

# Actualidades en Absceso Hepático Amibiano

Jhonny Guerrero R.\*  
Mercedes B. Fernández E.\*\*  
Heidy Hospedales \*  
Giancarlo López \*\*  
Luis J. Bollici M.\*\*\*

**RESUMEN:** El absceso hepático amibiano (AHA) constituye una actividad clínica relativamente frecuente y potencialmente letal, de amplio espectro clínico haciendo difícil su diagnóstico. La *Entamoeba Histolytica* (EH) es el protozoo causante del AHA; siendo ésta la complicación extraintestinal más frecuente, pudiendo afectar al 10% de la población mundial. El tratamiento y diagnóstico, así como el pronóstico de esta entidad, ha variado en los últimos años, debido a drogas altamente eficaces, pruebas serológicas de alta tecnología que facilitan el diagnóstico hasta llegar al drenaje percutáneo, proceso relativamente sencillo y de baja tasa de morbi-mortalidad. Este trabajo tiene como finalidad realizar una revisión detallada de esta patología en cuanto a su diagnóstico, complicaciones, tratamiento y prevención.

**PALABRAS CLAVE:** Absceso Hepático Amibiano (AHA), *Entamoeba Histolytica* (EH).

**SUMMARY:** The Amebic Liver Abscess, although a relatively frequent and lethal infections but hard for the diagnosis. The infection is by the protozoan parasite *Entamoeba Histolytica* and the Amebic Liver Abscess is a consequence of extraintestinal amebiasis that affect the 10% of mundial poblation. The treatment, diagnosis as the prognosis had been change in the last few years by efectives drougs as serologic and imaginologic studies until become to the percutaneous aspiration. Medical literature on actual therapeutics diagnosis, complications and prevention was reviewed.

**KEY WORDS:** Amebic Liver Abscess, *Entamoeba Histolytica*.

- \* Residentes de Cirugía, Hospital Pérez de León de Petare, Edo. Miranda.  
\*\* Residentes de Medicina Interna, Hospital Pérez de León de Petare,  
\*\*\* Adjunto de Cirugía, Hospital "Pérez de León" de Petare. M.A.S.V.C.

## INTRODUCCION

Los abscesos hepáticos constituyen una entidad clínica infrecuente aunque potencialmente letal, si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz. El Absceso Hepático Amibiano (AHA) es causado por un protozoo llamado *Entamoeba Histolytica* (EH), un parásito entérico que infecta cerca del 10% de la población mundial, siendo el hígado el sitio más común de amebiasis extraintestinal; desarrollándose el AHA en un 3-9% de los pacientes infectados. La mayoría de las infecciones son asintomáticas, por lo que permanece endémica en ciertas partes del mundo.

El tratamiento, diagnóstico así como el pronóstico del AHA han evolucionado en los últimos años partiendo del centellograma con tecnecio, utilizado en años anteriores, hasta llegar a técnicas de estudio más sofisticadas como el ultrasonido, tomografía computada, resonancia magnética nuclear y nuevas pruebas serológicas. Gracias a los adelantos imagenológicos actuales, hay un proceso relativamente reciente llamado drenaje percutáneo mínimamente invasivo, que se ha convertido en una nueva técnica quirúrgica y terapéutica en el AHA.

## PATOGENIA

El trofozoito de la *Entamoeba Histolytica* (EH) es la forma invasiva de este parásito; pudiendo causar el Absceso Hepático Amibiano (AHA) en el humano infectado. Este proceso

comienza con la ingestión de los quistes de la EH a través de la ruta fecal-oral, por medio de aguas y alimentos contaminados con heces. Las formas quísticas una vez ingeridas por el humano llegan a la cavidad gástrica siendo resistentes a sus jugos, pasan posteriormente al intestino, donde eclosionan o se enquistan, invadiendo la mucosa colónica, ocasionando la enfermedad.

La EH puede realizar lisis del tejido a través de enzimas proteo y citolíticas, iniciando así la invasión a la mucosa intestinal, pudiendo llegar al torrente venoso o al sistema linfático, el cual es una vía al sistema porta, siendo ésta su entrada al lecho hepático. Una vez en el hígado ocurre la formación del absceso a través de tres pasos: la inflamación aguda, granuloma, con posterior necrosis de éste, formándose así el AHA.

## EPIDEMIOLOGIA

La EH es un parásito entérico que afecta el 10% de la población mundial, cursando la mayoría de las infecciones de manera asintomática; junto a la malaria y chistosomiasis, la ameba es el parásito que más causa muertes a escala mundial. Según cifras de la Organización Mundial de la Salud, O.M.S., se estima que hasta 1996 hay un aproximado de 40-50 millones de personas en el mundo con infección amibiana sintomática, ya sea colitis o AHA, pudiendo alcanzar entre 40 mil y 100 mil muertes anuales. Existen extensas áreas mundiales donde es endémica como Centroamérica, Suramérica, África e India,

entre otros. Adicionalmente el AHA se ha visto más comúnmente en grupos de edades entre 20-40 años y más frecuente en hombres (80%) que en mujeres.

### MANIFESTACIONES CLINICAS

El curso clínico del AHA es muy variable, presentándose una amplia gama de espectros clínicos, siendo los síntomas más frecuentes fiebre, escalofríos y dolor abdominal, teniendo como signos más comunes fiebre, hepatomegalia y sensibilidad a la palpación en hipocondrio derecho. Los otros síntomas

son pérdida de peso y mialgias; pudiendo existir en algunos casos compresión del sistema biliar resultando así una ictericia obstructiva. La hepatomegalia, con dolor a la palpación, y la disminución de los ruidos respiratorios son los signos al menos más importantes. Los antecedentes epidemiológicos en la anamnesis son de vital importancia.

Por otra parte es de hacer notar que hay alteraciones hematológicas que hacen pensar en esta entidad. A continuación se hace un resumen de los signos y síntomas más frecuentes y los hallazgos de laboratorio más comunes.

**Tabla 1**  
**Signos y Síntomas más frecuentes en el AHA**

Signos	Porcentaje
Fiebre	61%
Hepatomegalia	38%
Dolor en hipocondrio derecho	36%
Pérdida de peso	31%
Disminución – Ruidos resp. der.	25%
Ictericia	23%
Síntomas	Porcentaje
Fiebre – escalofrío	75%
Anorexia – malestar general	58%
Dolor abdominal	55%
Náuseas y vómitos	27%
Pérdida de peso	29%
Sudores nocturnos	10%
Diarrea	08%
Valor de laboratorio	Porcentaje
Hematocrito <40 mg%	67%
Leucocitos > 10.000/mm	58%
Bandas > 10%	40%
Fosfatasa alcalina > 110 UI	78%
TGO > 35 UI/dl	57%
Bilirrubina > 1,5 mg/dl	36%

### DIAGNOSTICO

El diagnóstico de los abscesos hepáticos, basado en la anamnesis y examen físico, es extremadamente difícil, dada la multiplicidad y variedad de los síntomas. La ecografía (US), tomografía computada (TC), así como la resonancia magnética nuclear (RMN) son los estudios indicados cuando se sospecha la existencia del Absceso Hepático Amibiano (AHA). Los centellogramas hepáticos ya son obsoletos. La sensibilidad del US es de 85 a 90%, mientras que de la TC y la RMN son del 95%. Aunque tienen una sensibilidad excelente, la especificidad no lo es; por lo que actualmente la serología pasa a ser una herramienta de vital importancia, ya que, en la gran mayoría de los casos, en el examen parasitológico de las heces, la EH no es detectable.

Varias pruebas serológicas pueden ser usadas para el diagnóstico y evolución del AHA, como son el enzimoimmuno ensayo (EIA), hemoaglutinación indirecta ensayo (IHA), anticuerpos por inmunofluorescencia indirecta (IFA), aglutinación de látex (LA) y ELISA entre otras, siendo la más sensible en un 90% el IHA, la cual es la más utilizada junto al EIA. Actualmente hay estudios serológicos, la llamada Entamoeba Histolytica II, la cual establece la diferencia entre EH patógena y EH dispar, con una sensibilidad del 96% para los pacientes con AHA.

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Existe una gran variedad de patologías con cuadros clínicos muy semejantes al Absceso Hepático Amibiano (AHA); de los

cuales el absceso hepático piogeno es el más parecido a éste, siendo necesario y fundamental realizar la distinción inmediata entre éstos y el AHA, ya que clínica y paraclínicamente son de comportamiento similar, aquí la importancia de los estudios serológicos anteriormente expuestos. Otras patologías que coinciden clínicamente son: hepatitis viral, colangitis ascendente, colecistitis, hepatomas, linfomas, carcinomas primarios, metástasis, patologías pulmonares tales como neumonías y derrames pleurales, principalmente. Es por ello que el examen físico, interrogatorio y antecedentes epidemiológicos, juegan un papel importante en el diagnóstico precoz de esta entidad.

### TRATAMIENTO

El Metronidazol es la droga de elección para el tratamiento del Absceso Hepático Amibiano (AHA), algunas veces combinado con Cloroquina, seguido posteriormente por un agente de acción intraluminal como el Iodoquinol, el cual elimina la infección intestinal, así como la recurrencia. El Metronidazol es un nitroimidazol, el cual penetra en el parásito por difusión pasiva, donde posteriormente es convertido en un radical nitrocitotóxico a través de la fenidoxina y flavodoxina.

Drogas en la terapia y tratamiento del AHA	
Metronidazol	750 mg tid x 10 días
Secnidazol	500 mg tid x 05 días
Tinidazol	600 mg bid x 05 días
Cloroquina	600 mg qd x 02 días
<b>Agentes intraluminales</b>	
Cloroquina	300 mg qd x 21 días
Iodoquinol	650 mg tid x 20 días

### TRATAMIENTO QUIRURGICO

El drenaje percutáneo actualmente es la forma terapéutica quirúrgica más aplicada, realizándose en los pacientes con alto riesgo de ruptura del absceso, abscesos mayores de 5 cm, AHA en lóbulo hepático izquierdo y falla del tratamiento médico, luego de 07 días de iniciado. El drenaje percutáneo guiado por US, con aspiración a través de aguja o catéter percutáneo, es una intervención muy segura con un bajo índice de morbi-mortalidad, dejando los drenajes abiertos para ciertas condiciones con indicaciones específicas.

### COMPLICACIONES

Las complicaciones se originan debido a la ruptura del Absceso Hepático Amibiano (AHA), principalmente, y la infección secundaria de éste; dependiendo del tamaño, ubicación y sitio de drenaje del absceso, el cual puede ser a cavidad pleural, pericardio y peritoneo; pudiendo ocasionar peritonitis, pericarditis, derrame pleural, ilioparalítico, megacolon tóxico, en algunos casos puede evolucionar a la sepsis y muerte.

### PRONOSTICO

El pronóstico de los pacientes con Absceso Hepático Amibiano (AHA) ha mejorado extraordinariamente, gracias a los adelantos en las modalidades diagnósticas y terapéuticas. El pronóstico de estos pacientes se verá ensombrecido cuando haya ruptura del absceso luego de 72 horas de iniciado el tratamiento o en abscesos sobre infectados y en pacientes con patología de base, tales como diabetes e inmunosupresión. Entre los factores de mal pronóstico podemos mencionar:

- Abscesos Múltiples.
- Volumen del absceso mayor de 500 ml.
- Derrame Pleural.
- Encefalopatía.
- Bilirrubina > 3.5 mg/dl.
- Hemoglobina < 8.0 gr/dl.
- Hipoalbuminemia < 2.0 gr/dl.

### PREVENCION

La prevención de este flagelo es a través de campañas educativas sobre la higiene personal, la preparación de alimentos, el tratamiento de las aguas; tratando de evitar así el ciclo fecal-oral que es la cadena patogenética del Absceso Hepático Amibiano (AHA). Se debe concientizar a la población de la higiene cuidadosa de la preparación de los alimentos y bebidas, así como la higiene y aseo personal en el uso y consumo de éstos. Por otra parte, algunas prácticas sexuales están implicadas en la formación de esta entidad. Es por ello que el cumplimiento de normas básicas de higiene es la herramienta fundamental en la prevención del AHA.

### BIBLIOGRAFIA

- 1) ADAMS E.B., MACLEOD I.N.: Invasive Amebiasis. Amebic Liver Abscesses and it Cumplication. Medicine 1977, J6:3245-339.
- 2) ANDERSON R., HENDERSON E.: Percutaneous Management of Hepatic Abscesses. Surgery 1990, 2:185.
- 3) BOYD D.P.: Hepatic Abscess. New Engl J Med 1990, 275:911.
- 4) BRANUEN G.D., TYSON G.S., BRANEUN M.A.: Hepatic Abscesses. Changes in Etiology, Diagnosis and Managememt. Ann Surgery 1990, 212:655.
- 5) BROND H. PEREZ, TAMAYO R.: Pathology of Human Amebiasis. Hum Pathol 1990, 1:351-385.
- 6) CATALENO O., DE ROSA A., CUSATI B., NUNSIATA A., ESPOSITO M., SIANI A.: Diagnostic Imagin and Intrumentional Radiology of Amebic Liver Abscesses. Radio Med 1999, 64 (3): 134-138.
- 7) CLARK R.A., TOWHIN R.: Abscesses Drainage whit CT and US Quidance. Radiol Clin North Am 1988, 21:995.
- 8) CHUAH S-K., CHANG-CHIEN C.S., SHEENS-S.: The Diagnostic Factor of Severe Amebic Liver Abscesses: A Retrospective Study of 125 Cases. Am J Trop Med Hyg 1992, 46:398-402.

- 9) FREEMAN C.D., KLUDMAN N.E., LAMP R.C.: Metronidazole: A Therapeutic Review and Update. *Drugs* 1997, 54: 679-708.
- 10) GERZUF S.G., ROBBINS A.H., JOHNSON W.C.: Percutaneous Catheter Drainage of Abdominal Abscesses; A five years Experience. *N Engl J Med* 1981, 305:653.
- 11) GHANDI B.M., IRSHAD M., CHAULA T.C.: Enzyme-Linked Protein A: AN Elisa for Detection of Amebic Antibody. *Trans R Soc Trop Med* 1985, 81: 183-185.
- 12) GREANEY G.C., REYNOLDS T.B., DONOVAN A.J.: Rupture Amebic Liver Abscesses. *Arch Surg* 1985, 120:555-561.
- 13) HAI A.A., SING A., MITHAL J.J.: Amebic Liver Abscesses Review of 220 Cases. *Int Surg* 1991, 76: 81-83.
- 14) HAQUE R., MOLLAH N.U., ALI Y.K., ALAN K.: Diagnostic of Amebic Liver Abscesses and Intestinal Infection with Tecnlab; Entamoeba Histolytica II Antigeno Detection and Antibtest. *J Clin Microbiol* 2000, 38 (9): 3235-3239.
- 15) HAQUE R., NEVILLE L.M., HAHM P.: Rapid Diagnosis of Entamoeba Infection by Using Entamoeba and Entamoeba Histolytica Stool Antigen Detection Kits. *J Clin Microbiol* 1995, 33: 2558-2561.
- 16) HOFFNER R.J., KILAGHBION T.: Common Presentations of Amebic Liver Abscesses. *An Engl Med* 1999, 34 (3) 306-315.
- 17) JONATHAN L.M., SEELY A.: Drenaje de Abscesos Hepáticos; sufrénicos y subhepáticos. Vol. IV (92): 1110-1117.
- 18) JOYCE M.P., RAUDIN J.I.: Pathology of Human Amebiasis in Human Infection by Entamoeba Histolytica. *New Y* 1988, P 133-140.
- 19) JUNIPER K., WORRELL C.L., NINSHEN: Serologic Diagnostic of Amibiasis. *Am J Trop Med Hyg* 1973, 21: 157-168.
- 20) LAMP K.C., FREEMAN C.D., KLUTMAN N.E.: Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Nitroimidazole Antimicrobial. *Clin Pharmacokinet* 1999, 36: 353-373.
- 21) MATTS G., KNAVER C.M.: Amebics Liver Abscess; A 15 year Experience. *Am J Gastrointol* 1991, 86: 704-710.
- 22) MCLEAN A.J., LOANNIDES-REMMAS L.L., SPICER W.J.: Current Clinical Applications and Dose Regimens of Metronidazole and Related Imidazoles. *Med J Aust* 1984, 141: 163-166.
- 23) MEHTA R.B., PARIJA S.C., CHETY D.B.: Management of 240 cases of liver abscess. *Int Surg* 1996, 71: 91-94.
- 24) MOGOLLON P.A., MOLIN, S.G., MARTINEZ M.F., SANCHEZ T.S., DAVILA F.: Percutaneous Drainage of Amebic Hepatic Abscess by Guided Ultrasound. *Gastroenter Mex* 1999, 64 (03): 134-8.
- 25) MOLYNEUX M.: Amibiasis In Bell Dr Lecture Notes on Tropical Medicine. *Mat: Blackwell Science* 1997, 141-145.
- 26) MOLLY A.H., PETRI W.A.: Amebic Liver Abscess. *Inf Dis Clin North Am* 14 (3): 12-21.
- 27) NORDESTGAARD A.G., STAPLEFOUD L., WORTHEN N.: Contemporary Management of Amebic Liver Abscess. *Am Surg* 1992, 58: 315-320.
- 28) O.M.S.: Reporte de Salud Mundial 1995. Reporte anual Genova 1995.
- 29) PAS A., EASWARON P., VARIYAN E.: Intestinal Parasitic Infections. *Current in Gastroenterology* 1999, 15: 59-65.
- 30) PETRI W.H., SINGH U.: Diagnosis and Management of Amibiasis. *Clin Infect Dis* 1999, 29: 1117-1125.
- 31) PITT H.A.: Surgycal Management of Hepatic Abscesses *Wold. J Surg* 1990, 14: 498.
- 32) RALL P.W.: Focal Inflammatory Disease of liver. *Radiol Clin North Am* 36: 377-389.
- 33) RABDIN J.I., JACKSON P., PETRI W.A.: Association of Serum Antibodies to Adherence Lectin with Invasive Amibiasis and Asintomatic Infections with Pathogenic Entamoeba Histolytica. *J Infect Dis* 1990, 162: 768-772.
- 34) RICHARD J.H., TALINE K., VICTOR I.E., HENDERSON S.O.: Ammats. *Em Med* 1999, 34 (3): 403-415.
- 35) ROCKEY M.D.: Hepatobiliary Infections. *Current in Gastroenterology* 1999, 15: 229-233.
- 36) SALZAMO A., ROSSI E., CARBONE M., MENDILLO F., DEROSA A., TURSILLO M., NUNZIATA A.: *Radiol Med* 2000, 99 (3): 169-173.
- 37) SHARMA M.D., NARENDON V.B., SUSHMA M.D., DINESH S.K.: Prognostic Marker in Amebic liver Abscess: A Prospective Study. *Am J Gastro* 1996, 91 (12): 2584-2661.
- 38) SHARMA M.D., PASARATHY S.: Amoebic liver Abscess. *Trop Gastroenterol* 1999, 14: 3-9.
- 39) TANDON A., JAIN A.K., PIXIT V.K.: Needle Aspiración in large Amoebic liver Abscess. *Trop Gastroenterol* 1997, 18: 19-22.
- 40) THOMPSON J.E., FALENZA M., VERMA V.: Amebic liver abscess: A Therapeutic Approach. *Rev Infect Dis* 1985, 7: 171-179.
- 41) THOMPSON J.E., GLASSER A.J.: Amebic Abscess of the liver diagnostic features. *J Clinic Gastroenterol* 1996, 8: 550-554.
- 42) THOSENS, RONME-RASMUSSEN J., PETERSEN E.: Extraintestinal Amibiasis: Clinical Presentations in nor endemic Settin. *Scand J Infect Dis* 1993, 25: 747-750.