



CENCOMED (Actas del Congreso), jorcienciapdcl2023, (septiembre 2023)
ISSN 2415-0282

Absceso hepático amebiano. Revisión bibliográfica.

Dr. Jorge Serra Colina.

Especialista en Medicina General Integral.

La Habana, Cuba.

Resumen:

El absceso hepático amebiano (AHA), se define como una colección de pus localizada en el espesor del parénquima hepático, causado por la infección por el protozoo entamoeba histolytica, siendo los factores de riesgo principales del AHA, la diabetes mellitus, la patología pancreatobiliar, la mala higiene y la inmunosupresión. El comienzo del cuadro clínico es casi siempre insidioso, con fiebre, astenia, anorexia, adelgazamiento dolor en hipocondrio derecho y hepatomegalia, y en otros pacientes se observa un comienzo brusco de la enfermedad, con fiebre elevada de hasta 40 °C, escalofríos, vómitos, así como dolor intenso en el hemiabdomen derecho. Para el diagnóstico del absceso, se detecta con el ultrasonido o con una tomografía axial computarizada (TAC) de la zona afectada, además de la presencia en sangre, de leucocitosis con neutrofilia, serología para amebiasis positiva, transaminasas elevadas e inmunofluorescencia y prueba de ELISA positiva. El metronidazol es el fármaco de elección, y en caso de enfermedad hepática, se indica la emetina o la dihidroemetina, además existe otro fármaco para tratar la enfermedad, que es la nitazoxanida. Los abscesos hepáticos amebianos, que son infrecuentes en nuestro medio, deben sospecharse en pacientes que han viajado a una zona endémica. El tratamiento quirúrgico de estos se ha convertido en algo excepcional gracias a los nuevos tratamientos antibióticos y sólo cuando la mejoría no es completa ni rápida pueden precisar punción y drenaje del absceso.

Palabras claves: Entamoeba histolytica; Absceso hepático amebiano; Fiebre; Dolor en hipocondrio derecho; Antimicrobianos; Incisión y drenaje.

Summary:

Amebic liver abscess (AHA) is defined as a collection of pus located in the thickness of the liver parenchyma, caused by infection by the protozoan *Entamoeba histolytica*, the main risk factors for AHA, are the diabetes mellitus, pancreatobiliary pathology, poor hygiene and immunosuppression. The onset of the clinical picture is with frequency insidious, with fever, asthenia, anorexia, weight loss, pain in the right hypochondrium, and hepatomegaly, and in other patients a sudden onset of the disease is observed, with high fever of up to 40 °C, chills, vomiting, as well as intense pain in the right hemiabdomen. For the diagnosis of the abscess, it is detected with ultrasound or with a computerized axial tomography (CT) of the affected area, in addition to the presence in the blood of leukocytosis with neutrophilia, positive amoebiasis serology, elevated transaminases and immunofluorescence and ELISA test positive. Metronidazole is the drug of choice, and in case of liver disease, emetine or dihydroemetine is indicated, there is also another drug to treat the disease, which is nitazoxanide. Amebic liver abscesses, which are uncommon in our area, should be suspected in patients who have traveled to an endemic area. The surgical treatment of these has become something exceptional thanks to the new antibiotic treatments and only when the improvement is not complete or rapid can puncture and drainage of the abscess be required.

Keywords: *Entamoeba histolytica*; Amebic liver abscess; Fever; Pain in the right hypochondrium; Antimicrobials; Incision and drainage.

Introducción:

La amebiasis es una infección del intestino grueso producida por *Entamoeba histolytica*. Este protozoo es capaz de originar desde un estado de portador asintomático en muchos individuos hasta procesos diarreicos crónicos más o menos graves y, rara vez, una forma fulminante aguda de la enfermedad.

El modo de transmisión es a través el agua, alimentos contaminados con la ameba, y por vía directa de persona a persona.

Además los pacientes afectados pueden presentar complicaciones locales derivadas de la afección intestinal, esta enfermedad puede provocar, por vía hematogena, otras lesiones a distancia, como el absceso hepático amebiano (AHA), que es la principal de las lesiones extraintestinales, y algunas más raras, como abscesos cerebrales o esplénicos. Algunas amebas de vida libre pueden producir cuadros graves de meningoencefalitis.

El absceso hepático (AH) es una colección de pus rodeado de cápsula fibrosa que, según su etiología, puede ser piógeno o amebiano.

El absceso hepático se define como una colección de pus localizada en el espesor del parénquima hepático. Actualmente, con el fácil acceso a los métodos diagnósticos, el uso precoz de antibióticos de alta eficiencia y el desarrollo de técnicas de drenaje mínimamente invasivas, la mortalidad en países desarrollados se ha reducido entre 2 a 12%. (4,5)

El AHA se plantea que no suele acompañarse de enfermedad intestinal activa. Aproximadamente la mitad de los pacientes relatan haber sufrido disentería amebiana varios meses o años antes, y la otra mitad ignora haberla padecido. Sólo se encuentran trofozoítos o quistes amebianos en un tercio de los casos.

Los factores de riesgo principales para adquirir un AHA, son el sexo masculino, la diabetes mellitus, la patología pancreatobiliar, la mala higiene, vivir en zonas endémicas, pacientes oncológicos y la inmunosupresión.(6,7,11)

El AHA se presenta con baja frecuencia en países del primer mundo, y se registran entre 5 y 22 casos por cada 100 000 ingresos hospitalarios con predominio del sexo masculino entre la tercera y sexta década de la vida. (13)

La mortalidad ha mostrado una reducción del 50 % al 10 % luego del uso de la intervención percutánea guiada por ultrasonografía o tomografía.(11,13)

Manifestaciones clínicas:

En pacientes con AHA el comienzo es casi siempre insidioso, con fiebre, astenia, anorexia, adelgazamiento y con frecuencia, dolor en hipocondrio derecho.

Aproximadamente el 80% de los pacientes con AHA presentan síntomas que se desarrollan en un periodo de días a semanas, típicamente menos de 2 a 4 semanas de duración. Entre los viajeros que presentan un AHA tras dejar un área endémica, el 95% lo desarrolla en los primeros cinco meses. (8,9,10)

Aunque siempre existe hepatomegalia, es posible que no se descubra el absceso a la palpación, pues a menudo crece hacia arriba, abombando el diafragma. La localización en el lóbulo izquierdo del hígado es menos frecuente, por la especial distribución de la circulación portal.

También es posible en varios pacientes un comienzo brusco de la enfermedad, con fiebre elevada de hasta 40 °C, escalofríos, vómitos, así como dolor intenso en el hemiabdomen derecho, que a veces es referido al hombro, unido a leucocitosis con neutrofilia.

En uno u otro caso, la palpación con la punta de un dedo de los espacios intercostales derechos inferiores de la parrilla costal suele poner de manifiesto un punto de dolor selectivo a la presión, que es muy característico del absceso.

El absceso hepático es una patología poco prevalente pero potencialmente letal en algunos casos, por lo que se debe tener una alta sospecha en pacientes con patología de la vía biliar o inmunosupresión, que presenten dolor en hipocondrio derecho, fiebre o ictericia. (5)

Exámenes complementarios:

Las pruebas funcionales hepáticas son normales o muestran, como máximo, una colestasis disociada, puede haber aumento de la bilirrubina, de la fosfatasa alcalina (FA) y la gamma-glutamiltansaminotransferasa (GGT). La eritrosedimentación está acelerada, hay leucocitosis neutrofílica y anemia moderada.

La radiología revela la presencia de una giba en el hemidiafragma derecho que, además, está inmóvil, y en ocasiones con oclusión del seno costodiafragmático. A veces puede haber un pequeño derrame pleural y atelectasias laminares mecánicas.

La gammagrafía hepática puede poner de manifiesto un defecto de repleción que, sin embargo, se detecta mucho mejor con ecografía abdominal o con tomografía axial computarizada (TAC); éstas, además, revelan su naturaleza hídrica.

La serología amebiana es positiva en el 90% de los pacientes. (Anticuerpos anti-amebias positivos)

Se indican heces fecales donde se observa trofozoitos de entamoeba histolytica.

La punción del absceso permite la salida de pus pardo oscuro, achocolatado, donde no suelen encontrarse amebas, ya que éstas permanecen alojadas en la pared del absceso.

La punción aspirativa hepática, tanto con fines diagnósticos como terapéutico es objeto de frecuentes debates entre las escuelas tropicalistas. Hay que distinguir dos situaciones:

a) la de los países industrializados, donde la TAC y la serología hacen innecesaria la punción diagnóstica

b) la de los países en vías de desarrollo, donde se utiliza a menudo en razón de la escasez de medios diagnósticos.

En cualquier caso, las indicaciones de la punción se centran en las siguientes situaciones: amenaza de rotura, absceso de más de 10 cm de diámetro, pobre respuesta al tratamiento médico y abscesos múltiples. (1)

Aunque otros autores más recientemente (8), sugieren que la aspiración terapéutica debe llevarse a cabo en las siguientes situaciones:

Terapéutica aspirativa.
1) Alto riesgo de ruptura; que se define como una cavidad de más de 5 centímetros
2) absceso del lóbulo izquierdo
3) falla al tratamiento después de 7 días.

Complicaciones:

Las complicaciones de los abscesos hepáticos incluyen la formación de abscesos subfrénicos, hemorragia en la cavidad del absceso y rotura al pulmón, a la cavidad pleural o al peritoneo.

Tratamiento:

Amebiasis intestinal.

- Metronidazol: 750 mg, 3 veces al día, durante 10 días.
- Emetina. 1mg /Kg/día, máximo 65 mg al día, por 10 días. Vía intramuscular.
- Dihidroemetina. 1,5 mg /kg/día, máximo 90 mmg al día. Vía intramuscular.
- Furoato de diloxanida: vía oral (500 mg 3 veces /día durante 10 días en los adultos; y 20 mg/kg/d en 3 dosis fraccionarias para los niños)
- Al paciente portador se le indica: Furoato de diloxanida: vía oral (500 mg 3 veces /día durante 10 días.

Amebiasis extraintestinal.

El metronidazol es el fármaco de elección, siendo las dosis indicadas la anterior.

Como alternativa se pueden administrar emetina o dehidroemetina en 5 días, según lo descrito para la disentería amebiana.

En caso de enfermedad hepática, se indica la emetina o la dehidroemetina.

Esta se debe combinar con cloroquina (1 g/d en 2 d, después 500 mg/d durante 3 semanas en los adultos; 10 mg/kg/d en los niños, con un máximo de 300 mg de cloroquina base/día).

Según la literatura revisada, existe otro fármaco para tratar la enfermedad, que es la nitazoxanida, este es eficaz contra la amebiasis hepática, y contra la amebiasis intestinal invasiva, y en la eliminación de la *E. histolytica* del tracto intestinal. (6)

Si es posible, las heces fecales se deben examinar otra vez para detectar posibles recidivas a los 1, 3 y 6 meses después del tratamiento.

Los abscesos hepáticos amebianos, que son infrecuentes en nuestro medio, deben sospecharse sobre todo en pacientes que han viajado a una zona endémica. El tratamiento quirúrgico de estos se ha convertido en algo excepcional gracias a los nuevos tratamientos antibióticos y sólo cuando la mejoría no es completa ni rápida pueden precisar punción o drenaje del absceso.

Bibliografía:

1. Farreras Rozman. Temas de medicina Interna. 14. Edición. Ediciones Hartcourt. Año:2000
2. Manual de Merck, ediciones Hartcourt, decima edición, Año:1999
3. Harrison. Principios de Medicina Interna. Editorial McGraw-Hill. 17 ediciones. Año.2008
4. Rahimian J, Wilson T, Oram V, Holzman RS. Pyogenic liver abscess: recent trends in etiology and mortality. Clin Infect Dis 2004; 39: 1654.
5. Carolina Pizarro J. Estudio y tratamiento de los abscesos hepáticos. Artículo Revisión. Gastroenterol. latinoam 2013; Vol 24, Supl N° 1: S 81-S 84
6. Castillo Vargas Raúl Adrian y cols. Diagnóstico y tratamiento del absceso hepático amebiano no complicado. Guía de práctica clínica. CENETEC. IMSS-282-10. Año.2010
7. Eunju Kim, Dong-Hee Park, Kyung-Joong Kim, Tae Oh Kim, Seung Ha Park, Jongha Park, Joon Hyuk Choi, Jin Lee, Yong Eun Park, Eun Hye Oh, Jun Seong Hwang and Nae-Yun Heo. Current Status of Amebic Liver Abscess in Korea Comparing with Pyogenic Liver Abscess. Division of Gastroenterology, Inje University Haeundae Paik Hospital, Inje University College of Medicine, Busan, Korea. Korean J Gastroenterol Vol. 76 No. 1, 28-36

8. Magali Herrera Gomar, Norberto C. Chávez-Tapia, Javier Lizardi Cervera. Absceso hepático amibiano. *Medica Sur. Mediagraphic.com*. Vol. 10, núm. 1, Enero-Marzo 2003
9. Barnes PF, De Cock KM, Reynolds TN et al. A comparison of amebic and pyogenic abscess of the liver. *Medicine* 1987; 66:472-483.
10. Conter RL, Pitt HA, Tompkins RK et al. Differentiation of pyogenic from amebic hepatic abscesses. *Surg Gynecol Obstet* 1986; 162: 114-120.
11. Rivero-León A, Núñez-Calatayud M. Absceso hepático amebiano modificado: reporte de un caso. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2022;37(2):242-248. <https://doi.org/10.22516/25007440.787>
12. Iglesias R, Rosales K, De Jesús L, De Oliveira D, Dávila E, Lafuente A, et al. Absceso hepático polimicrobiano gigante. Reporte de caso. *Revista Gen*. 2018;72(2):49-51.
13. Sotillo J, Bustamante G, Rojas M, Luciani K. Absceso hepático piógeno en pediatría : serie de casos. *Pediatr Panamá*. 2019;48(1):13-9.

Título del trabajo. Absceso hepático amebiano. Revisión bibliográfica.

Nombre completo de cada autor, con la mención del más alto grado académico

- Dr. Jorge Serra Colina. Especialista de primer grado en Medicina General Integral.

E-mail del autor responsable de la correspondencia acerca del artículo.
jserracolina@yahoo.es

Entidad a la que está adscrito el autor (si procede).

Palabras clave (se dará preferencia si se incluye un listado de palabras clave en español y otro en inglés).

Palabras claves: Entamoeba histolytica; Absceso hepático amebiano; Fiebre; Dolor en hipocondrio derecho; Antimicrobianos; Incisión y drenaje.

Keywords: Entamoeba histolytica; Amebic liver abscess; Fever; Pain in the right hypochondrium; Antimicrobials; Incision and drainage.

Breve resumen (el envío de resumen en español y en inglés calificará positivamente).

Resumen:

El absceso hepático amebiano (AHA), se define como una colección de pus localizada en el espesor del parénquima hepático, causado por la infección por el protozoo entamoeba histolytica, siendo los factores de riesgo principales del AHA, la diabetes mellitus, la patología pancreatobiliar, la mala higiene y la inmunosupresión. El comienzo del cuadro clínico es casi siempre insidioso, con fiebre, astenia, anorexia, adelgazamiento dolor en hipocondrio derecho y

hepatomegalia, y en otros pacientes se observa un comienzo brusco de la enfermedad, con fiebre elevada de hasta 40 °C, escalofríos, vómitos, así como dolor intenso en el hemiabdomen derecho. Para el diagnóstico del absceso, se detecta con el ultrasonido o con una tomografía axial computarizada (TAC) de la zona afectada, además de la presencia en sangre, de leucocitosis con neutrofilia, serología para amebiasis positiva, transaminasas elevadas e inmunofluorescencia y prueba de ELISA positiva. El metronidazol es el fármaco de elección, y en caso de enfermedad hepática, se indica la emetina o la dihidroemetina, además existe otro fármaco para tratar la enfermedad, que es la nitazoxanida. Los abscesos hepáticos amebianos, que son infrecuentes en nuestro medio, deben sospecharse en pacientes que han viajado a una zona endémica. El tratamiento quirúrgico de estos se ha convertido en algo excepcional gracias a los nuevos tratamientos antibióticos y sólo cuando la mejoría no es completa ni rápida pueden precisarse punción y drenaje del absceso.

Summary:

Amebic liver abscess (AHA) is defined as a collection of pus located in the thickness of the liver parenchyma, caused by infection by the protozoan *Entamoeba histolytica*, the main risk factors for AHA, are the diabetes mellitus, pancreatobiliary pathology, poor hygiene and immunosuppression. The onset of the clinical picture is with frequency insidious, with fever, asthenia, anorexia, weight loss, pain in the right hypochondrium, and hepatomegaly, and in other patients a sudden onset of the disease is observed, with high fever of up to 40 °C, chills, vomiting, as well as intense pain in the right hemiabdomen. For the diagnosis of the abscess, it is detected with ultrasound or with a computerized axial tomography (CT) of the affected area, in addition to the presence in the blood of leukocytosis with neutrophilia, positive amoebiasis serology, elevated transaminases and immunofluorescence and ELISA test positive. Metronidazole is the drug of choice, and in case of liver disease, emetine or dihydroemetine is indicated, there is also another drug to treat the disease, which is nitazoxanide. Amebic liver abscesses, which are uncommon in our area, should be suspected in patients who have traveled to an endemic area. The surgical treatment of these has become something exceptional thanks to the new antibiotic treatments and only when the improvement is not complete or rapid can puncture and drainage of the abscess be required.

