

11217
22
20j



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios Superiores
Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 2
Centro Médico Nacional
I. M. S. S.

**ABSCESO HEPATICO PIUGENO PRODUCIDO POR
SALMONELLA TYPHI ASOCIADO AL EMBARAZO**

TESIS DE POST-GRADO

para obtener el título de Especialista en
Ginecología y Obstetricia
presenta

DR. JERONIMO CUESTA CASTRO

Asesor de Tesis: Dr. INOCENTE GANTU LAGUNA



México, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ARCE**

1983 - 1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

C O N T E N I D O

I INTRODUCCION

II GENERALIDADES

III PROTOCOLO DE TRABAJO

IV RESUMEN DEL CASO CLINICO

V DISCUSION

VI CONCLUSIONES

VII GRAFICAS

VIII BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La salmonelosis es una enfermedad infecciosa producida por varios tipos de salmonellas, y que no ha sido posible erradicar en México. Dentro de las complicaciones que llegan a condicionar, podemos señalar algunas de las mas graves: a) Miocarditis. b) Estado de choque séptico. c) Perforación-intestinal. d) Meningoencefalitis e) ABSCESOS.

Se presenta el caso de una paciente adulta embarazada, vista en el Hospital de Ginecología y Obstetricia N.2 del centro Médico Nacional del Institute Mexicano de Seguro Social en el año de 1984, habiéndose complicado su gestación con un absceso hepático único por Salmonella Typhi. Queremos hacer resaltar la dificultad diagnóstica tanto por clínica como por auxiliares de laboratorio y gabinete; así como su evolución y respuesta al tratamiento.

Para el presente trabajo investigativo, se revisó la literatura nacional y mundial, encontrándose varios artículos con datos significativos para el presente estudio, por lo que pensamos que éste se puede tratar del primero (Absceso pléogeno por Salmonella Typhi asociado al embarazo).

Teniendo en cuenta las consideraciones antes hechas, dentro del Hospital de Ginecología y Obstetricia N.2, sólo se ha elaborado un trabajo de embarazo complicado con absceso hepá-

tico por amebas con un total de 5 casos en 1983, no existiendo por ello un plan protocolizado para el manejo de la entidad (absceso hepático por *Salmonella Typhi*) asociado al embarazo.

II. GENERALIDADES

1.- Se conoce a la fiebre tifoidea como la enfermedad producida por la infección de *Salmonella Typhi*, desde que fue descrita por William Budd en 1856. Dentro de los bacilos entéricos también se incluyen a los de la Paratifoidea y otras variedades de formas cuyo huésped son aves y roedores, que a su vez actúan como vectores para su transmisión.

2.- El hígado normalmente durante el embarazo se acompaña de modificaciones funcionales y, aunque no se conocen con exactitud los mecanismos que conducen a estos cambios fisiológicos es importante tenerlos presentes para poder hacer una buena valoración clínica de los trastornos hepáticos durante la gestación; así podemos observar:

a.- **TAMAÑO DEL HIGADO:** En ocasiones es difícil de valorar por medios clínicos, máxime al final de la gestación si tenemos en cuenta el crecimiento uterino; sin embargo, todo hígado palpable con facilidad en esta época debe sugerir una hepatomegalia o hepatopatía.

b.- **HISTOLOGIA:** En estudios histológicos realizados por -

biopsia hepática a mujeres embarazadas, sólo se ha reportado variaciones en la forma y tamaño de los hepatocitos, ocasionales infiltraciones linocitarias en los espacios portales, aumento variable del glucógeno y grasas. También por la acción de las hormonas (estrógenos y progestágenos), se pueden considerar grados variables de colestasis intrahepática como respuesta a estos agentes.

3. Durante el embarazo el volumen plasmático sanguíneo aumenta en el 50% y el volumen cardíaco en cifras similares, sin embargo, el flujo hepático no se altera, siendo el volumen minuto hepático menor del 35% en relación con el cardíaco, lo que contribuiría a una menor depuración de algunos componentes catabólicos, en particular en la segunda mitad de la gestación.

4.- METABOLISMO DE LAS PROTEINAS: La concentración total de proteínas desciende alrededor del 20% hacia la mitad del embarazo, atribuyéndose este efecto a un sustancial descenso de la albúmina sérica. Aumenta un poco las fracciones de globulinas alfa y beta, y disminuye un poco la globulina gamma.

5.- ENZIMAS SERICAS: La fosfatasa alcalina total del suero siempre está elevada durante el embarazo, con mayor incremento en el tercer trimestre cerca del término; parece que su origen está en la placenta, ya que la porción de la enzima total proveniente de ésta aumenta en el primer trimestre el -

10%, hasta más del 50% en el momento del parto. La fosfatasa placentaria disminuye con rapidez después del parto, alcanzando niveles normales 20 días más tarde.

III. PROTOCOLO DE TRABAJO

1.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

Actualmente se conoce a la fiebre tifoidea como la enfermedad producida por la infección de *Salmonella Typhi*, después de arduos trabajos de investigación para lograr su identificación y alcanzar las consideraciones terapéuticas al respecto. Los bacilos entéricos constituyentes del grupo *Salmonella*, son todos patógenos en mayor o menor grado, e incluyen a los bacilos de la tifoidea, los de la paratifoidea y gran variedad de formas cuyos huéspedes naturales son animales inferiores, especialmente roedores y aves.

La naturaleza infecciosa de la fiebre tifoidea, fué descrita por William Budd en 1856; este autor con base en datos epidemiológicos, sugirió que el padecimiento era transmitido por aguas contaminadas con desechos y que la fuente del agente infeccioso eran las heces humanas. El bacilo de la tifoidea fué identificado por Eberth en 1880 en ganglios mesentéricos y el bazo de personas muertas de fiebre tifoidea; fué cultivado por Gaffky en 1884. (1)

El patógeno de los roedores, *Salmonella Enteritidis*, fué des-

crito en 1888 por Gartner, quien lo aisló de reses infectadas, responsables de brotes de gastroenteritis; en la literatura antigua, éste microorganismo se conocía como bacilo de GARTNER. (1).

Durante muchos años, fueron relativamente pocas las clases de microbios que constituían el "grupo tifoidea-paratifoidea" y, sólo se consideraban los diferenciables por reacción de cultivos; con el desarrollo de las técnicas de análisis antigénico y en aplicación a estos microbios, en la década de 1920, se describieron y aún se siguen describiendo muchos cientos de tipos serológicos diferenciables, que constituyen el grupo de Salmonella. (1).

a.) CLASIFICACION:

La división del genero no ha sido definitivamente lograda, habiéndose establecido las particularidades bioquímicas para cuatro sub-grupos (I-II-III-IV), que ocupan cientos de serotipos incluyendo al grupo ARIZONA. Entre las Salmonellas hay especies bien caracterizadas por sus propiedades y acción patógena, de las cuales describiremos por ser de nuestro interés las siguientes:

- a:) *Salmonella Typhi* (bacilo tífico). *Salmonella typhosa*, *bacterium typhosum*, *eberthella typhosa*.
- b:) *Salmonella Paratyphi*.
- c:) *Salmonella Hirschfeldii*. (2,3).

La complejidad antigénica de estas bacterias ha traído al desarrollo de grupos antigénicos basados en el esquema de KAUFFMANN-WHITE para salmonella que enumera gran cantidad de serotipos, muchos de éstos, son bioquímicamente similares; se le pueden distinguir por procedimientos serológicos. (3).

Aunque la clasificación de la familia Enterobacteriácea - en la 8a. edición de HERGEY'S; Manual of Determinative Bacteriology es muy usada, la de Edwards y Ewing es la que más impresión en casi todos los microbiólogos clínicos de los Estados Unidos, ha causado.

b.) CARACTERÍSTICAS:

Presentan forma bacilar con material genético de DNA, de 1 a 3 micras x 0.6 micras, móviles por flagelos periféricos, presentándose solos o apareados, no forman esporas ni cápsulas y a la tinción son Gram negativos. Los flagelos contienen el antígeno "d" y en la superficie poseen el antígeno "Vi". La fórmula : 9,12, d,Vi denota a la Salmonella Typhi en forma abreviada. (2,4).

Al igual que todas las enterobacteriáceas, el bacilo tífico es receptivo a cambios en su genoma; algunos bacteriófagos le infectan selectivamente y permiten clasificarlos en 97 tipos. En México, los tipos más frecuentes son A y E. En particular, son importantes los llamados plásmidos R. -

fragmentos de DNA replicables extracromosómicamente y que pueden conferir propiedades resultantes en una mayor virulencia o en resistencia ante agentes antimicrobianos a los que eran sensibles anteriormente. Un ejemplo de éste fenómeno lo constituye la epidemia de tifoidea observada en la ciudad de México y en algunos estados del país durante 1972, causada por una cepa resistente al cloranfenicol, aparentemente más virulenta. (4).

e.) ANATOMIA PATOLOGICA:

Las lesiones y en particular las intestinales, tienen como base la proliferación de células del sistema retículo endotelial (SRE) que pasan por las etapas de tumefacción, necrosis, ulceración y regeneración con intervalos aproximadamente semanales si la enfermedad se deja evolucionar libremente. Los sitios con acumulación de tejido linfoide son los más afectados, las placas de Peyer en el íleo terminal, los ganglios mesentéricos y el bazo. (4).

En el hígado se describen los tifomas en los que se combinan la participación de la proliferación reticuloendotelial intravascular, la infiltración, la necrosis y la regeneración. La localización hepática de *Salmonella typhi* durante la fase bacteriémica del periodo de estado, puede ocurrir sin poder descartar de manera absoluta, una contribución de la vena porta. (5).

En el sistema retículo endotelial (SRE), la *Salmonella* - *Typhi* reside intracelularmente en las células de KUPFFER, donde, por su resistencia a la acción antibacteriana de la - bilis, pueden acantonarse en el árbol biliar extrahepático - con producción o no de colangitis y excretarse al tubo digestivo; pudiendo llegar a eliminar los portadores convalescientes o crónicos, hasta 10^{11} salmonellas / gr. de heces fecales (4,5).

Los hallazgos en la médula ósea antes de recibir tratamiento específico, consisten en: 1) Sistema granulopoyético - activo con predominio de formas jóvenes.

- 2) Eritroblastopenia.
- 3) Hipoplásia de eosinófilos.
- 4) Megacariocitos normales.

Tales observaciones explican los hallazgos en sangre periférica de: anemia moderada, ausencia de eosinófilos, aumento de neutrófilos con bandemia y plaquetas normales. (4).-

4.) MANIFESTACIONES CLINICAS:

El periodo de incubación oscila alrededor de 10-14 días - aunque se hayan descrito casos con incubación hasta de tres - semanas. (4).

El cuadro clínico se instala de manera insidiosa, quejándose el paciente de malestar general, astenia, anorexia, cefalea y poco después náuseas y vómitos. La fiebre clásica -

mente es vespertina con elevaciones ca da día mayores hasta - alcanzar una meseta entre 39 y 40.C. Al término de una semana; en algunos casos cursa con episodios diarreicos simulando una enteritis amebiana.

A la exploración física de los primeros días de la enfermedad (F. tifoidea), se informa de un paciente con mal estado general, pálido, apático y decaído, la lengua saburral, la faringe congestionada que puede confundirse con una faringo - amigdalitis estreptocócica. El abdomen está meteorizado y se describen zurridos a la palpacion en la fosa iliaca derecha. Se pueden encontrar bradicardia relativa. Al final de la primera semana, aparece la roseola tifoídica que consiste en - una erupción congestiva o hemorrágica, en número reducido, localizada en la parte inferior del abdomen y en la cara interna de los muslos. En las formas graves, se afecta el estado de conciencia y se llega al "estado tífico"; los pacientes - están soporosos, hablan incoherencias y ocasionalmente efectúan movimientos desordenados. El cuadro neurológico puede - ser más grave y aparecer como una meningocencefalitis o un accidente vascular cerebral. El área hepática está crecida, en particular la zona vesicular es dolorosa, siendo también frecuente la esplenomegalia (adultos). La mortalidad es elevada, probablemente por la tardanza en hacer el diagnóstico. (4)

Otros datos de importancia son la presencia de hepatomegalia dolorosa, la que puede pasar desapercibida en los cua-

eros ordinarios de fiebre tifoidea. (5,6).

Otros hallazgos clínicos que nos podrían manifestar complicaciones hepáticas durante una fiebre tifoidea son: Dolor epigástrico y en hombro derecho (Omalgia), flanco derecho, - hemiabdomen superior o generalizado, tos, disnea, pérdida de peso y diarrea sanguinolenta. (7,8).

e.) DIAGNOSTICO:

No obstante de la descripción hecha de la enfermedad, es menester llegar al diagnóstico con la ayuda de los siguientes métodos de laboratorio y gabinete:

1.) CULTIVOS:

El cultivo de Salmonella Typhi en la sangre, ha sido considerado tradicionalmente como la prueba definitiva para el diagnóstico; el aislamiento en las heces, en la orina o en la biliar son pruebas menos convincentes ya que pudieran estar asociadas con el estado de portador. El hemocultivo se realiza en el medio de RUIZ CASTAÑEDA que permite el aislamiento del germen en más de 80% de los casos si la sangre se extrae durante una elevación febril. (6,7,10).

2.) COPROCULTIVO:

Es positivo desde el final de la primera semana en la enfermedad natural, comenzándose a eliminar salmonella desde el

primer día; en 10% de los casos la excreción fecal se prolonga después de la defervescencia (portadores convalecientes) - y en una proporción menor (1%) puede establecer el estado de portador crónico (eliminación fecal durante más de un año).

(4).

3.) MIELOCULTIVO:

Este ofrece las mayores oportunidades de éxito en el aislamiento de *Salmonella Typhi*, lográndose más de un 90% de positividad. (4).

4.) OTROS CULTIVOS UTILES:

Urocultivo, biliocultivo y los correspondientes a las - muestras tomadas de abscesos, articulaciones, líquido cefalorraquídeo (LCR), osteomielitis y otros. TERMINEL Y COLS., han demostrado que el cultivo de las biopsias de la roseola tifoídica es positivo en más de 90% de los casos. (4).

5.) BIOMETRIA HEMATICA:

Los hallazgos útiles son: leucopenia (menos de 5.000 leucocitos/ mm^3) en el 40% de los casos; ausencia de eosinófilos en el 77% y neutrofilia moderada en 50% con datos de anemia. (4).

6.) EXAMEN DE ORINA:

La prueba de DIAZO DE HERLICH es positiva en más de 45% -

7.) SEROLOGIA:

La reacción de WIDAL, practicada con las cepas S. Typhi - O-901 y H-901 pueden ayudar al diagnóstico si los títulos en ambos antígenos son de 1:160 o mayores; la prueba tiene sensibilidad de 80% y puede informar resultados falsos positivos - cuando intervienen salmonellas del grupo D ó de otros grupos que poseen determinantes antígenicos comunes a los 9,12 de S-Typhi. La positividad de esta prueba alcanza títulos de 1: - 160 y 1:320 para los antígenos "O" y "H" respectivamente. (4,5,6).

La prueba de fijación de superficie de RUIZ-CASTAÑEDA es un procedimiento más sensible, más específico y más práctico que la prueba de WIDAL. Por otra parte, su simplicidad, rapidez y la pequeña cantidad de suero necesario para realizarla, la hacen ideal para éste tipo de estudios seroepidemiológicos. Descubre anticuerpos contra antígenos somáticos, resultantes de infecciones recientes. (4,5,6,11).

f.) COMPLICACIONES:

Dado que las complicaciones de ésta entidad pueden ser - determinantes de peligro para la vida del paciente, las podemos resumir como sigue;

- 1.- Hepatitis.
- 2.- Miocarditis.

- 3.- Estado de choque séptico.
- 4.- Peritonitis primaria.
- 5.- Perforación intestinal.
- 6.- Hemorragia.
- 7.- Osteoartritis.
- 8.- Meningoencefalitis.
- 9.- ABSCESOS.

De éstas complicaciones enumeradas, nos ocuparemos principalmente de los abscesos (piógenos), localizados a nivel hepático. Dado que los abscesos piógenos del hígado constituyen entidades clínicas muy raras, en hospitales generales de adultos su frecuencia oscila entre 0,007 y 0,04% (7-40/100,000 admisiones). OSLER relata que en su experiencia de 1500 infecciones por *Salmonella* sólo hubo tres casos de abscesos causados por *Salmonella Typhi*. (5,6).

DEHNER Y KISSANE (5), informan de 21 casos por infecciones hematógena vía arteria hepática, entre 27 abscesos hepáticos piógenos encontrados en 7697 autopsias practicadas en menores de 15 años en un lapso de 1917 a 1967. Los casos analizados en el artículo, correspondería a la localización hepática de *Salmonella Typhi* durante la fase bacteriémica del período de estado, sin poder descartar de manera absoluta una contribución de la vena porta. (5).

En la serie del Instituto Mallory de Patología en Boston-

con 239 abscesos hepáticos piógenos desde 1896 a 1968 no se registra un sólo caso de *Salmonella Typhi*. (5,19).

VON EBERTS (6), recopiló 30 casos en el año de 1911 de la literatura mundial; desde entonces se tiene conocimiento de 16 casos más. En el Hospital de Infectología del Centro Médico "La Raza", IMSS, durante los años de 1972 a 1977, sólo se incluyeron 6 casos de absceso hepático por *Salmonella*. Cuatro de estos seis casos, se presentaron en el lapso de un año, por lo que pensamos que la frecuencia de esta complicación es mayor de lo que se cree, todos en adultos entre el tercero y sexto decenio de la vida, sin predominio de sexo; tres correspondieron a mujeres y tres a hombres. No obstante en relación al absceso hepático por amibas, éste es más frecuente en el sexo masculino.

RONALD B. DIETRICK (7) del KWANGJU CHRISTIAN HOSPITAL, en su revisión de pacientes diagnosticados con abscesos hepáticos durante los años de 1971 a 1981 (10 años), con un total de 192 abscesos piógenos en 190 enfermos, dos pacientes tuvieron un absceso dos veces, con un intervalo de tres meses en un caso y nueve años en el otro. La relación de hombre a mujer fué de 4:1 en el grupo de absceso hepático amebiano y de 3:1 en el grupo de absceso hepático piógeno. La diferencia fué de 150 hombre y 40 mujeres. El rango de edades fué de 44.7 años para los hombres y 44.2 mujeres, 185 de los especí-

menes cultivados en 41 hubo desarrollo (22.2%) y en 144 (77.8 %) no hubo, sin reportarse en ésta serie aislamiento de *Salmonella Typhi*.

BRENT W. MIEDEMA Y PETER DINEEN. (10) en su revisión de todos los abscesos hepáticos piógenos del New York Hospital - de 1945 a 1982 documentado por material de autopsia, cirugía y muestras por aspiración transcutánea; reportaron por autopsias de 19,340 pacientes, 62 abscesos hepáticos piógenos con una incidencia de 0.32%. Esta incidencia no ha cambiado significativamente en otros tiempos en dicho hospital. En ésta revisión tampoco se reportan casos de abscesos piógenos por *Salmonella Typhi*, pero se menciona la alta mortalidad de los mismos.

A. DOUGLAS HEYMANN (13) en una serie de 29 abscesos hepáticos piógenos obtenidos de cirugía y autopsias, en el Hospital de New York, de 1938 a 1976; en ésta revisión exclusiva de abscesos hepáticos piógenos, 13 fueron múltiples y 14 solitarios; la mortalidad en pacientes con abscesos múltiples fueron de 10 a 13 casos y en el grupo de abscesos piógenos solitarios fué de 3 a 14 pacientes, reportandose una mortalidad para los múltiples del 88% y 31% en los solitarios.

En la serie de BRODINE Y SCHWARTZ (13), la mortalidad en abscesos piógenos múltiples fué de 77.1% para los solitarios de 45.3%; lo que nos da a entender la alta mortalidad en di -

cha patología. En el estudio tampoco se aisló a la *Salmonella Typhi* como agente causal de los abscesos.

MALILA R. PEREA-PAUL NOONE Y A. KIRK (14,15), en su revisión de 16 pacientes con abscesos hepáticos en 9 años en el Royal Free Hospital (London) entre 1971 a 1972; durante este periodo fueron identificados abscesos hepáticos piógenos en 15 hombres y una mujer, con edades entre 13 a 71 años (con una media de 47 años); tres de los hombres fueron menores de 30 años, 5 entre 30 y 50 años, y 7 mayores de 50 años. Las mujeres fueron mayores de 50 años. La incidencia de abscesos hepáticos en estos nueve años fué de 0,5/1000 en admisiones médicas y quirúrgicas. Se aislaron gérmenes Gram positivos, Gram negativos, aeróbios y anaeróbios, sin demostrarse como agente etiológico a la *Salmonella Typhi*, lo que afirma una vez más su baja incidencia para la patología en estudio.

g.) TRATAMIENTO:

En todas las series de la literatura revisada podemos resumir el manejo de la entidad (absceso hepático piógeno), basados en sus manifestaciones clínicas, laboratorio y gabinete. Señalamos a continuación un resumen de los parámetros utilizados:

A.-) MANIFESTACIONES CLINICAS.

1. Síndrome febril.

2. Hepatomegalia dolorosa.
3. Ictericia.
4. Escalofríos.
5. Tos y disnea.
6. Enterorrágia.
7. Distensión abdominal.
8. Tumoración.
9. Pérdida de peso y anorexia.
10. Vómito.
11. Esplenomegalia.
12. Dolor: a) Epigástrico. b) Flanco derecho. c) hombro derecho. d) Hipocondrio derecho.
13. Otras manifestaciones.

B.-) LABORATORIO:

1. Citología hemática completa (con cuenta diferencial).
2. Coproparasitoscópicos.
3. Química sanguínea.
4. Pruebas de función hepática.
5. Proteínas totales.
6. Electrolitos.
7. Pruebas serológicas.
8. Cultivos de sangre, orina y material obtenido por punción.

C.-) GABINETE:

1. Estudios radiológicos (abdomen y tórax).
2. Ultrasonido diagnóstico.
3. T.A.C. (Tomografía axial computarizada).
4. Gammagrama hepático y esplénico.
5. Angiografía hepática.
6. Arteriografía selectiva.
7. Otros.

D.-) TRATAMIENTO:

De manera esquemática se puede resumir como sigue, ya que nuestro objetivo no es hacer una descripción detallada - del mismo;

1. Función hepática diagnóstica, cuando ésta sea - posible (con sus riesgos).
2. Reposiciones de líquidos y electrolitos, hemáticas de acuerdo a las necesidades.
3. Antibioticoterapia (diferida al agente etiológico).
4. Quirúrgico (laparotomía si el caso lo amerita).
5. Otros

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En México, son frecuentes los abscesos hepáticos y la mayor parte son producidos por amibas. ().

En algunos casos, la etiología es bacteriana y su diagnóstico etiológico es difícil, razón por la cual, se retrasa el tratamiento específico, lo que influye en el incremento de la mortalidad por el padecimiento.

Recordar que en 1972 ocurrió en México un importante brote epidémico de fiebre tifoidea calificado por FLORES ESPINOSA como "monstruosa epidemia", por tanto, teniendo presente que el desarrollo de un absceso hepático por *Salmonella Typhi* es excepcional, y que en datos obtenidos en revisión de la literatura nacional y mundial no se halla reportado éste a la paciente gestante;

Se presenta un caso diagnosticado y tratado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia N.º 2 del Centro Médico Nacional en el año de 1984, mostrar su evolución hasta la resolución del embarazo y, al mismo tiempo, señalar los procedimientos indicados y contraindicados en la embarazada con absceso hepático pútrido.

Finalmente, demostrar que esta entidad nosológica se puede controlar con fármacos, sin el concurso de medidas invasivas que pongan en peligro al binomio madre-feto.

3.- HIPOTESIS

Teniendo en cuenta que el caso a presentar es el primero-

diagnosticado y tratado en una paciente embarazada, nos permite hacer las siguientes consideraciones:

- a) En el Hospital de Gineco-obstetricia N.2 del CMN. IMSS, no existe un plan protocolizado para el diagnóstico y tratamiento del absceso hepático piógeno en pacientes embarazadas.
- b) Presentar la dificultad diagnóstica de la entidad nosológica en la paciente gestante, haciendo énfasis en los procedimientos clínicos de base para iniciar el estudio.-
- c) Hacer resaltar que con un diagnóstico básicamente clínico y una terapéutica temprana y orientada se puede brindar un buen pronóstico al binomio madre-feto.

4.- PROGRAMA DE TRABAJO

- a.) Resumen de la Historia Clínica del caso que se presenta y su evolución intra y extrahospitalaria hasta la resolución del embarazo.
- b.) Análisis de los estudios de laboratorio y gabinete practicados a la paciente y sus resultados.
- c.) Revisión de la literatura nacional e internacional, en trabajos encontrados durante la búsqueda bibliográfica.

IV. RESUMEN DEL CASO CLINICO.

El presente caso, se trata de paciente femenino de 30 años de edad sin antecedentes de importancia para su problemática actual. Menarca a los 12 años, ritmo de 28x5 (eumenorreica), algomenia negativa, VSA. a los 19 años. G;VII. P;V. AB;I F.U.N.;24 de octubre de 1983. Sin control prenatal en su ultimo embarazo. Antecedentes de control de la fertilidad con hormonales orales durante 4 años, previos a la actual gestación.

Esta enferma inició su padecimiento actual 18 días antes de ingresar a nuestro servicio. Su cuadro clínico se había caracterizado por: Hipertermia no cuantificada, pérdida de peso no esclarecida, ataque al estado general, cefalea, diaforesis, náuseas, evacuaciones diarreicas hasta en N. de 10 en 24 horas (abundantes, líquidas, sin moco ni sangre y sin tenesmo rectal) y vómitos de contenido gastrobiliar. Cuatro días antes, post-ingesta de alimentos catalogados como colicistoquinéticos, presenta cuadro doloroso abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho, de tipo cólico, intermitente, que aumenta con los movimientos respiratorios y disminuye con los vómitos de contenido gastrobiliar. Había sido vista por facultativo a nivel privado, prescribiendosele manejo con ampicilina i.m. intra-muscular (por tres días), sin notar mejoría alguna.

25-IV-84.

Se presenta en su Unidad de Adscripción, donde se estableció el diagnóstico de: COLICO VESICULAR Y EMBARAZO DE 26 SEMANAS. La exploración física sólo reveló ataque al estado general. No se detectó patología alguna a nivel torácico y abdominal. Presencia de frecuencia cardíaca fetal (F.C.F.) en cuadrante inferior izquierdo (C.I.I.) de 138x', con fondo uterino a 21 cm. del borde superior del pábis (B.S.P.). Su manejo consistió en soluciones parenterales (I.V.), ampicilina 1-gr. I.V. cada 6 horas y dieta líquida sin lácteos.

LABORATORIO: Hb.; 12.4, leucocitos; 4.100/mm³. Linfocitos de 16% segmentados; 72% y bandas; 10%. Glicemia venosa de 100 mg./dl. Urea; 60mg/dl. Creatinina; 2.2mg./dl. Reacciones febriles (por aglutinación); Tífico "O" 1:160. Tífico "H" 1:40. Amilasa sérica ; 30U/dl.

26-IV-84

Aparentemente existe mejoría respecto a su ingreso en clínica de adscripción. Se considera la posibilidad de Salmonelosis. Por presentar escurrimiento líquido transvaginal en caso, amarillento es enviada a Unidad de Segundo Nivel de Atención para valoración por el servicio de Ginecología y Obstetricia; lugar de donde fué canalizada a la Unidad de Ginecología y Obstetricia N.2 del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano de Seguro Social (I.M.S.S.), siendo ya éste de -

Tercer Nivel de Atención Médica, fué recibida a las 20:05 hrs con los diagnósticos de: EMBARAZO DE 26 SEMANAS SIN TRABAJO-DE PARTO. COMPLICADO CON PROBABLE COLITIS AMIBIANA A DESCARTAR SALMONELOSIS.

Sus signos vitales fueron: T.A.: 100/60 mm Hg. R: 21x'.- T: 37.0C. P: 88x'.

Clinicamente: Deshidratación moderada, abdomen timpánico en epigastrio y dolor en marco cólico. Ya dos días antes de su llegada refería presencia de evacuaciones diarreicas con rangos hemáticos.

27-IV-84

PRIMER DIA DE ESTANCIA HOSPITALARIA: Se detecta la presencia de ictericia, síndrome febril así como síndrome de congestión pulmonar basal derecho y hepatomegalia a 6-10-12cm del borde costal, dolorosa. La impresión diagnóstica se modifica a: EMBARAZO DE 26 SEMANAS SIN TRABAJO DE PARTO. SIN SÍNDROME FEBRIL. ABSCESO HEPATICO DEL LOBULO DERECHO V.S. HEPATITIS SALMONELOSICA. GASTROENTERITIS PROBABLEMENTE AMIBIANA-V.S SALMONELOSIS. DESHIDRATACION MODERADA.

El plan diagnóstico incluyó: Pruebas de funcionamiento hepático, Eh. completa, reacciones febriles, hemocultivos, reacciones serológicas para amibiasis y gammagrama hepatoesplénico, así como estudios de Ultrasonido de hígado y vías biliares.

res. Por datos de irritación peritoneal se pidió también - opinión por el servicio de GASTROCIRUGIA del Hospital General del Centro Médico Nacional del I.M.S.S., quienes corroboran - la ictericia, el síndrome de condensación pulmonar basal derecho, presencia de hepatomegalia dolorosa; considerándola no - candidata a cirugía abdominal por el momento.

Este mismo día se tomó gammagrama hepatoesplénico con el - siguiente reporte:

GAMMAGRAMA HEPATOSPLENICO CON 99 mTc.-COLOIDE:

"El estudio se realizó en las proyecciones AP y LD, don - de se observa glándula hepática aumentada de tamaño en forma - global; la concentración de radio-coloides en el interior de - la misma es irregular observándose área de disminución en la - región interlobar, la cual nos sugiere patología a dicho ni - vel. Bazo normal" .

El tratamiento médico en este día incluyó la suspensión - de ampicilina (7^o día de administración sin respuesta favora - ble), 3000cc de líquidos IV. para 24 hrs., reposo, técnica de - aislamiento, dieta blanda sin colecistoquinéticos y control - de temperatura por medios físicos.

LABORATORIO: Reacciones febriles: Tífico "O" 1:320, Tífi - ce "H" 1:160. Suero icterico. Hb.: 11.6 Hto: 37. CMHG: 31 - Leucocitos: 6400mm³. Linfocitos: 7%. Segmentados: 69%. Ban -

das; 24%. Bilirrubina directa; 4.12 ug./dl. Bilirrubina indirecta; 2.19 ug./dl. T.G.O.; 247 U/ml. T.G.P.; 169 U./ml. - Fosfatasa alcalina; 4.20U./ml.

28-IV-84

Desde el punto de vista del embarazo: sin problemas apárgicos. Signos vitales; TA.: 120/70 mmHg. P; 125x'. R; 24x'. - T; 38.5 cC.. Han disminuido la frecuencia de evacuaciones - diarreas hasta 5 en 24 horas, sin moco ni sangre. La fiebre ha persistido con cifras entre 38.0 y 39.0 cC., se hace presente tos seca en accesos aislados, no productiva. A las 20.00hrs. es vista por el Servicio de Medicina Interna del - Hospital de Ginecología y Obstetricia N.2 C.M.N. I.N.S.S. - reiniciándose el manejo con ampicilina IV. 2 gr. cada 6 hrs.- dado los resultados de las reacciones febriles, el síndrome - icterico, la presencia de hepatomegalia y fiebre. Se agrega la sospecha de PIOCOCLECISTO.

La BH. tomada hoy reportó; Hb.; 9.7 Hto.; 32. CMHG; 30- Leucocitos; 4.800mm³. Segmentados; 73%. Bandas; 10%. Electrolitos séricos; normales. Plasma; icterico. -

29-IV-84.

Clinicamente sin datos de importancia. Existe movilidad fetal. La frecuencia cardiaca fetal (F.C.F.) es auscultable. Sigue con esquema de soluciones parenterales y su segundo día

con esquema de ampicilina 2 gr. IV. cada 6 horas (segundo día de re-instalado el manejo con éste antibiótico). -

30-IV-84.

Cursa su tercer día de internamiento. Signos vitales de-
TA.: 110/50 mmHg. T: 38.0 oC. R: 20x°. P: 120x°. Persiste con
fiebre. Las evacuaciones diarreas han disminuido a 3 en -
24 horas, sin sangre ni moco. Continúa recibiendo ampiciling
IV. 2 gr. cada 6 horas.

LABORATORIO: La EM. en éste día reportó: Hb.: 10.1 gr/dl-
Hto.: 32al/dl. Leucocitos: 4200mm³. Bandas: 10%. Segmentados
50%. Linfocitos: 30%. TP.: 15.4/12.4 TPT.: 36.9/25.5 seg.-
Glicemia venosa en ayuno: 136 mg./dl. Urea: 17.2 mg./dl. -
Creatinina: 0.81 mg./dl. Bilirrubina directa: 4.50 mg./dl. -
Bilirrubina indirecta: 2.12 mg./dl. Proteínas totales: 4.85-
gr./dl. Albúmina: 2.10gr./dl. Globulina: 2.75gr./dl. Rela-
ción A/G: 0.8 . Exámen general de orina (E.G.O.): Ph.: 6.0-
Densidad: 1.016 Proteínas: Huellas.

1. y 2-V-84.

Se observa tendencia clínica a la mejoría. Ha persisti-
do con fiebre vespertina y nocturna cuantificada hasta 39.oC-
Se mantiene su tratamiento básicamente con ampicilina IV. -
2 gr. cada 6 horas (5.o día) y soluciones parenterales. Hay-
ya adecuada tolerancia a la vía oral (VO.).

El día 2 de mayo, se practica estudio de Ultrasonido con tiempo real en nuestro servicio, empleando para ello el equipo AXISCAN S-100 (Kontron Medical Sistem), resolución lineal-reportándose; "Vesícula biliar de aspecto sonográfico normal, Área hepática sobre la línea axilar media y anterior, a 6 cm - del diafragma se observa una zona semi-circular con dimensiones máximas de 4.5x6 cm. con pared gruesa de 0.5cm. , mostrando en su interior ecos débiles. La pared de esta lesión es - con bordes practicamente bien definidos."

A las 15.40hrs. post-estudio de Ultrasonido se revisa el - caso conjuntamente con el Servicio de Medicina Interna, estando de acuerdo en iniciar manejo con metronidazol IV. a dosis de 400mg. en solución fisiológica de 250cc para 8 horas, cada 8 horas por medio de cateter central; dada la evolución del - cuadro clínico, la falta de respuesta satisfactoria al tratamiento con ampicilina, sin contar aún con resultados de sero-amebas, hemocultivos y copros (cultivos y parasitoscópicos). -

Seguirá con ampicilina IV. (5.día). Desde el punto del - embarazo; no se detectan problemas. Cumplió 27 semanas de - acuerdo a la amenorrea.

3 y 4-V-84.

Sólo se refiere la presencia de dolor pungitivo en área - hepática que cede con analgesicos IV.. Desaparecieron ya las evacuaciones diarreicas. Durante estos dos días no ha -

presentado fiebre. Persiste la ictericia. -

5-V-84.

Cumple su noveno día de estancia hospitalaria. Se practica nuevo estudio de Ultrasonido de tiempo real, encontrándose la misma imagen dentro del parenquima hepático descrita anteriormente.

El feto se encuentra vivo en situación longitudinal, cefálico, con dorso a la derecha. No se detectan anomalías en éste; sólo llama la atención la presencia de HIDRANMIOS (líquido amniótico cualitativamente aumentado). -

Este día se reporta el hemocultivo POSITIVO PARA SALMO-ELLA TYPHI (grupo D antígeno "d"), sensible a cloranfenicol y furadantina. (una capsula de 100mg. cada 8 horas). Continúa con metronidazol IV. y ampicilina IV. (4o. y 7o. días respectivamente). No ha vuelto a presentar fiebre. Mejor estado general.

6-V-84.

10^o día de hospitalización. Clínicamente asintomática. - Disminución clínica de la ictericia. Hepatomegalia a 5-6-8 cm. sobre las líneas convencionales, poco dolorosa. Frecuencia cardíaca auscultable, normal.

7-V-84.

11^o día de hospitalización. Mejoría ostensible en su es-

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA.**

tado general. Por sensibilidad a la nitrofurantoina (en el resultado del hemocultivo), se prescribe éste fármaco por vía oral a razón de 100mg. cada 8 horas; se suspende la aspíclina IV. y el metronidazol se cambia a vía oral a razón de 500mg. cada 8 horas (6^o día de estarlo recibiendo).

8-V-84.

Sin cambios de importancia que consignar. No hay fiebre ni evacuaciones diarreas. Tolera adecuadamente el metronidazol y nitrofurantoina orales.

LABORATORIO: REPORTE DE RESULTADOS (CONTROL).

1-V-84.

Fosfatasa alcalina: 5.7 U/dl. T.G.O.: 74 U/dl. T.G.P.: 78 U/dl. Bilirrubina directa: 5.8 mg./dl. Bilirrubina indirecta: 2.03 mg./dl. Hb.: 10.3 g/dl. Hto.: 32ml./dl. CHG.-31%. Leucocitos: 5300mm³. Linfocitos: 33%. Monocitos: 5%. Segmentados: 58%. Bandas: 4%. Plaquetas: 44.000mm³. T.P.: 15.4/12.4 T.P.T.: 31.4/26.0 .

3-V-84.

Reacciones febriles: Tífico "O"..... 1:320

Tífico "H"..... 1:320

Urocultivo; Negativo. Coprocultivo; Negativo.

7-V-84.

Contrainmunolectroforesis para amiba..... Negativo. -
 Coproparasitoscópicos (3 muestras) Negativos. -
 Amiba en fresco..... (3 muestras) Negativos. -

Citología hemática; Hb.: 10.85g/dl. Hto.: 35 ml./ dl. -
 C.N.E.G.: 30. Leucocitos; 3100mm³. Linfocitos; 30%. Mono -
 citos; 1%. Basófilos; 1%. Segmentados; 58%. Bandas; 7% . -
 Metamielocitos; 1%. Mielocitos; 2%. Plaquetas; 229.000mm³. -
 Bilirrubinas; Directa; 3.92 mg./dl. Indirecta; 1.96 mg./dl. -
 Enzimas séricas; TGO; 56 U/dl. TGP.; 56 U/dl. Fosfatasa al -
 calina; 20.4 U./dl.

9-V-84.

13² día de hospitalización. Cursa con embarazo de 28 se -
 manas de acuerdo a la amenorrea. Disminución progresiva de -
 la ictericia y mejoría en su estado general. Tolerancia ade -
 cuada para la vía oral. No ha vuelto a presentar fiebre ni -
 diarrea. Desde el punto de vista de su embarazo; sin proble -
 ma aparente. La hepatomegalia se encuentra a 4-5-4 cm. del -
 borde costal, no dolorosa. Actividad fetal; FCF: 160 lat/ -
 minuto, normal. Este día se suspende el metronidazol VO. -
 (cumple 8 días con éste fármaco) y se precisa continuar aún -
 con furadantina oral, de acuerdo a la sensibilidad del hemo -
 cultivo para Salmonella Typhi.

10-16-V-84.

Evolución satisfactoria. La enferma fué dada de alta al 21^o día de estancia hospitalaria habiendo completado su tratamiento con furadantina. La hepatomegalia practicamente era minima (2-2-3 cm. por debajo del borde costal) y no dolorosa.

Un día antes del egreso se practicó un tercer estudio de ultrasonido, identificandose la lesión hepática, mostrando dimensiones de 4.6x3.7 cm. con bordes imprecisos.

Se citó a la consulta externa del Servicio de Perinatología del Hospital de Ginecología y Obstetricia N.2 del Centro Médico Nacional I.M.S.S., en un mes, no presentándose. Tuvo un segundo estudio de Medicina Nuclear del Hospital General del Centro Médico Nacional I.M.S.S. el 10 de diciembre de 1984, que reportó la presencia de hepatomegalia pero con desaparición de la lesión observada el 27 de abril de 1984.

El 14 de mayo de 1984 se habían practicado estudios de laboratorio, previos a su egreso, mostrando: Hb.; 10.1 g/dl Hto.; 32 ml./dl. CHG.; 31. Leucocitos; 6700mm³. Linfocitos; 25%. Monocitos; 5%. Segmentados; 69%. Bandas; 1%. Bilirrubinas; Directa; 1.44mg/dl. Indirecta; 0.7 mg./ dl. Enzimas séricas; TGO; 17 U/dl. TGP; 22 U/dl. Fosfatasa alcalina; 7.6 U/dl.

Por medio del Servicio de Trabajo Social del Hospital de Ginecología y Obstetricia N.2 del C.M.N. I.M.S.S., fué localizado su domicilio y se dió cita a la consulta externa de

nuestro servicio. Se recaban los siguientes datos: en el mes de agosto de 1984, se resolvió su embarazo por vía vaginal, - en su domicilio, obteniéndose un producto del sexo femenino - con peso de 5 kilos (obito ante-parto). Por cursar con sangrado transvaginal importante y retención de placenta acudió al Hospital General de Zona, donde, bajo anestesia general, - se extrajo manualmente la placenta. Requirió transfusión de dos unidades de sangre; siendo egresada a las 48 horas de puerperio.

Teniendo en cuenta estos datos y su problemática infecciosa, fué vista por última vez en la consulta externa del Servicio de Perinatología del Hospital de Ginecología y Obstetricia N.2 del Centro Médico Nacional, I.M.S.S., el 26 de noviembre de 1984, solicitándose nuevos estudios de laboratorio que arrojaron los siguientes resultados:

CITOLOGIA HEMATICA: Hb.: 13.2 g/dl. Hto.: 41 ml./dl. -
 CMNS.: 32. Leucocitos: 8400 mm³. Linfocitos: 42%. Monocitos: 2%. Segmentados: 56%. Bandas: 0%.

QUIMICA SANGUINEA: Glicemia: 146 mg./dl . TGO: 16 U/dl.
 TGP.: 22 U/dl. Fosfatasa alcalina: 2.10 U/dl.

Una nueva glicemia fué indicada el 17-XII-84 por el Servicio de Endocrinología del Hospital, reportándose 222 mg./dl. El examen general de orina (E.G.O.): Ph: 6.5 . Densidad: 1.025
 Glucosa: huellas.

La enferma fué catalogada como diabética tipo II indicándose dieta de acuerdo a su talla y condición, con cita a reválidación posterior.

No acudió a nueva cita en Endocrinología ni al servicio de Biología de la Reproducción, donde había aceptado control definitivo de la fertilidad mediante aplicación de anillos de Yoon por laparoscopia.

DIAGNOSTICOS FINALES:

- I.- PACIENTE DE 30 AÑOS G; VII P; VI AB; I
 EMBARAZO DE TERMINO, OBITO ANTEPARTO .
 PRODUCTO MACROSOMICO.
 ESTADO DE CHOQUE HIPOLEMICO (RESUELTO EN HOSPITAL GENERAL DE ZONA).
- II.- SALMONELLOSIS Y ABSCESO HEPATICO POR SALMONELLA TYPHI.
 SINDROME FEBRIL SECUNDARIO.
 SINDROME ICTERICO SECUNDARIO.
 SINDROME DE CONDENSACION PULMONAR BASAL DERECHO.
 SECUNDARIO A ABSCESO HEPATICO.
 HEPATITIS POR SALMONELLA TYPHI.
- III.- DIABETES MELLITUS TIPO II DEL OBESO.

V. DISCUSION

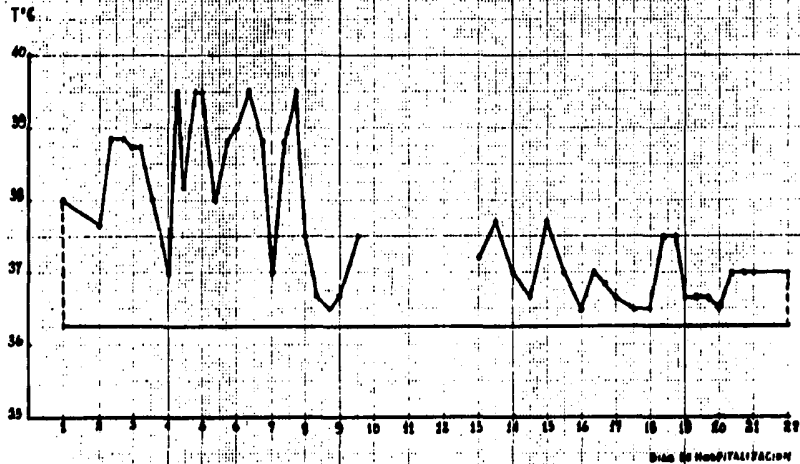
- Un aspecto de mucho interes, es el diagnóstico clínico-diferencial entre el absceso hepático y otras entidades que sugieran abdomen agudo o un cuadro pleuropulmonar de reciente instalación; por los signos y sintomas que con mucha frecuencia se presentan en esta entidad nosológica, sin olvidar por ello los problemas renales, entre los que mencionaré la pielonefritis. Habrá que tener siempre en cuenta, que cuanto más avanzada sea la gestación mayores serán las dificultades para establecer el diagnóstico clínico de un proceso hepático como el que se presenta.
- Para el manejo del caso, los estudios de gabinete que nos brindaron mayor apoyo fueron la ECOSONOGRAFIA y el GAMMAGRAMA HEPATOSPLENICO, ya que nos permitieron una mejor valoración hepática sin mayores riesgos para el binomio madre-feto, incluso, nos permite un seguimiento a largo plazo por su sensibilidad y especificidad.
- Finalmente, pensamos que se debe hacer más énfasis en la dificultad para el diagnóstico clínico de ésta entidad (absceso hepático) cuando se trata de pacientes gestantes; exigiendonos ello mayor acuciosidad frente los casos similares.

VI. CONCLUSIONES

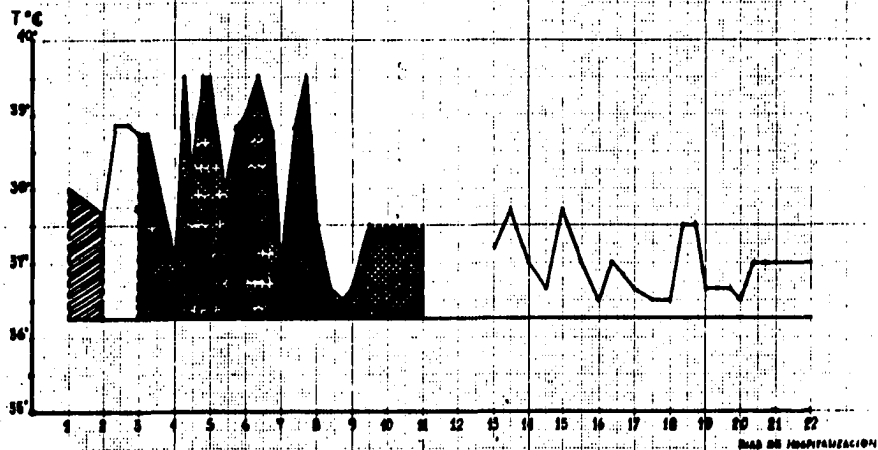
- 1.- El absceso hepático piógeno producido por salmonella Typhi, es una entidad de baja incidencia en la revisión hecha de la literatura nacional y extranjera, - más aún, asociado a la paciente gestante; lo que nos hace pensar que sea el primero diagnosticado y tratado.
- 2.- Para su diagnóstico se necesita de mayor acuciosidad clínica, mucho más si éste surge como una complicación de la paciente gestante.
- 3.- Como estudios de gabinete en apoyo del diagnóstico - surgen: 1.) El ultrasonido (Ecosonograma). 2.) El - Gammagrama hepato-esplénico.
Permitiéndonos una gran valoración del área hepática y sus riesgos son mínimos para el binomio madre-feto.
- 4.- El uso de medicamentos de manera indiscriminada, debe proscribirse en tanto no se tengan datos suficientes que apoyen la entidad clínica.

VII. GRAPICAS

CURVATERMICA POR DIAS DE HOSPITALIZACION



RELACION DE LA CURVA TERMICA Y EL USO DE AMPICILINA



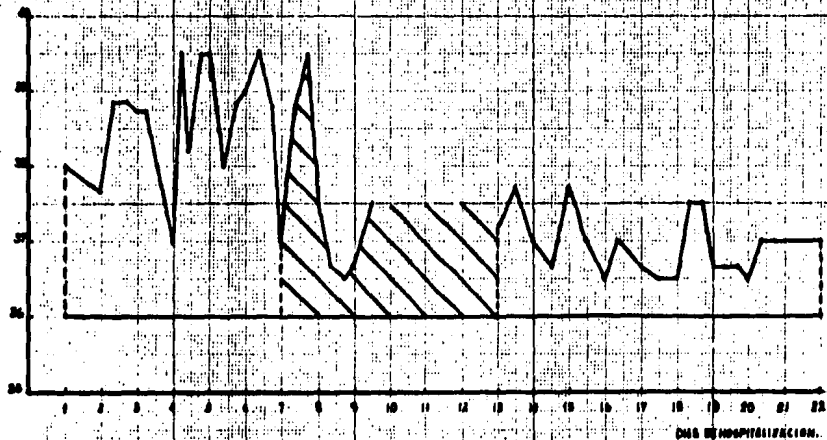
▨ AMPICILINA IV A DOSES DE 2g CADA 6 HORAS.

▨ AMPICILINA IV A DOSES DE 1g CADA 6 HORAS.

□ SIN ANTIBIOTICO.

RELACION DE LA CURVA TERMICA Y EL USO DE METRONIDAZOL

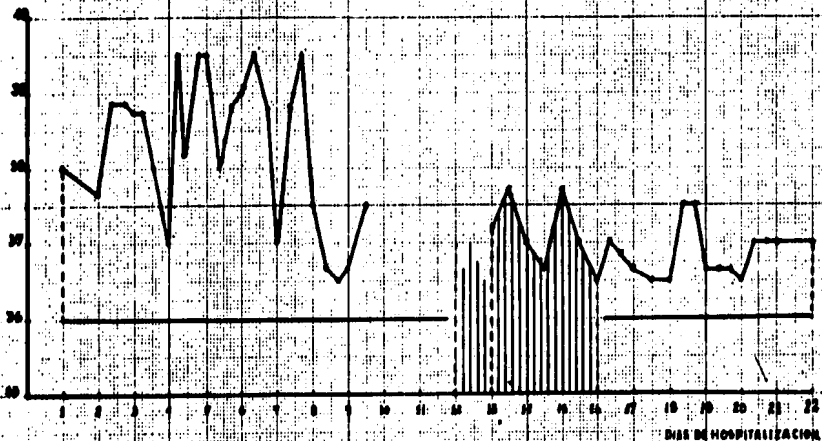
T^oC



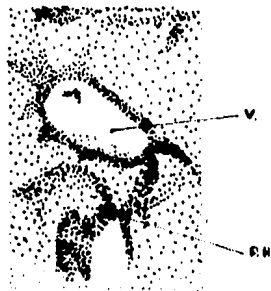
METRONIDAZOL IV A DOSIS DE 400 mg EN SOL. FISIOLOGICA DE 250cc. CADA 6 HORAS.

RELACION DE LA CURVATERMICA Y EL USO DE NITROFURANTOINA

T°C



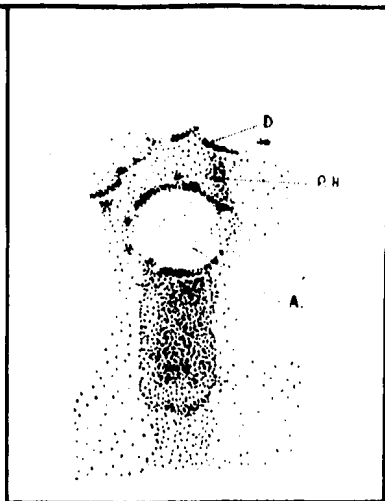
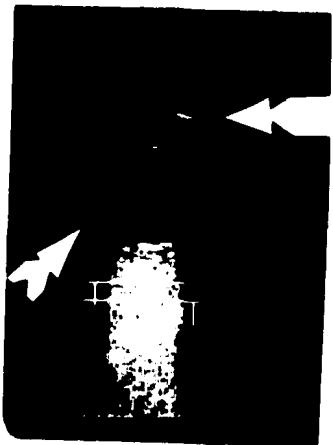
NITROFURANTOINA V.G. A DOSIS DE 100 mg. CADA 8 HORAS.



PRIMER ESTUDIO DE ULTRASONOGRAFIA

REPORTE:

Vesicula biliar de aspecto sonográfico normal.

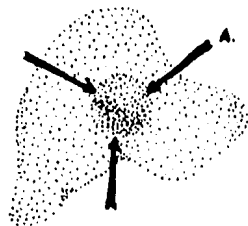


PRIMER ESTUDIO DE ULTRASONOGRAFIA

REPORTE: Vesícula biliar de aspecto sonográfico normal.
Área hepática sobre la línea axilar media anterior.
A 6cm. del diafragma se observa una zona semicircular con dimensiones máximas de 4.5x6cm, con pared gruesa de 0.5cm, mostrando en su interior ecos débiles. Bordes bien definidos.



102a Havana 27/10/54



GAMMAGRAMA HEPATOSPLENICO CON ^{99m}Tc - COLOIDE

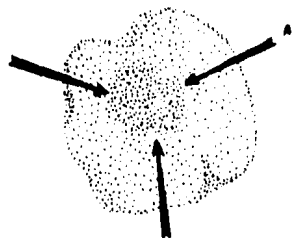
(PRIMER ESTUDIO)

El estudio se realizó en la proyección AP y LD, dónde se observa glándula hepática aumentada de tamaño en forma global, la concentración del radiocoloide en el interior de la misma es irregular observándose área de disminución en la región interlobar, la cuál nos sugiere patología a dicho nivel.



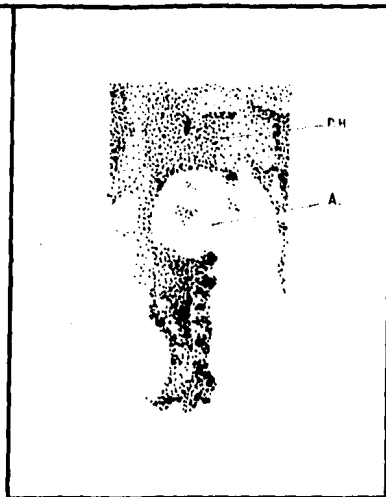
Lica Hando

27/10/72



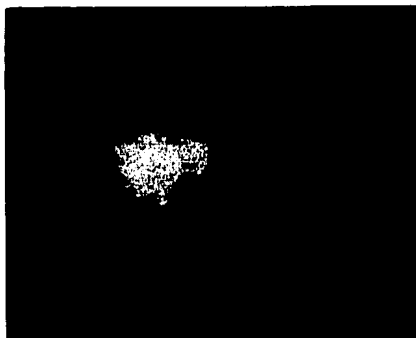
**GAMMAGRAMA HEPATOSPLENICO CON ^{99m}Tc - COLOIDE
(PRIMER ESTUDIO)**

El estudio se realizó en la proyección AP y LD, dónde se observa glándula hepática aumentada de tamaño en forma global, la concentración del radiocoloide en el interior de la misma es irregular observándose área de disminución en la región interlobar, la cuál nos sugiere patología a dicho nivel.



SEGUNDO ESTUDIO DE ULTRASONOGRAFIA

REPORTE: Se realiza estudio de tiempo real sobre área hepática, encontrándose: Zona de menor densidad en el parénquima - propiamente dicho; siendo sus bordes (contorno) impreciso. Sus dimensiones actuales 4.6x3.7cm., la cavidad actual es de 3.1cm.



Luz. Hdez. Sison

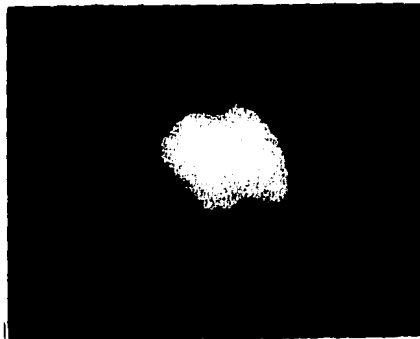
10-DIC-64



GAMMAGRAMA HEPATOESPLENICO CON ^{99m}Tc - COLOIDE

(SEGUNDO ESTUDIO)

Realizado en las proyecciones convencionales, en donde se observa glándula hepática aumentada de tamaño en forma global. La concentración del radiofármaco en el interior de la glándula es irregular, sin evidencia actual de lesión ocupante de espacio. En comparación con estudio previo, el área de disminución en región interlobar ha desaparecido.



W. H. S. S. S. S.

10-DIC-57



GAMMAGRAMA HEPATOSPLENICO CON ^{99m}Tc - COLOIDE
(SEGUNDO ESTUDIO)

Realizado en las proyecciones convencionales, en donde se observa glándula hepática aumentada de tamaño en forma global. La concentración del radiofármaco en el interior de la glándula es irregular, sin evidencia actual de lesión ocupante de espacio. En comparación con estudio previo, el área de disminución en región interlobar ha desaparecido.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- FREEMAN, B. A. Salmonellosis. En: Tratado de Microbiología de Burrows. Edit. Interamericana (Méx.). 2da Ed. 1984, 517.
- 2.- Dive, A.: Salmonellosis en; Microbiología Clínica. Edit. Interamericana. (Méx.). 3a. Ed. 1983, 173-174.
- 3.- Llenette Balows y Husler Truant; Salmonellosis en; - Manual de Microbiología Médica. Ed. Panamericana (Méx.) 3a. Ed. 1982;251-252.
- 4.- Kumate, J. y Gutiérrez, G.; Salmonellosis en; Manual de - Infectología. Edit. Hospital Infantil de México (Méx.) - 8a. Ed. 1981;47-68.
- 5.- Peñalosa J. L., Llausa, Alejandro y Kumate, J.: Absceso - Hepático Piógeno Producido por Salmonella Typhi. Bol. - Méd. Hosp. Inf. (Méx.). Vol.:XXI(5), 1974;917-925.
- 6.- Olivares López F., Cruz Carranza Guillermo, Vasquez - Espinoza Ana Ma., Peredo V. Miguel, Coperena Muñoz To - más de J. y Ramírez R. M.: Absceso Hepático por Salmone - lla. Prensa Médica Mexicana.
- 7.- Dietrick, R. B.: Experience With liver abscess. Am. J. - Surg. 1984 (147):288-291.
- 8.- Miedema, B. W.,Ninzen, P.: The diagnosis and treatment - of pyogenic liver abscess. Ann. Surg. (200) 1984, 328-334.
- 9.- Kumate, J., Llausa, A. y Rodríguez, L; La serología en - el diagnóstico de la fiebre tifoidea y sus complicacio - nes en la edad pediátrica. Bol. Méd. Hosp. Inf. (Méx.) - Vol. XXIX (4) 1972, 405-411.
- 10- Gutiérrez, G., Coll, R., Cerda M. S. y Muñoz, O.: Sero - epidemiología de la fiebre tifoidea en la República Mexi - cana. Arch. Inv. Méd. (Méx.) 1982,97-103.

- 11- Pitt, H. A., and Zuidema G. D.; Factors influencing mortality in the treatment of pyogenic hepatic abscess. - Surg. Gynecol. Obstet., 1975, (140) 228-234.
- 12- Heymann A. D.; Clinical aspects of grave pyogenic abscesses of the liver. Surg. Gynecol. Obstet. (149), 1974, - 209-213.
- 13- Perera, M. F., Kierk, A. and Noone, P; Presentation diagnosis and management of liver abscess. The Lancet. - 1984, 629-632.
- 14- Berger, L. A. and Osborne, D. R.; Treatment of pyogenic-liver abscesses by percutaneous needle aspiration. The Lancet. 1984, 131-134.
- 15- Herbert, D. A., Rothman J., Simmons F., Fogel, D. A., - Wilson, S. and Ruskin J.; Pyogenic liver abscesses successful non surgical therapy. The Lancet. 1982, 134-36.
- 16- Sheinfeld, A. M., Steiner, A. B., Rivkin, L. B., Dermer-R. H., Shemesh, O. N. and Dolverg, M. S.; Transcutaneous drainage of abscesses of the liver. Surg. Gynecol. Obstet. (155), 1984, 662-666.
- 17- Shackelford R. T.; Abscesos intrahepáticos piógenos. En; Diagnóstico Quirúrgico. Tomo II Edit. Salvat. (Méx.), - 1971, 834-843.
- 18- Stoopen, M., Kimura, K., Hori-Milanes S. y Fuentes García, M.; La ultrasonografía y la tomografía computarizada en el diagnóstico del absceso hepático amibiano. - Arch. Investigación Médica. (Méx.) 11 (supl. 1) 1980, - 317-324.