

11227  
201.45



**Universidad Nacional Autónoma de México**

Facultad de Medicina  
División de Estudios de Postgrado  
Hospital General de Acapulco, Gro.  
S. S.

**ABSCESO HEPATICO AMIBIANO**

REVISION DE 40 CASOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE  
ACAPULCO, GRO. DE LA SECRETARIA DE SALUD.

**Tesis de Postgrado**

Que para obtener el título de especialista en:

M E D I C I N A I N T E R N A

P r e s e n t a :

**Dr. Pedro Guzmán Arias**

Jefe del servicio de Medicina Interna  
Dr. Eduardo C. Cabrera Figueroa



México, D. F.

1988

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

## I N D I C E

TEMAS	PAGS.
1.- Introducción	1
2.- Material y metodos	4
3.- Distribución por grupos de edad	5
4.- Distribución por sexo	6
5.- Antecedentes	7
6.- Resultados: Cuadro clinico	8
7.- Exámenes de laboratorio	10
8.- Estudio Radiologico	12
9.- Complicaciones	15
10.- Imágenes radiologicas de pacientes con absceso hepatico ambiano.	16
11.- Imágenes de ultrasonido de higado	22
12.- Piezas de autopsia	23
13.- Tratamiento	25
14.- Estancia hospitalaria y mortalidad	28
15.- Discusión y conclusiones	29
16.- Bibliografía	31

## I N T R O D U C C I O N

La Entamoeba histolytica es un protozooario de la clase Rhizopoda y del genero Entamoeba; de la cual se conocen tres formas:

- 1.- La forma Minuta que mide 10 a 20 micras, es inmóvil apatogena y vive en la luz intestinal. Tiene un solo núcleo y puede contener vacuolas citoplasmicas con inclusión de bacterias pero no eritrocitos.
- 2.- La forma quística que mide 10 a 25 micras de diámetro y contiene de 1 a 4 núcleos. En estadios tempranos de evolución contiene glucogeno almacenado.
- 3.- La forma Magna o trofozoito; es patogena mide de 6 a 50 micras de diámetro; se forma directamente del quiste o a través de la forma minuta, posee un solo núcleo con gránulos de cromatina adosados a la membrana nuclear. El endoplasma finamente granular contiene vacuolas, restos celulares y frecuentemente eritrocitos fagocitados.- Esta rodeado por una especie de gel llamado Ectoplasma que contiene prolongaciones en forma de pseudopodos.

Cuando la amiba no encuentra las condiciones optimas para poder vivir se enquista y es expulsado con la materia fecal, cuando este quiste es ingerido por la acción de los jugos gastricos se rompe su cubierta y sale una amiba tetranucleada, que posteriormente se dividira para formar cuatro amibas. Una vez en el Colon la amiba puede penetrar en la pared colonica y dar lugar a diversas manifestaciones clinicas o bien existir en la luz intestinal en estado de comensal y ser inocuo para el huesped.

La infestación de la población humana por la *Entamoeba histolytica* está mucho más extendida de lo que generalmente se piensa, calculándose que fluctúa cerca del 20 % de la población mundial o sea más de 500 millones de personas, encontrándose en todas las zonas habitadas del planeta y no solamente en los países tropicales como antes se pensaba, aunque en estas regiones dicho porcentaje puede ascender al 50 % o más.

Se calcula que nuestra población se encuentra infestada en un 30 %, lo que nos da cerca de 20 millones de habitantes; por lo que es considerado como un grave problema de salud pública, ya que los casos van en aumento por los diversos mecanismos de transmisión que existen - los cuales son: A través de moscas, cucarachas, agua contaminada; sobre todo en épocas de lluvia, y por los manipuladores de alimentos.

Una vez que han llegado las amibas al colon se pueden presentar las siguientes formas:

- 1.- Asintomática
- 2.- Colitis amibiana crónica
- 3.- Disenteria amibiana
- 4.- Ameboma
- 5.- Complicaciones: Colon tóxico amibiano  
Absceso hepático amibiano  
Amibiasis mucocutánea.

La amiba no siempre va a ocasionar enfermedad; es decir en algunas ocasiones se establece una coexistencia pacífica entre el parásito y el huésped; quien se convierte en portador asintomático. El cambio de la amiba de parásito inofensivo a agresivo con la presencia de síntomas, generalmente se atribuye a la exacerbación de su virulencia y a la disminución de la resistencia del huésped como sucede en enfermedades anergizantes.

Para llegar al hígado la amiba ataca primero a la mucosa intestinal con su carga enzimática, la cual se produce durante su metabolismo y son las siguientes: Hialuronidasa, ribonucleasa, caseasa, glutaminasa, desoxirribonucleasa, succinildeshidrogenasa, fosfomonosteirasa, amilasa, maltasa, estearasa y gelatinasa. Pasa la mucosa y sigue avanzando en su destrucción hacia planos profundos hasta alcanzar los vasos sanguíneos del sistema porta y pasar al lobulillo derecho del hígado con mayor frecuencia. Se calcula que se origina un caso de absceso hepático por cada 1,250 portadores de amibiasis intestinal.

El absceso hepático es más frecuente en desnutridos, en alcohólicos y en el sexo masculino; esto se cree que se debe a lo siguiente:

- 1.- Para nutrirse la amiba necesita colesterol y los pacientes desnutridos y alcohólicos tienen niveles elevados de colesterol sanguíneo y hepático.
- 2.- La testosterona y la cortisona favorecen la producción de absceso hepático probablemente por su estructura química semejante al colesterol, por lo que es más frecuente en el sexo masculino.

La primera descripción que se tiene del absceso hepático en forma clara y precisa fue hecha por Mateo Aleman al describir el cuadro clínico del Arzobispo Fray Miguel García Guerra en el año 1612.

## MATERIAL Y METODOS.

Se analizaron 40 expedientes de el servicio de Medicina interna con el diagnostico de Absceso Hepatico Amibiano, internados del primero de Enero de 1986 al 31 de Diciembre de 1987, en el hospital general de Acapulco - de la secretaria de salud.

El diagnostico de realizó por:

METODO	No. PACIENTES	PORCENTAJE
Historia clinica	40	100 %
Exámenes de laboratorio	40	100 %
Exámenes radiologicos	40	100 %
Ultrasonido de higado	13	32.5 %

La edad de presentación oscilo entre los 15 a 65 - años de edad con una media de 40; con la siguiente - distribución por edades: de 15 a 20 años 6 pacientes - (15 %); de 21 a 30 años 9 pacientes (22.5 %); de 31 a 40 años 4 pacientes (10 %); de 41 a 50 años 12 pacien- tes (30 %); de 51 a 65 años 9 pacientes (22.5 %).

Grafica No. 1.

Se encontró una mayor frecuencia en el sexo mascu- lino con 30 pacientes (75 %); en relación con el feme- nino con 10 pacientes (25 %). Grafica No. 2.

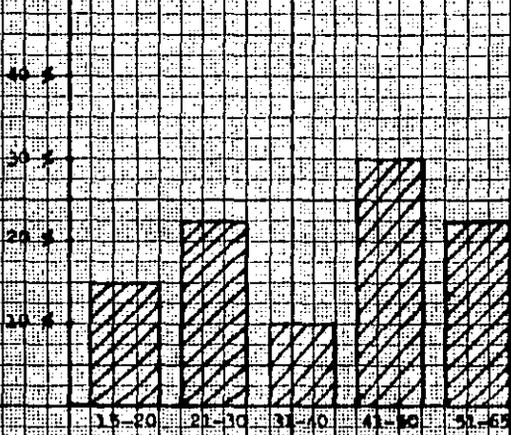
Entre los antecedentes de importancia se encontra- ron los siguientes:

- 1.- Los 40 pacientes provenian de medio socioeconomi- co bajo con alimentación deficiente en cantidad y ca- lidad (100 %).
- 2.- Alcoholismo positivo en 30 pacientes (75 %).
- 3.- Cuadros diarreicos frecucntes en 6 pacientes (15%)

Grafica No. 3.

GRAFICA No. 1

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD



CHARICA NO. 2

DISTRIBUTION POR SEXO

100 %  
80 %  
60 %  
40 %  
20 %



MASC.



FEM.

GRÁFICA No. 3

ANTECEDENTES

100 %  
80 %  
60 %  
40 %  
20 %



MEDIO  
SOC. ECON.  
BAJO.



ALCOHOL  
LIBRO.



DIABETA.

## R E S U L T A D O S

De el analisis que se realizó se encontró que todos los pacientes provenian de medio socioeconomico bajo - con alimentación deficiente en cantidad y calidad con alcoholismo positivo en el 75 % de los pacientes; en todos los pacientes se encontro la triada clasica de - hepatomegalia, fiebre y dolor abdominal (100 %). Por lo que respecta al dolor abdominal este se localizó en el cuadrante superior derecho con irradiación en hemi - cinturon derecho a la region lumbar o en tirante a la region escapular derecha, dependiendo de la localiza - ción del absceso; el dolor en estos pacientes se consi - dera que es debido a la irritación de la cápsula de - Glisson y del peritoneo parietal.

Por lo que respecta a la hepatomegalia, siendo medi - da en centímetros por debajo del reborde costal en li - neas convencionales, se encontró, la mas pequeña de 3 - 3-3 cm y la mayor de 21-23-21 cm. Este crecimiento he - patico se ha considerado que se debe no solo a la pre - sencia del absceso, sino tambien a fenomenos reflejos - neurovasculares que provócan aumento del calibre de - los vasos intrahepaticos, incluso con apertura de anag - tomosis; esto se ha evidenciado radiologicamente por - cateterismo de las suprahepaticas, las cuales se encu - entran dilatadas.

La fiebre encontrada en estos pacientes se presen - to sin predominio de horario, con calosfrios y diafore - sis.

Se encontró plenitud post-prandial inmediata en el 75 % de los pacientes, esta se presenta por la compresión - que se produce al ser rechazado el estomago por el hígado crecido.

Las nauseas y los vomitos fueron encontrados en el 87.5 % de los casos.

La ictericia fue detectada en el 62.5 % de los pacientes. Ya en el año 1897 el Dr. José Torres asentó que la ictericia no era una observación rara en los - pacientes con absceso hepatico y que esta se presentaba por la compresión directa de una via biliar gruesa o - por adherencias. Actualmente se considera como hepato-celular o hemolitica.

En nuestros pacientes encontramos edema de extremidades inferiores en un 30 %, consideramos que este sig no se debe a que nuestros pacientes presentan desnutrición y en algunas otras ocasiones a la compresión de - la vena cava por el aumento del tamaño del hígado.

La presencia de ascitis fue detectada en un 20 % de los pacientes; que como la presencia de edema de extremidades inferiores se explica por la desnutrición, la compresión de la vena cava y el daño hepatocelular.

Los cuadros diarreicos solamente se encontraron en un 15 %, esto ya se ha estudiado y se ha encontrado - que en los adultos el porcentaje de cuadros diarreicos es bajo, en cambio en los niños se encuentra hasta en un 90 % en asociación con el absceso hepatico amibiano Ver cuadro No. 1.

EXAMENES DE LABORATORIO

Los datos que encontramos en esta revisión son los siguientes: En el 37.5 % la hemoglobina estaba por debajo de 10 gramos por 100 ml, esto no es mas que el reflejo de la población que se atiende en la secretaria de salud, con alimentación deficiente y por lo tanto anemia en diferentes grados.

En cuanto a los leucocitos, estos se registraron por arriba de 10 mil en el 100 % de los casos, encontrandolos de 15 a 19 000 en el 37 % y leucocitos de 20 000 y mas en el 30 %; generalmente estos ultimos pacientes son los que llegan en mal estado general con abscesos hepaticos multiples, gigantes o complicados con apertura a pleura, bronquios o cavidad abdominal. Por lo que respecta a las formas juvenes de los leucocitos, estos estuvieron presentes en un 75 % de los casos.

La bilirrubina directa se registró en mas de 1 mg en un 50 % y la indirecta en un 25 %.

Las transaminasas se encontraron elevadas; en un 80 % la glutamico oxalacetica y en un 75 % la piruvica. La fosfatasa alcalina en estos pacientes se encontró elevada en el 85 %, las transaminasas y la fosfatasa alcalina nos indican del daño hepatocelular.

Cuadro No. 2.

CUADRO No. 1

SIGNOS Y SINTOMAS MAS IMPORTANTES	PORCENTAJE
1.- Dolor abdominal	100 %
2.- Fiebre	100 %
3.- Hepatomegalia	100 %
4.- Nauseas y Vomitos	87.5 %
5.- Plenitud post-prandial inmediata	75 %
6.- Ictericia	62.5 %
7.- Edema de extremidades inferiores	30 %
8.- Ascitis	20 %
9.- Diarrea	15 %

CUADRO No. 2

HALLAZGOS DE LABORATORIO	PORCENTAJE
Hemoglobina menos de 10 g/100 ml	37.5 %
Leucocitos de 10-14 000X MM <sup>3</sup>	32.5 %
Leucocitos de 15-19 000 X MM <sup>3</sup>	37.5 %
Leucocitos de 20 000 y mas	30 %
Banemia	75 %
Bilirrubina directa de mas de 1 mg	50 %
Bilirrubina indirecta de mas de 1 mg	25 %
T.G.O	80 %
T.G.P	75 %
Fosfatasa alcalina	85 %

## ESTUDIO RADIOLOGICO

La telerradiografía de tórax, las radiografías laterales derechas y las radiografías simple de abdomen - constituyen los elementos más útiles para estudiar a - los pacientes con absceso hepático ya que dan la información del hígado en relación con las vísceras adyacentes, de la presencia de complicaciones.

Los signos radiológicos de absceso hepático son los siguientes:

1.- Elevación del diafragma derecho; este debido a su relación anatómica con el hígado comúnmente se eleva ya que frecuentemente el lóbulo derecho se encuentra afectado, además se disminuye la movilidad a la inspiración y expiración debido al proceso inflamatorio.

2.- Derrame pleural; este signo es el segundo en frecuencia y es muy importante ya que indica que el absceso ha traspasado la cavidad abdominal y se encuentra infiltrando al tórax.

Es común que quede como secuela un engrosamiento de la pleura después de haber curado el padecimiento.

3.- Alteraciones parenquimatosas; lo que comúnmente se observa son las bandas de atelectasia laminar las cuales son debidas a la compresión que sufre el parénquima pulmonar por la elevación del diafragma derecho. - Estos cambios se resuelven en el momento que disminuye el crecimiento hepático y se realiza nuevamente una ventilación adecuada.

4.- Signos de desplazamiento abdominal; tanto el estómago como el ángulo hepático del colon y algunas otras estructuras pueden desplazarse debido a la hepatomegalia, esto es fácilmente demostrable con la ingesta de un trago de bario.

Algunos signos radiologicos que pueden existir menos-comunmente son debidos fundamentalmente a complicaciones sobre todo abdominales; estos son los siguientes:

a). Irritación peritoneal o cuadros de peritonitis con - la presencia de asas de intestino delgado, aumento del - espacio interasa, niveles hidroaereos y la imagen en vidrio despulido.

En nuestra revisión encontramos los siguientes sig - nos radiologicos: elevación del diafragma derecho en el 100 %, reacción pleuropulmonar con la presencia de derrame pleural y bandas de atelectasia en un 30 %; cavidad - hidroaerea subdiafragmatica en el 5 %.

En la radiografia simple de abdomen se encontró lo si - guiente: Distención de asas de intestino delgado en el - 35 %, rechazo de asas intestinales en el 75 % y aumento del espacio interasa en el 25 %. Cuadro No. 3.

Por lo que respecta al ultrasonido del higado, este - es uno de los métodos diagnosticos no invasivo útil en el diagnostico de absceso hepatico amibiano. Como sabe - mos esta basado en ondas ultrasonicas que se reflejan so - bre el parenquima hepatico y cualquier alteración de su estructura sera facilmente detectada.

En la revisión solamente encontramos que este estudio se realizó en 13 pacientes con los siguientes hallazgos: abscesos multiples en 15 %, absceso de lóbulo derecho en el 15 % y del lóbulo izquierdo en el 2.5 %.

Cuadro No. 4.

CUADRO No. 3

<u>HALLAZGOS EN LA TELERRADIOGRAFIA DE TORAX, LATERAL DERECHA Y RADIOGRAFIA SIMPLE DE ABDOMEN.</u>	<u>PORCENTAJE.</u>
1.- Elevación de diafragma derecho	100 %
2.- Reacción pleuropulmonar: Banda de atelectasia y derrame pleural .	30 %
3.- Cavidad hidroaerea subdiafragmatica	5 %
4.- Rechazo de asas intestinales	75 %
5.- Distención de asas de intestino delgado	35 %
6.- Aumento del espacio interasa	25 %
7.- Niveles hidroaereos	5 %

CUADRO No. 4

<u>HALLAZGOS EN EL ULTRASONIDO DE HIGADO.</u>	<u>PORCENTAJE.</u>
1.- Abscesos multiples	15 %
2.- Absceso de lóbulo derecho	15 %
3.- Absceso de lóbulo izquierdo	2.5 %
<b>T O T A L</b>	<b>32.5 %</b>

C O M P L I C A C I O N E S

De los 40 pacientes se encontró que el 27.5 % presentó complicaciones, distribuidos de la siguiente manera: En 7 pacientes el absceso hepatico se abrio a pleura lo que nos da un 17.5 %, en 2 pacientes se abrio a bronquios lo que nos da un 5 % y en 2 pacientes se encontró apertura a cavidad abdominal 5 %; en resumen complicaciones toracicas 22.5 %, abdominales en un 5 %. Cuadro No. 5.

CUADRO No. 5.

COMPLICACION.	No. Pacientes	Porcentaje.
Apertura a pleura	7	17.5 %
Apertura a bronquios	2	5 %
Apertura a abdomen	2	5 %
T O T A L	11	27.5 %



Fig. No. 1.- Telerradiografía de torax que muestra elevación de diafragma derecho, con imagen en sol naciente.



Fig. No. 2.- Telerradiografía de torax del mismo paciente que muestra opacidad homogénea de lado derecho del torax con desviación del mediastino a la izquierda, por apertura del absceso a pleura.



Fig. 3.- Telerradiografía de torax que muestra gran elevación de diafragma derecho.



Fig. 4.- Radiografía lateral derecha que corrobora la elevación de el diafragma derecho. Mismo paciente.



Fig. 5.- Radiografía simple de abdomen que muestra rechazo de asas intestinales abajo y a la izquierda. aumento del espacio interasa.

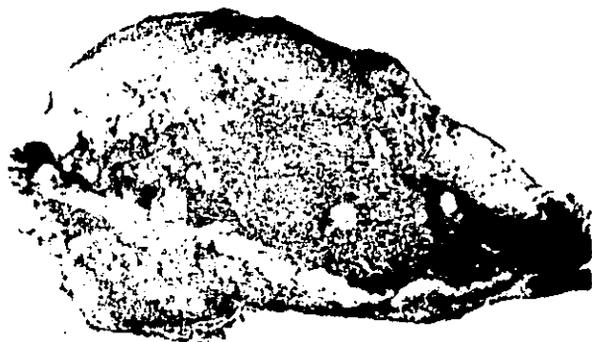


Fig. 6.- Pieza de autopsia del paciente de las figuras 3,4,y 5. Que muestra gran absceso hepatico.

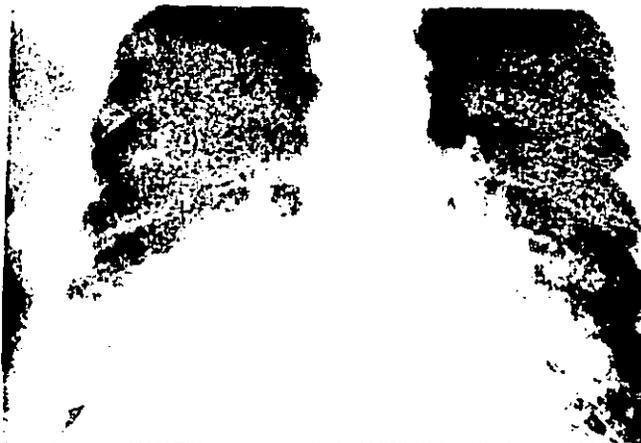


Fig. 7.- Telerradiografía de torax que muestra opacidad heterogénea basal bilateral de predominio derecho e hiperclaridad subdiafragmática derecha por absceso hepático abierto a bronquios.

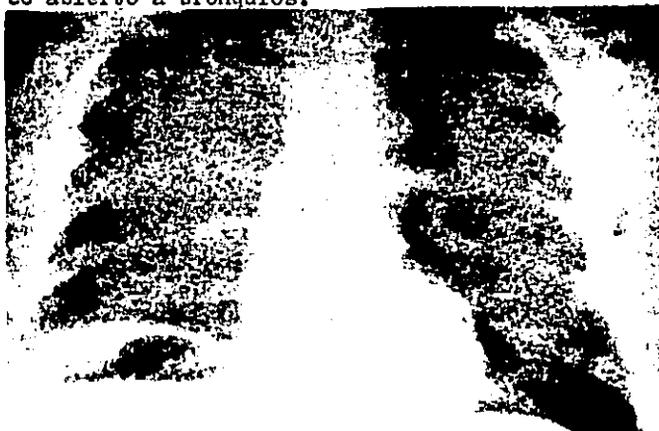


Fig. 8.- Radiografía que muestra elevación de diafragma derecho y aire subdiafragmático que corresponde al que se le introdujo al absceso después de puncionarlo.



Fig. 9.- Radiografía que muestra opacidad derecha, desviación del mediastino a la izquierda por absceso hepatico abierto a pleura.



Fig. 10.- Imagen de paquipleuritis derecha como secuela del absceso hepatico abierto a pleura.



Fig. 11.- Radiografía que muestra destrucción pulmonar basal derecha como complicación de absceso hepático abierto a pleura.



Fig. 12.- Radiografía de la misma paciente 7 días después con la formación de absceso pulmonar basal derecho.



Fig. 13 y 14 Que corresponden a ultrasonografias de hígado que muestran imágenes ecolucidas sugestivas de abscesos hepáticos amibianos, localizadas en el lóbulo derecho.



Fig. 15.- Pieza de autopsia que muestra abscesos hepaticos multiples.



Fig. 16.- Pieza de autopsia que muestra absceso hepatico de lóbulo derecho.



Fig. 17.- Pieza de autopsia que muestra abscesos hepaticos multiples.

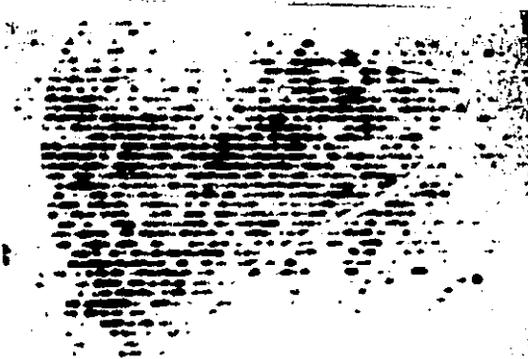


Fig. 18.- Gammagrafia hepatica que muestra defecto de captación, señalado por flechas, por absceso hepatico amibiano.

## T R A T A M I E N T O

El tratamiento de los pacientes con absceso hepatico amibiano puede ser: Médico y quirurgico.

Para el tratamiento médico se han utilizado varios medicamentos, ocupando un lugar muy importante la emetina, la cual fue utilizada por primera vez en el año 1912 por Rogers, logrando disminuir la mortalidad de la amibiasis hepatica; a pesar de ser conocidos sus efectos toxicos sobre el miocardio sigue siendo utilizada aunque actualmente se emplea la dehidroemetina, que tiene las mismas propiedades amebicidas pero con menos efectos toxicos por falta de átomos de hidrogeno en las posiciones 2 y 3.

En el año 1948 se introdujo en el tratamiento de la amibiasis el difosfato de cloroquina, que tiene una eficacia similar a la emetina.

El metronidazol descubierto por Nakamura en el año 1955 y sus derivados han revolucionado el tratamiento de la amibiasis hepatica ya que puede ser utilizado por via oral, I.V o intraarterial, tiene accion tambien en amibiasis intestinal.

En nuestros pacientes utilizamos el metronidazol en forma intravenosa a dosis de 7 a 15 mg/kg/dia durante 10 dias en el 100 %, la dehidroemetina se utilizó en dosis de 1 mg/kg/dia durante 10 dias, utilizamos la cloroquina solo en aquellos pacientes que considerabamos que el absceso hepatico era muy grande o bien multiples, en el 20 % fue utilizada. Como es bien sabido nuestros pacientes llegan en mal estado general, septicos, por lo que en el 52.5 % utilizamos ademas ampicilina a dosis de 100 mg/kg/dia durante 10 dias. En pacientes alergicos a la penicilina utilizamos gentamicina siendo esto solo en el 5 %. Cuadro No. 6.

Por lo que respecta al tratamiento quirurgico; este tiene como indicaciones:

- 1.- Fracaso del tratamiento médico
- 2.- Infección secundaria del absceso
- 3.- Abscesos de gran tamaño
- 4.- Absceso con inminencia de ruptura
- 5.- En las complicaciones:
  - a). Hidropericardio
  - b). Apertura a oericardio
  - c). Absceso abierto a bronquios, sobre todo cuando se acompaña de absceso pulmonar.
  - d). Absceso hepatico abierto a cavidad pleural
  - e). Apertura a cavidad peritoneal
  - f). Apertura a viscera hueca
  - g). Apertura a retroperitoneo.

Para este tipo de tratamiento se han empleado tres procedimientos quirurgicos, los cuales son: Punción - evacuadora, la toracotomia y el drenaje abierto mediante laparotomia.

La punción evacuadora se ha utilizado desde hace muchos años y consiste en introducir una aguja de calibre adecuado y de longitud suficiente a la cavidad - del absceso y evacuar su contenido. Tiene como inconvenientes: que es un procedimiento ciego, en ocasiones proporciona una canalización insuficiente y es - ineficaz en abscesos multiples, además que existe el peligro de contaminación bacteriana de la cavidad del absceso, en nuestra unidad la punción fue utilizada - en el 25 % de los pacientes sin tener complicaciones presentaron mejoría y se egresaron al 10 día de hospitalización.

En los pacientes complicados con apertura del absceso a pleura, se les realizó pleurotoma cerrada con colocación de sonda intrapleural.

Únicamente se realizó laparotomía exploradora en dos pacientes (5 %); en uno porque se presentó apertura del absceso a cavidad peritoneal al servicio de urgencias y el otro porque presentó fracaso al tratamiento médico por ser un absceso de gran tamaño. Cuadro No. 7.

CUADRO No. 6

TRATAMIENTO		MEDICO	
Medicamento.	Dosis/kg/día	No. pacientes	%
Metronidazol	7 a 15 mg	40	100 %
Dehidroemetina	1 mg	40	100 %
Cloroquina	10 a 20 mg	8	20 %
Ampicilina	100 mg	21	52.5 %
Gentamicina	5 a 7 mg	2	5 %

CUADRO No. 7

TRATAMIENTO		QUIRURGICO	
Procedimiento	No. pacientes	Porcentaje	
Función evacuadora	10	25 %	
Pleurotoma cerrada	7	17.5 %	
Laparotomía	2	5 %	

### ESPANCIA HOSPITALARIA

Se encontró que en el 80 % de los casos fue de 4 a 15 días, registrandose mayor estancia en los pacientes que presentaron complicaciones, como el caso de una paciente que presentó apertura del absceso a pleura y posteriormente un absceso pulmonar en la base pulmonar derecha, - ver figura 11 y 12, manteniendose en hospitalización durante 40 días.

### MORTALIDAD.

La mortalidad que se presentó en nuestra unidad fue - de el 12.5 % de los casos ( 5 pacientes ), porcentaje - que es similar al que se registra en los demas hospitales de la Secretaria de Salud.

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

De el analisis de los 40 expedientes se encontró que el absceso hepatico es mas frecuente en el sexo masculino en relación 3:1 con el femenino. La edad de presentación más frecuentemente observada es en la 5 decada de la vida, entre los antecedentes de importancia se encontró que todos los pacientes provenian de medio socioeconomico bajo con alimentación deficiente en cantidad y calidad, como toda la población que se atiende en los hospitales de la secretaria de salud, con alcoholismo positivo, lo cual como es sabido contribuye a la producción del absceso hepatico.

La triada sintomatica de fiebre, con dolor y hepatomegalia son elementos que permiten sospechar fuertemente el diagnostico, como es enunciado por el Dr. Villalobo y cols

La anemia se encontró en el 37.5 % de los pacientes, lo que apoya mas la observación de que los pacientes se encuentran con desnutrición. Por lo que respecta a los leucocitos estos se encontraron en cifras de 20 000 o mas en los pacientes complicados, lo que nos orienta fuertemente acerca de la evolución que tendran los pacientes que registran estas cifras leucocitarias.

La elevación de la fosfatasa alcalina en estos pacientes nos orientan hacia el diagnostico, asi tambien como es la elevación de las transaminasas.

La telerradiografia de tórax, la radiografia lateral de recha del tórax y la radiografia simple de abdomen son elementos diagnosticos que no debemos olvidar ya que nos orientan sobre el tamaño del absceso y las complicaciones con que esta cursando en esos momentos el paciente.

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

El ultrasonido del hígado es el método diagnóstico no invasivo básico para corroborar la localización, tamaño y número de el o los abscesos hepáticos.

A pesar del tratamiento actual con metronidazol y dehidroemetina que son eficaces en el 98 % de los casos - continúa habiendo complicaciones sobre todo torácicas y la mortalidad en base a esto aun es elevada, como lo demuestra este estudio.

Por último en los casos que se encuentra la triada - signológica característica, con gran ataque al estado general, alteración de las pruebas funcionales hepáticas, con cuenta leucocitaria de 20 000 o más, con un ultrasonido de hígado corroborando el diagnóstico de absceso hepático gigante o bien múltiples; deberán ser manejados - en forma conjunta con el servicio de cirugía general ya que fácilmente se complican o bien presentan respuesta inadecuada al tratamiento médico.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Jesus Villalobos, Pilar Garcia, Mauricio Maqueo, Alberto Campos, Luis M. Hervella. Absceso hepatico amibiano en 84 enfermos estudiados en el I.N.N.S.Z en los ultimos 5 años. Rev. Invest. Clin. 34:39-41 1982.
- 2.- Rafael Garcia Carrizosa. Tratamiento quirurgico de la amibiasis hepatica no complicada. Rev.Med.Hosp. - Gral. 43 (1-2) 1980.
- 3.- Vicente Cerecedo Cortina, Raul Gaxiola. Absceso hepatico amibiano. Estudio de 1128 pacientes. Rev.med. hosp.Gral. 43 (1-2) 1980.
- 4.- José Luis Ramirez Arias, Fernando Lamadrid L. Iconografía de absceso hepatico amibiano. Rev.Med.Hosp. - Gral. 43 (4) 1980.
- 5.- Raúl Gaxiola, Vicente Cerecedo Cortina. Absceso hepatico del lóbulo izquierdo. Rev.Med.Hosp.Gral. 43 (1-2) 1980.
- 6.- Raúl Gaxiola. Historia del absceso hepatico amibiano. Rev.Med.Hosp.Gral. 43 (1-2) 1980.
- 7.- Arturo Erosa Barbachano. Amibiasis: Epidemiologia. - Rev.Med.Hosp.Gral. 43 (1-2) 1980.
- 8.- Roberto Flores Guerrero. Amibiasis intestinal. For - mas clinicas. Rev.Med.Hosp.Gral. 43 (1-2) 1980.
- 9.- Alfonso Martuscelli. Amibiasis en niños. REV.Med.Hosp. Gral. 43 (1-2) 1980.
- 10.- Luis Sánchez Yllades. Estudio hematologico del absceso hepatico amibiano y sus complicaciones. Rev. - Med. Hosp. Gral. 43 (1-2) 1980.

- 11.- Bertha C. Garcia Gutierrez, José I. Chavez Espinoza Pablo Ramirez Mendoza. Absceso hepatico amibiano - complicado a torax. Rev.Med.Hosp.Gral. 43 (3) 1980.
- 12.- José I. Chavez Espinoza, Bertha C. Garcia Gutierrez: Tratamiento quirurgico de las complicaciones toracicas del absceso hepatico amibiano. Rev.Med.Hosp.Gral 43 (4) 1980.
- 13.- Navin M. Amin. Amebic hepatic abscess. A.J.P. Vol. 36. No. 3. septiembre 1987.
- 14.- Eric Van Sonnenberg, Peter R. Mueller. Intrahepatic amebic abscesses: Indications for and results of - percutaneous catheter drainage. Radiology 1985;156 631/635.
- 15.- K. Chadee and Keerovitch. The pathology of experimentally induced cecal amebiasis in Gerbils. A.J.P. Vol. 19. No. 3. junio 1985. Pag. 485-494.
- 16.- Victor Tsutsumi, Raúl Mena Lopez. Cellular bases of experimental amebic liver abscess formación. A.J.P. Vol. 117. No. 1. pag. 81-91. octubre 1984.
- 17.- K. Chadee and Keerovitch. The pathogenesis of experimentally induced amebic liver abscess in the Gerbil. A.J.P. Vol. 117. No. 1.pag. 71-80. Oct. 1984.
- 18.- Jaime de Jesús Aguirre Torres, Eutiquio Velázquez-Venegas. Estudio comparativo entre la centelleografia en el diagnostico del absceso hepatico amibiano Rev. Gastroenterol. Méx. Vol. 49.No.2. 1984. 87-90.
- 19.- F. Gordon, J. Quiroz, E. Segovia. Evaluación a largo plazo de casos de amibiasis invasora del higado Arc. Invest. med. (Méx) 1982,13(supl. 3) 307.
- 20.- Kurt Ambrosius Diener, Rocio Peña Alonso. Patologia de la amibiasis. Bol. MED. Hosp. Infant. Méx. Vol. 43. No. 7. julio 1986.