebre .....	1 caso
No consignados .....	2 casos
Fallecimientos .....	3 casos

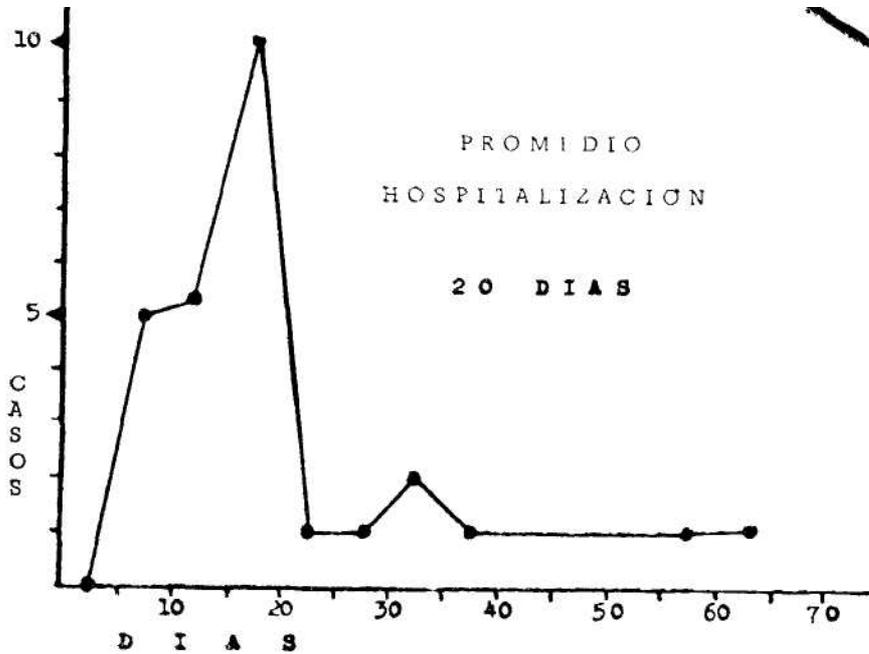
El promedio de días en que la temperatura logró normalizarse fue de 7,6 días.

Los pacientes tratados exclusivamente con fármacos permanecieron internos, en el hospital los días especificados en la siguiente gráfica.

## GRÁFICA N° 7

ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO.

## CASOS MEDICOS



De 0 a 5 días	0 casos
De 6 a 10 días	5 casos
De 11 a 15 días	6 casos
De 16 a 20 días	10 casos
De 21 a 25 días	1 caso
De 26 a 30 días	2 casos
De 36 a 40 días	1 caso
De 55 a 60 días	1 caso
De 61 a 65 días	1 caso

Extraemos de ese cuadro la conclusión que la permanencia hospitalaria del grupo médico fue de 20 días

La evolución hospitalaria de este grupo queda consignada en el cuadro que a continuación se expone

A—Curados	19 casos
B—Mejorados	4 casos
C Igual estado	2 casos
D—Muertos	3 casos

Lo<sub>3</sub> 3 casos de fallecimiento dan al grupo una mortalidad de 10,71%

## B. —TRATAMIENTO QUIRURGICO:

La intervención quirúrgica no fue el tratamiento inicial en todos los casos: en 21 de los 33 casos el tratamiento de ataque fue el quirúrgico y en los restantes se inició tratamiento médico que, o bien no fue operante o bien, en el curso del mismo, se presentaron complicaciones que hicieron imperioso y hasta urgente la intervención operatoria.

El tratamiento quirúrgico consistió esencialmente en el drenaje del "pus" y las diversas técnicas usadas para este fin quedan consignadas en el siguiente cuadro:

### A. —DRENAJE ABIERTO (LAPAROTOMÍA):

a. —Trocar con inserción de Sonda de Nélaton .....	13 casos
b.—Colocación de Dreno de Penrose .....	8 casos
c.—Colocación de Sonda de Nélaton .....	5 casos
d.—Vía extraperitoneal (Ligamento suspensorio) .....	1 caso

### B.—DRENAJE CERRADO PERCUTANEO:

a.—Abdominal .....	3 casos
b.—Torácico .....	3 casos

La anestesia empleada en los 33 casos está detallada a continuación:

Anestesia local .....	3 casos
Anestesia raquídea .....	1 caso
Anestesia general endotraqueal .....	29 casos

En esta última se emplearon los siguientes fármacos:

Pentotal, Surital o Brietal + Éter + O <sub>2</sub> .....	25 casos
Ciclopropano + Éter + O <sub>2</sub> .....	2 casos
Viadril + N <sub>2</sub> O .....	1 caso
Pentotal + N <sub>2</sub> O.....	1 caso

En los 27 casos en que se practicó laparotomía se comprobó que en todos los casos el absceso era único, que en 23 oportunidades estaba localizado en el lóbulo derecho y que sólo en 4 ocasiones se ubicó en el lóbulo izquierdo.

Nunca empleamos la punción percutánea ni con fines diagnósticos ni terapéuticos. Con Canedo<sup>2</sup> pensamos que no es aconsejable el empleo de la punción: su indicación es, más bien, excepcional. Su empleo implica peligro: 1) posibilidad de contaminación microbiana del absceso amebiano y 2) posible goteo o ruptura intraperitoneal. Consideramos que su ejecución es menos peligrosa cuando el absceso, merced a adherencias, ha logrado aislarse del peritoneo y hacer prominencia en <sup>a</sup> pared abdominal o costal.

El "pus" obtenido mediante el drenaje quirúrgico presentó variaciones en su cuantía, siendo las cantidades más frecuentemente registradas al practicar el vaciamiento inicial las que giran alrededor de 1.000 ce; como cifras extremas encontramos un caso de 40 y otro de 3.000 ce.

También hubo variación en lo relacionado con la coloración y con el examen laboratorial del "pus". Tales variantes quedan asentadas en el siguiente cuadro:

COLOR DEL "PUS"	E. HISTOLYTICA	PIOGENOS SIN INFORME
<b>ACHOCOLATADO</b>		
En 5 casos	Positiva	
En 3 casos	Positiva	O
En 2 casos	Positiva	Positivo
En 1 caso	O	O
En 7 casos		X
<b>AMARILLO</b>		
En 1 caso	Positiva	
En 1 caso	Positiva	O
En 1 caso		X
VERDOSO	3	X
VINO TINTO	: 2	
En 1 caso	Positiva	
En 1 caso		X
NO SE CONSIGNA	: 7	
En 2 casos	O	O
En 1 caso	O	
En 4 casos		X

De los datos anteriores concluimos-

a) en mas de la mitad de los casos el "pus" tuvo el color que clásicamente se le asigna,

b) en los 17 casos en que se tiene el informe labora torial testimonéando que se investigó E histolytica, ésta se evidenció en 13 oportunidades (76%) pero en ano de éstos el análisis fue positivo hasta el 4º días postoperatorio y

c) en casi la mitad de los casos no se encontró el informe laboratorial, a pesar de que existe constancia en los protocolos de que la muestra fue enviada para su examen en muchas oportunidades

Creemos que hemos sido afortunados, al obtener un alto porcentaje de positividad ya que Patterson y col<sup>10</sup> en 10 Oportunidades no pudieron evidenciar el parásito en el "pus" aspirado, en cambio, otros autores<sup>18</sup> informan haber obtenido un mayor porcentaje

El tratamiento médico a que fueron sometidos los Casos quirúrgicos se especifica en el cuadro siguiente

CASO	EMETINA	CLOROQUINA	TETRACICLINA	OTRO	RECURRENCIA
1	0,36 gm.	.....	.....	.....	.....
2	.....	4,90 gm.	.....	.....	.....
3	.....	6,35 "	.....	.....	.....
4	.....	6,60 "	.....	.....	.....
5	.....	8,80 "	.....	.....	.....
6	.....	9,75 "	.....	.....	.....
7	.....	10,00 "	.....	.....	.....
8	.....	10,00 "	.....	.....	.....
9	.....	13,00 "	.....	.....	Si
10	.....	.....	5.000 mgm.	.....	Si
11	.....	.....	16.000 "	.....	Si
12	.....	.....	.....	Penicilina 2,7 millon.	Si
13	.....	.....	.....	Clorafenicol 6 gm.	Si
14	0,24 gm.	1,70 gm.	.....	.....	.....
15	0,24 "	6,65 "	.....	.....	.....
16	0,24 "	4,00 "	.....	.....	.....
17	0,30 "	3,75 "	.....	.....	.....
18	0,36 "	6,50 "	.....	.....	.....
19	0,36 "	8,25 "	.....	.....	.....
20	0,36 "	12,40 "	.....	.....	.....
21	0,24 "	.....	7.500 mgm.	.....	.....
22	0,30 "	.....	16.000 "	.....	.....
23	.....	1,90 gm.	2.500 "	.....	.....
24	.....	2,20 "	2.300 "	.....	.....
25	.....	4,35 "	6.000 "	.....	.....
26	0,20 gm.	1,50 "	8.000 "	.....	.....
27	0,20 "	6,75 "	3.000 "	.....	.....
28	0,20 "	7,35 "	26.000 "	.....	.....
29	0,36 "	1,45 "	5.750 "	.....	.....
30	0,36 "	3,15 "	6.000 "	.....	.....
31	0,36 "	4,00 "	2.000 "	.....	.....
32	0,36 "	5,00 "	2.200 "	.....	.....
33	0,36 "	8,70 "	1.500 "	.....	.....

Tratando de sacar conclusiones de los datos consignados en el cuadro anterior podemos establecer dos grupos según se haya usado un solo fármaco o una combinación de ellos:

A—En los tratamientos basados en el uso de un solo fármaco'

- a—La emetina se usó en 1 caso sin recurrencia (0%)
- b—La tetraciclina se usó en 2 casos con 1 recurrencia (50%)
- c—La cloroquina se usó en 8 casos con 1 recurrencia (12%)
- d—Otros se usaron en 2 casos con 2 recurrencias (100%)

B—En los tratamientos mixtos

- a—La emetina y la cloroquina se usaron en 7 casos si recurrencia (0%)

- c.—La cloroquina y la tetraciclina se usaron en 3 casos sin recurrencia (0%)
- d.—La emetina, la cloroquina y la tetraciclina se usaron en 8 casos sin recurrencia (0%)

Creemos que los subgrupos que solo constan de un caso sin importar el éxito logrado deben excluirse por lo falaz que pueden ser las conclusiones. Con esta salvedad, consideramos que el grupo de los tratados con un solo fármaco tiene el primer puesto la cloroquina y que en el grupo de los tratamientos mixtos la asociación emetina-cloroquina fue la más ventajosa. Esta apreciación coincide con la conclusión a que llegan Wilmot y col.<sup>21</sup>, quienes trataron un grupo de pacientes solo con cloroquina y a otro con emetina más cloroquina: las respuestas iniciales fueron "satisfactorias en ambos, sin embargo, el grupo tratado únicamente con cloroquina presentó un 21% de recurrencia, en tanto que el otro no tuvo ninguna. El mismo autor<sup>20</sup>, en una publicación previa había concluido que la emetina como único tratamiento de la amebiasis hepática era inadecuada Sadum y col.<sup>31</sup> usando Aureomicina y Terra micina por vía oral a intravenosa, obtuvieron fracasos en el 53% de sus casos; posteriormente usaron emetina o cloroquina en ellos con lo que se obtuvo la curación de la enfermedad por lo que concluyen "que los resultados fueron definitivamente inferiores a los obtenidos con la emetina o la cloroquina". Creemos que en los demás casos en que se han usado otros fármacos, además de la emetina y la cloroquina., el buen suceso ha sido debido a cualquiera de estos dos y no al nuevo medicamento añadido, si hacemos la salvedad de que si es un antibiótico de amplio espectro, su valor es indiscutible en el absceso hepático amebiano secundariamente infectado, donde su indicación es obligatoria. Queremos dejar constancia que en 3 casos ocurridos en 1958, se efectuó un tratamiento que posteriormente no se ha vuelto a emplear: el mismo consistía en lavados diarios de la cavidad del absceso a través de la sonda de Nélaton utilizando solución salina isotónica, que era seguida por la introducción de 100 a 500 mgm de Terramicina en solución para retener por 8 horas., al cabo de las cuales se conectaba succión continua; este tratamiento se prolongaba por 5 a 15 días. Simultáneamente se administraba oral o parenteralmente dosis terapéuticas del mismo fármaco y, de manera inadecuada, se agregó cloroquina o emetina Esta conducta terapéutica no demostró acortamiento de la hospitalización ni mejoría que no pudiera achacarse al mero drenaje y, además, en 2 de esos casos se presentaron recurrencias a corto o largo plazo No tenemos experiencia con el uso de Resortes que tan buenos resultados le ha brindado a So<sup>18</sup>, combinando la punción aspiradora del pus, seguida de la instalación del fármaco en la cavidad y complementada con el uso oral del mismo amebicida

El tratamiento medicamentoso que actualmente se acostumbra en nuestro medio está basado en el empleo de la cloroquina (fosfato), sola o combinada a la emetina. La cloroquina se da preferentemente por vía oral, ya que una vez absorbida por vía porta llega directamente al parénquima hepático; sin embargo, en los primeros días postoperatorios solemos recurrir a la vía intramuscular (100 mgm diarios o cada 12 horas, según la gravedad del caso), que es substituida por la oral en cuanto el paciente está en capacidad de utilizarla; de no haber imposibilidad gástrica seguimos la pauta de dar 750 a 1500 mgm. diarios los dos primeros días con objeto de obtener saturación y, luego, esa dosis se reduce a 500 mgm. diarios o por 2 ó 3 semanas. La emetina, en forma de clorhidrato se da a la dosis de 0.04 a 0.06 gm. en inyecciones intramusculares diarias, en cursos de 6 días. Simultáneamente usamos un amebicida de acción intestinal Recientemente se ha utilizado un nuevo compuesto sintético, la dehidroemetina, que tiene propiedades semejantes al clorhidrato de emetina pero que ha probado ser menos tóxico por ser excretado rápidamente. Nosotros no tenemos experiencia con tal compuesto pero de acuerdo con Powell y col.<sup>u</sup> su eficacia es semejante a la de la emetina, sin ser superior a la misma ya que su rápida eliminación va en detrimento de una concentración terapéutica en los tejidos.

Como complemento de la intervención quirúrgica conectamos la sonda de Nélaton a un tubo cuyo extremo libre introducimos en un frasco colocado a nivel del suelo, donde el "pus" se colecta por gravedad; hemos encontrado ventajoso conectar este tubo a un aparato de succión continua, con lo cual se obtiene una más rápida y sostenida evacuación.

El drenaje se mantiene mientras está cumpliendo su cometido mientras haya constancia radiológica en placa simple tomada después de 24 horas de pinzamiento del tubo que la cavidad se llena parcial o totalmente de detritus, mientras persiste la elevación de la cúpula diafragmática y mientras, con el anterior pinzamiento, hay reaparición del dolor o de elevación térmica. No creemos conveniente el uso de medio o contraste inyectado en la cavidad como pauta para quitar o dejar la canalización ya que el resultado que se obtenga medirá la amplitud de aquélla pero no medirá la actividad de la pared del absceso; aún hay más, en 2 de los casos del grupo se practicó tal procedimiento cuando se creía conveniente la eliminación de la sonda por ausencia de fiebre, desaparición del dolor., restablecimiento del área hepática y negatividad de la succión: en ambos casos reapareció la fiebre hubo intenso dolor en hipocondrio y dolor a la palpación superficial con resistencia en el cuadrante superior derecho.

En el postoperatorio inmediato no se comprobó ninguna complicación a no ser el íleo inhibitorio habitual a toda intervención abdominal; aún en los casos en que hubo contaminación peritoneal generalizada por ruptura del absceso, este íleo fue vencido al 2º o 3er. día postoperatorio.

De 1 a 5 días.....	23 casos
De 6 a 10 días.....	5 casos
De 11 a 15 días.....	1 caso
De 16 a 20 días.....	1 caso
Alta aun febril.....	2 casos
Murió febril.....	1 caso

A este respecto debemos concluir:

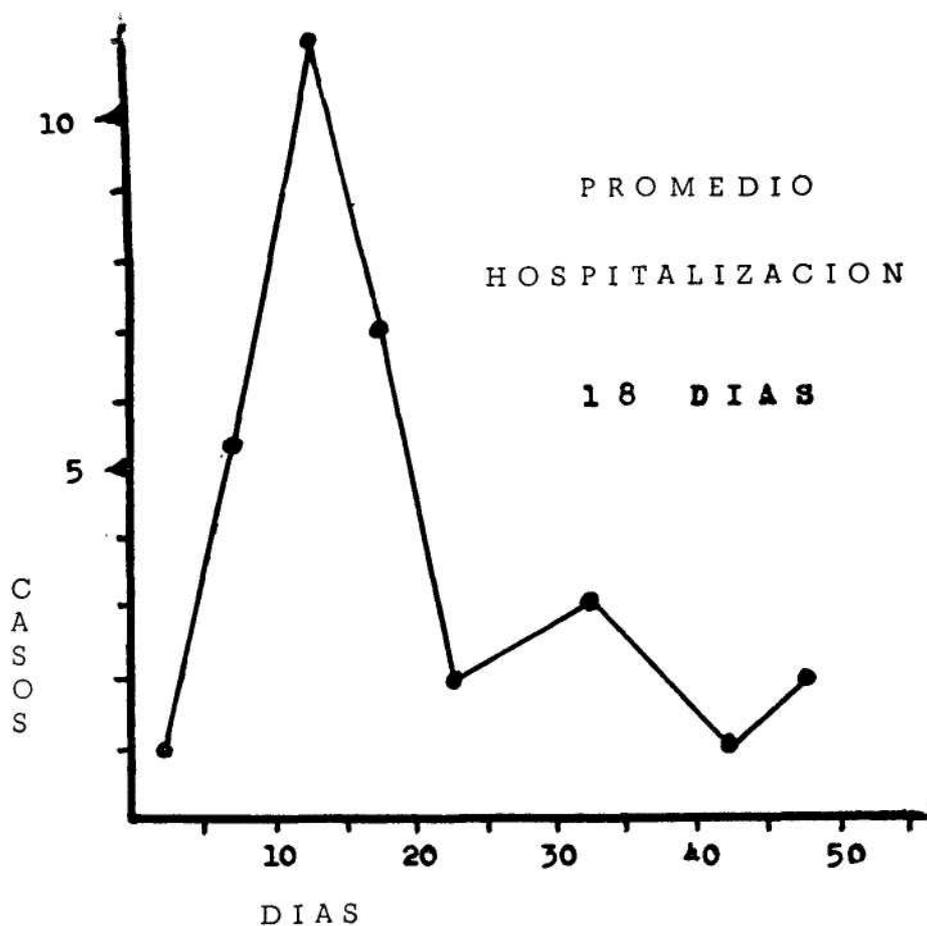
a) que la normalización de la temperatura se efectuó frecuentemente en los 5 primeros días después de efectuado el drenaje (69,70%).

b) que el promedio de normalización de la misma fue de 4,1 días.

Los días que permanecieron internados los pacientes después de efectuado el drenaje quirúrgico se detalla en la siguiente gráfica:

A B S C E S O   H E P Á T I C O   A M E B I A N O

C A S O S   Q U I R Ú R G I C O S



De 0 a 5 días	1 caso
De 6 a 10 días	6 casos
De 11 a 15 días	11 casos
De 16 a 20 días	7 casos
De 21 a 25 días	2 casos
34 días	3 casos
43 días	1 caso
47 días	2 casos

El 54% de los pacientes abandonó el hospital dentro de los 15 días siguientes al drenaje quirúrgico, el 78% dentro de los primeros 20 días y se obtuvo un promedio de hospitalización y postdrenaje de 18 días

La condición del paciente al momento de su egreso fue la siguiente

A—Curados	26 casos
B—Mejorados	6 casos
C—Muertos	1 caso

A algunos de estos pacientes se les suministró medicamento para que continuaran su tratamiento en el sitio de su residencia, a otros se les cito para concurrir al Consultorio y a otro ¿se les dio por completado su tratamiento médico El caso de fallecimiento fue inicialmente tratado en un Servicio de Medicina, pero no respondió al mismo, se trasladó a Cirugía donde se dreno y se continuo el tratamiento inicial, informan las notas de su protocolo que sobrevino una infección secundaria. Se formaron escaras y probablemente, murió por septicemia. Este deceso da al grupo de los casos quirúrgicos de absceso hepático amebiano una mortalidad de 3,03% Informan Sepúlveda y col<sup>17</sup> que del grupo que estudiaron, 19 fueron drenados y de ellos murieron 5 (26% de mortalidad) aclaran que el procedimiento quirurgo por sí no aumentó la mortalidad y creen que la misma estuvo acondicionada por 1 gravedad de los pacientes y por la existencia de complicaciones En contra de lo aseverado por Strong<sup>19</sup>, las inundaciones peritoneales ocurridas en nuestros caso no fueron fatales

En este grupo quirúrgico logramos coleccionar 5 recurrencias que ocurrieron entre 2 y 10 meses después del egreso de los pacientes De ellos, 3 regresaron con nuevo absceso y 2 con fisturización por orificio de drenaje, así mismo 2 de ellos habían recibido tratamiento postoperatorio apropiado y los otros 3 lo recibieron de manera incompleta o inadecuada De estas recurrencias, 3 fueron reintegradas quirúrgicamente y lo., restantes recibieron únicamente tratamiento médico conservador De este grupo de recurrencias sólo se tiene constancia de una recurrencia posterior manifestada por fistulización a nivel del sitio de emergencia de la canalización de la segunda intervención. Esto da al grupo quirúrgico un porcentaje de 15,15 de recurrencia Esta cifra es superior a la de Sepúlveda (6.33%) quien asegura<sup>1</sup> que el criterio de curación de la enfermedad debe ser provisional después de terminado el tratamiento Tenemos que tomar en cuenta que los pacientes tratada conservadoramente tuvieron la opción de ser seleccionados los que eran de grandes dimensiones, los que habían tenido una larga evolución, los que estaban fraguando una salida al exterior, los que no respondieron al tratamiento médico y los que presentaron complicaciones fueron trasladados a Cirugía De este modo el Servicio Quirúrgico, además de recibir sus propios casos se le adjudicaron 14 mas en los que se consideró que el tratamiento médico exclusivo no lograría solucionar o probar que era inoperante Lógico es, por tanto que le hayan llegado los casos mas graves, los más intensamente afectados y, tal vez, hasta resistente a la acción de los fármacos conocidos, como amebicidas extraintestinales.

### CONSIDERACIONES SOBRE TRATAMIENTO

Vamos a tratar de señalar las ventajas y las inconveniencias del tratamiento médico exclusivo y del tratamiento quirúrgico asociado al medicamentoso.

#### A.- Tratamiento Medico Conservador

Como *ventaja* del mismo tenemos que mencionar una rápida respuesta en los casos de hepatitis o de abscesos hepáticos amebianos iniciales. Nuestra investigación no ha demostrado que con él la temperatura se normalice más pronto que la hospitalización se aminore ni que la mortalidad sea más baja.

Como *inconveniencias* del tratamiento médico exclusivo cabe apuntar las siguientes :

1. —Margen de duda en cuanto a la certeza del diagnóstico final en los casos que se obtiene respuesta terapéutica favorable.

2.—Pérdida de tiempo en los casos de absceso hepático amebiano en quienes se instituye terapéutica específica con respuesta negativa, bien por cuantía o cronicidad del absceso, bien por complicaciones, bien por el deterioro del estado general o bien por una resistencia del agente etiológico ante el fármaco empleado.

3. —Pérdida de tiempo en los casos en que se hace el diagnóstico erróneo del absceso hepático amebiano, se inicia tratamiento específico y no se obtiene ninguna mejoría.

4. —Imposibilidad de saber si un absceso hepático amebiano está secundariamente infectado.

5. —Si se sospecha una infección secundaria del absceso hepático amebiano y se instituye terapéutica antibiótica de amplio espectro junto con la administración de amebicidas extraintestinales y, merced a esta conjunción medicamentosa, se obtiene la curación de la dolencia, quedará la incertidumbre de haber curado un absceso hepático secundariamente infectado o haber logrado la curación de abscesos hepáticos piógenos o cualquiera otra afección infecciosa.

#### B. —TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Como *ventajas* se exponen las siguientes:

1. —Comprobación del diagnóstico clínico mediante la visualización del absceso, su ubicación, su número y posibles complicaciones.

2. —Posibilidad de comprobar el agente etiológico, la probable contaminación secundaria o la cualidad de "estéril" del "pus".

3. —Ante un diagnóstico clínico errado rectifica el mismo y, en los casos en que es posible, inmediatamente corrige el mal.

4. —Conlleva una rápida recuperación general y local, aún en los casos de larga evolución o que han presentado complicaciones, mediante la rápida eliminación del "pus".

5. —La hospitalización de los pacientes se ve acortada dando un promedio exclusiva, de internamiento menor que la obtenida en los casos tratados con fármacos en forma

6. —En nuestros grupos estudiados demostró una menor mortalidad.

A su vez tiene *inconvenientes* como son someter a un paciente con estado general deteriorado a la acción deletérea del trauma anestésico y operatorio y la constatación de recurrencias en el grupo objeto de estudio. Sin embargo., nunca hubo complicación o factor de mortalidad que pudiera ser achacado directa o indirectamente a los traumas antes mencionados y en cuanto a las recurrencias hay que apuntar que en algunas de ellas no se hizo un tratamiento medicamentoso postdrenaje adecuado y que en las otras se olvidó tratar la amebiasis intestinal.

Nos parece apropiado establecer las siguientes conclusiones sobre tratamiento de la dolencia en revisión:

I—Las hepatitis y los abscesos hepáticos amebianos iniciales son tributarios de un tratamiento médico exclusivo.

II. —Los abscesos establecidos ameritan ser atacados médicamente y de no obtenerse una respuesta favorable en un tiempo prudencial, deben ser tratados quirúrgicamente.

III. —Los abscesos hepáticos amebianos de larga evolución, los que demuestran tendencia a la ruptura externa o los que presentan complicaciones (ruptura intraperitoneal, abscesos subfrénicos, empiema pleural, etc.) deben ser atacados primitivamente por la vía quirúrgica.

IV. —Tanto los casos médicos como los quirúrgicos deben ser tratados con fármacos que hayan demostrado su poder amebicida extraintestinal, en las dosis y tiempo que la experiencia haya probado su efectividad e inocuidad.

V. —No olvidar que el absceso hepático amebiano es una complicación de la amebiasis intestinal y que, por tanto, debe emplearse simultánea o posteriormente un amebicida de acción intestinal.

### CONCLUSIONES

1. —En nuestra casuística el absceso hepático amebiano fue más frecuente en el sexo masculino (88.53%).

2. —Las décadas más frecuentemente afectadas fueron la 3<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup> y 5<sup>a</sup> (88.52%).

3. —Su procedencia fue de casi toda la República, pero la mayoría se originó en la capital (57,37%).

4. —Aproximadamente la mitad de los casos tenían una evolución de 1 a 2 semanas (47.37%), pero el mayor volumen se encontró en los que habían evolucionado entre 1 semana y 2 meses (85,24%).

5. —Sólo en el 21% de los casos se comprobó la existencia de un antecedente disentérico.

6. —Los síntomas más frecuentemente acusados fueron fiebre (93%), dolor en hipocondrio derecho (86%) y anorexia (64%).

7. —Los hallazgos físicos más constantes fueron fiebre (95%), dolor a la puño-percusión (93%) y hepatomegalia (80%).

8. —Los hallazgos radiológicos más a menudo asociados fueron hepatomegalia (97%), parálisis (90%) y elevación de la cúpula diafragmática derecha (76%) y obliteración del ángulo costofrénico derecho (52%).

9. —Los hallazgos laboratoriales más comunes fueron leucocitosis (72%), habiendo sido las cifras más frecuentes las que oscilaban entre 10.000 y 15.000 por

mm<sup>3</sup>, y neutrofilia (81%) con igual número de casos en los que fluctuaban entre 70 a 80% y entre 80 y 90%.

10. —Su diagnóstico no siempre fue fácil y a menudo se confundió con otras Enfermedades, especialmente colecistitis agudas.

11.- En los casos iniciales o no complicados el tratamiento médico exclusivo fue efectivo en forma adecuada.

12. —En los casos de fracaso del anterior, en los abscesos de larga evolución, los que tenían tendencia a la ruptura externa o los que habían presentado complicaciones, el tratamiento quirúrgico complementado con el médico fue notoriamente beneficioso, con una más pronta caída de la fiebre, un promedio de internación menor y una más baja mortalidad que la obtenida en los casos tratados exclusivamente con fármacos.

### RESUMEN

1. —Se hace una revisión de los casos de absceso hepático amebiano ocurrido en los hospitales de Tegucigalpa Honduras, en un lapso de 5-1/2 años.

2. —Se analizan las condiciones etiológicas generales, la sintomatología., la ayuda suministrada por los medios complementarios y las dificultades diagnósticas.

3. —Se enfoca el tratamiento estableciendo comparación entre el tratamiento médico exclusivo y el quirúrgico complementado con el medicamentoso.

4. —Se extraen conclusiones.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. —AMIBIASIS: G. E. N., 15: 15-32, 1960.
2. —CANEDO ACOSTA, J.: Amebiasis hepática. Variedades clínicas. Prensa Méd. Méx., 27: 65-9, 1962.
- 3.—CRAIG, C. F. & FAUST, E. C: Clinical Parasitology, Lea & Febiger, Philadelphia, 1951.
4. —GARCÍA MARTÍNEZ, J.: Amebic liver abscess: Rev. Kuba Med. Trop., 16: 37, 1960.
- 5.—GUTIÉRREZ L., R.: Abscesos hepáticos. Presentación de 48 casos. VII Jornada Médica Nacional, San Pedro Sula, Honduras, 1960.
6. —HERNÁNDEZ DE LA PORTILLA, R. y DE LEÓN, A.: Estudios de la fosfatasa alcalina en enfermos con absceso hepático amebiano. Gac. Med. Mex., 93: 145-57, 1963.
- 7.—KEELEY, K. J. & SCOTT, A.: Definitive diagnosis of amoebic liver abscess. Value of liver biopsy. Brit. Med. J., 5275: 375, 1962.
- 8.—OCHNER, W. E. & DE BAKEY, M.: Amebic hepatitis and hepatic abscess. Surgery, 13: 460, 1943.
- 9.—ODGEN, W. W. et al.: Liver abscess. Postgrad. Med., 30: II, 1961.
- 10.—PATTERSON, M. & LAWLIS, V.: The diagnosis and management of amebic liver abscess. Am. Pract. & Digest. Treat., 7: 1955, 1956.
- 11.—POWELL, S. J. et al.: Dehydroemetine in amebic dysentery and amebic liver abscess. Am. J. Trop. Med. & Hyg., 11: 607, 1962.
- 12.—RADKE, R. A.: Diagnosis and treatment of amebic liver abscess. Ann. of Internal Med., 40: 901, 1954.
13. —RAMOS, P. & HARAO Y PAZ, G.: Amibiasis hepática. Hígado y Bazo, 7: 15, 1955.
14. —RIVERA CACERES, A.: Abscesos hepáticos en el Hospital San Felipe. Presentación de 25 casos. Tesis, Universidad Central de Honduras, 1957.
- 15.—SADUN, E. H. et al.: Treatment of amebic liver abscess with oral and intravenous administration of Aureomycin and Terramycin. Gastroenterology, 30: 257, 1956.
- 16.—SCHAPIRO, M. M.: Open surgical drainage for hepatic amebic abscess. A. M. A. Arch. Surg., 73: 780, 1956.
- 17.—SEPULVEDA, B. et al.: Amebiasis of the liver. Am. J. Digest. Dis., 4: 43, 1959.
- 18.—SO, C. S.: Treatment of the amebic liver abscess. Experiences including the treatment of other nonintestinal forms of amebiasis with Resotren, Deut. Med. Wuchr., 84: 871, 1959.
- 19.—STRONG, R. P.: Stitt's Diagnosis, Prevention and Treatment of tropical diseases. The Blankinson Co., Philadelphia, 1945.
- 20.—WILMOT, A. J. et al.: The comparative value of emetine and chloroquine amebic liver abscess. Am. J. Trop. Med. & Hyg., 7: 197, 1958.
- 21.—WILMOI, A. J. et al.: Chloroquine compared with chloroquine and emetine combined in amebic liver abscess. Am. J. Trop. Med. & Hyg. 8: 623, 1959.