



11237
Sej
54
Universidad Nacional Autónoma
de México

División de Estudios de Postgrado

FACULTAD DE MEDICINA

Hospital "Dr. Miguel Silva"

MORELIA, MICHOACAN

SECRETARIA DE SALUD

"ABSCESO HEPATICO AMIBIANO EN NIÑOS"

T E S I S

Para obtener la Especialidad de:

PEDIATRIA MEDICA

QUE PRESENTA

C. Dr. José Andrés García Echeagaray

Asesor de Tesis: Dr. Faustino Chávez Martínez

TESIS CON
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

	Página
INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	10
HIPOTESIS	11
OBJETIVOS	12
MATERIAL Y METODOS	13
RESULTADOS	15
DISCUSION	21
COMENTARIO	26
RESUMEN	27
CONCLUSIONES	28
BIBLIOGRAFIA	29

INTRODUCCION.-

Absceso hepático amibiano en niños. Experiencia de 5 años en el hospital infantil de Morelia "Eva Sana-no de López Mateos" de la Secretaría de Salud.

El hospital infantil de Morelia, es un hospital de 2do nivel con carencias en recursos materiales y humanos, donde se atiende a individuos menores de quince años, originarios de este estado, así como de los estados vecinos: Guanajuato, Guerrero y en ocasiones de Colima. La gran mayoría proceden de medio socioeconómico y cultural bajos.

Las limitaciones del estudio estan relacionadas con carencias de material de laboratorio y de personal entrenado.

En el presente estudio sólo nos limitaremos a la revisión de los expedientes del archivo del hospital, de los casos con diagnóstico final de absceso hepático amibiano, haciendo una relación del total de ingresos en los últimos 5 años para determinar la frecuencia de ésta patología, en los pacientes menores de 15 años, que acuden a demandar atención médica a esta institución. Con el objeto también de identificar cuales son las características clínico epidemiológicas y las dificultades que se presentan para llegar al diagnóstico de certeza de esta enfermedad, conocer el manejo médico y en ocasiones quirúrgico y su evolución.

Así como plantear alternativas de solución en caso de observar deficiencias en la metodología diagnóstica o en el manejo médico del absceso hepático amibiano, con lo que se logrará una mejor atención a este tipo de pacientes.

La frecuencia del absceso hepático amibiano se refiere que es del 0.24 % al 0.37 % de acuerdo al reporte de algunos autores (1, 2, 22).

Señalándose también que es la complicación extraintestinal más frecuente de la amibiasis. (1, 3, 4, 19)

En casos de amibiasis, clínicamente se puede hacer el diagnóstico de absceso hepático amibiano entre el 1.2 y 17% (1)

Se señala también que el absceso hepático amibiano es 5 a 6 veces más frecuente en el adulto que en el niño (1, 2), variando quizá sólo la posibilidad de exposición y no de susceptibilidad. (3). En nuestro país se ha encontrado variación en la frecuencia de amibiasis entre el 2.4 al 85 % con promedio global del 27 % (1, 4, 11, 12, 13, 14). En una encuesta seroepidemiológica realizada en 1970 en menores de 16 años de la ciudad de México se encontró que el 3.9 % tenían anticuerpos séricos contra la *Entamoeba histolytica*, como consecuencia de invasión tisular por el parásito, es decir, de enfermedad amibiana (13). En 1974 se reportó el resultado de una encuesta serológica realizada en la República Mexicana, encontrándose positividad en el 5.95 %, observándose que el grupo de edad más afectado fue el de 5 a 9 años de edad, con un 6.84 %, con excepción de la región centrooccidental donde el grupo de edad más afectado fue el de los primeros 5 años de vida, (7, 13). En la ciudad de Morelia, en una encuesta serológica se encontró que el 7 % de la población mostró positividad (9). En un estudio realizado en dos hospitales de la ciudad de México, mediante la búsqueda de amibas, en niños con sintomatología digestiva de enfermedad atribuible a *Entamoeba histolytica* se encontró que la frecuencia de amibiasis invasora fue del 2 % (3)

Aunque se menciona que las encuestas basadas en exámenes coproparasitoscópicos no es muy exacta, por la razón de que el número de personas infectadas por *Entamoeba histolytica* y el número de personas que sufren la enfermedad es muy variable, (9).

Es de importancia señalar que se menciona que " el único in dice seguro para juzgar la prevalencia y la gravedad de la amibiasis en un área geográfica es la cantidad de abscesos hepáticos amibianos" (1).

En estudios de series de autopsias se ha reportado que la frecuencia de abscesos hepáticos amibianos es del 1.6 al -- 2.2 % en estudios realizados en México. En otros países como Chile se reporta frecuencia del 0.2 %, en Venezuela del 1.9 % y en Israel de 1.2 %. (1). Del total de amibiasis fatal se observó en las autopsias implicación hepática entre el 28 y 75 % según los reportes de diferentes series (1). Algunos autores señalan que de acuerdo a la frecuencia global de la amibiasis y de los resultados de las encuestas serológicas, una cuarta a quinta parte de los infectados por Entamoeba histolytica desarrollarán la enfermedad y producirán anticuerpos contra la amiba (12, 19). La frecuencia de amibiasis por grupos de edad, según el reporte de morbilidad de la Dirección general de epidemiología y estadística, de la Secretaría de Salubridad y asistencia, 1984; menciona que las edades tempranas son las más afectadas, señalándose para el primer año de vida una tasa de casi 2500 por 100000 seguida por el grupo de 1 a 4 años con una tasa de 1600 por 100000, (10).

En series de autopsias con diagnóstico de absceso hepático amibiano se reporta que las edades más afectadas son los 3 primeros años de edad (1, 3). Gutierrez reporta en 1971 en una serie clínica que la edad del lactante y preescolar fue la más afectada (22). Gómez reporta en un estudio realizado en 1936, que la edad más afectada fue entre los 2 y 6 años, refiriendo otros autores resultados similares (4, 17). La frecuencia por sexos; algunos han reportado predominio en --

el sexo masculino en series clínicas, pero en series de autopsias se ha visto cierto predominio en el sexo femenino, (1, 3, 6, 17, 21). Aunque lo que realmente parece suceder es que la susceptibilidad a la infección por *Entamoeba histolytica* es igual en ambos sexos, variando sólo la posibilidad de exposición a la infección, (3).

Entre los antecedentes de importancia que influyen en la presentación de la amibiasis se señalan el saneamiento precario, defecación al aire libre, la pobreza, el ruralismo, el hacinamiento y bajo nivel educativo, (5, 7, 10, 11, 14, 16, 19). También se menciona que el estado nutricional puede influir en la presentación de la amibiasis, señalándose que aproximadamente el 80 % de los casos de amibiasis hepática presentan algún grado de desnutrición (21). Otros autores como Kumate y Nesbitt observan que los casos fatales de absceso hepático amibiano estaban asociados con desnutrición entre un 9 y 30 %, (2, 13, 19).

En general se esta de acuerdo, que las manifestaciones clínicas predominantes son: fiebre, dolor abdominal, hepatomegalia, ataque al estado general, hipoventilación basal derecha, diarrea en el 50% de los casos, tos, distensión abdominal e ictericia en menos de los casos. (2, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21).

De los estudios de laboratorio; en la biometría hemática se puede encontrar; anemia, leucocitosis, neutrofilia y bandemia ocasionalmente. (10, 11, 13, 14, 15, 17).

Las transaminasas se pueden encontrar elevadas, así como la fosfatasa alcalina. (10, 11, 13, 14). También se menciona que los hallazgos de amiba en los exámenes coproparasitológicos es positiva en el 10% de los casos, sucediendo lo mismo en el material obtenido por punción (11, 14). Los estu -

dios útiles como las pruebas de funcionamiento hepático, la amiba en fresco, la observación directa del contenido necrótico, las proteínas plasmáticas, el TP y TPT, los copros en serie, y bilirrubinas séricas, en ningún momento son patognomónicos. (19).

Rayos X de tórax y abdomen.- Se pueden observar datos de - neumonitis basal derecha hasta en un 64%, y en el 71% elevación del hemidiafragma derecho, (15, 17), lo mismo que hepatomegalia y desplazamiento de la sombra medio torácica y de formación del diafragma, así como signos pleuropulmonares; engrosamiento pleural, bandas de atelectasia, o condensaciones neumónicas sin ser raro encontrar hidrotorax. (11). Se señala que en el 20 al 30% no hay alteraciones diafragmáticas por crecimiento hacia el abdomen. Puede haber íleo paralítico, ascitis y deformación del borde hepático inferior. (11, 13, 14).

El ultrasonido hepático, en la localización del absceso y - dimensiones del mismo o mismos, tiene una eficacia que ha sido estimada entre el 95 a 100 %, (10, 11, 14, 15, 17). Su utilidad es importante para conocer la involución de los - abscesos en semanas siguientes posteriores al tratamiento. (18). Tanto los estudios radiológicos, sonográficos y serológicos son importantes para el diagnóstico de absceso hepático amibiano, ya que con frecuencia el diagnóstico tiene - que sostenerse sin la demostración del agente etiológico, - siendo de gran ayuda en los casos de duda diagnóstica. (11) Por fortuna en la mayoría de los casos, hay sobre todo bases clínicas para apoyar el diagnóstico. También se señalan el tratamiento médico de prueba y punción o laparotomía exploradora; La prueba terapéutica es de gran utilidad a condición de que la respuesta favorable sea rápida y evidente.

La punción positiva salvo raras excepciones, confirma el diagnóstico, si es negativa no lo excluye, y en algunos hay que recurrir a la laparotomía exploradora para aclarar el diagnóstico. (11).

Tratamiento: Se menciona en la literatura que el tratamiento médico combinado; metronidazol y dehidroemetina tiene -- una eficacia del 96 %, (10, 11, 13, 14, 16, 19). Y con metronidazol sólo, se han reportado hasta 89 % de eficacia.

(19). Otros sugieren dehidroemetina o metronidazol sin necesidad de combinarlos, (12, 18). En casos no complicados se señala que el tratamiento médico resuelve el problema en el 90 % de los casos (21). El tratamiento con metronidazol y dehidroemetina deberá darse por 10 a 14 días. El primero se puede usar intravenoso, a 7.5 a 10 mgrs/kilo/día, en caso de no tolerar la vía oral y de acuerdo al estado de gravedad del paciente, por vía oral a 30-40 mgrs./kilo/día, dividido en tres dosis. La dehidroemetina a 1-1.5 mgrs/kilo/día en una dosis intramuscular, sin pasar de 65 mgrs. por día. (10, 11, 12, 13, 14, 16).

El tratamiento quirúrgico del absceso hepático amibiano ha tenido su origen en suposición errónea de que como en cualquier caso en que exista una colección de pus, ésta debe -- ser evacuada inmediatamente por el cirujano. El absceso hepático amibiano no está constituido por pus, sino por material necrótico no contaminado por bacterias (23). Cualquier tipo de intervención quirúrgica tiene el riesgo de favorecer la infección secundaria y con ello, agravar el cuadro clínico. Se consideran dos métodos quirúrgicos; la punción evacuadora y la canalización abierta combinadas con sustancias antiamebianas.

La punción evacuatora se indica: Cuando hay persistencia o aumento de los síntomas generales del absceso a pesar del tratamiento médico adecuado, y ante la presencia de abscesos de gran tamaño, acompañados de estado grave de toxemia o con amenaza de ruptura, debiéndose realizar en sala de operaciones con todas las medidas de asepsia. Y la canalización abierta esta indicada: Cuando exista o se sospeche perforación libre del absceso hacia la cavidad abdominal, cuando la amenaza de ruptura se juzgue inminente, cuando el estado de toxemia sea muy intenso y cuando persistan o aumenten los síntomas después de efectuada la punción evacuatora. (23).

El tratamiento quirúrgico ha disminuido en esta patología, hasta 1970 se había requerido en el 17% de los casos. Y de esa fecha a 1980 solo se había requerido en el 3.5 a 1.8 %, observándose junto con esta disminución, que la mortalidad también había disminuido. (11).

Complicaciones: Las complicaciones torácicas son las más -- frecuentes 15 a 20 % y son: derrame pleural serofibrinoso, apertura a bronquios en un tercio, comunicación a pleura y producción de empiema, apertura a pericardio la menos frecuente. La mayor parte de las complicaciones pleuropulmonares son por contigüidad o ruptura y son del lado derecho en el 95 % de los casos y menos frecuentes del lado izquierdo en el 5 %. (14).

Complicaciones abdominales: la más frecuente es la ruptura a cavidad abdominal, con peritonitis. Puede abrirse a órganos vecinos y los más frecuentes son: vesícula, estómago, duodeno y colon. (11).

En series de autopsias la ruptura del absceso hepático amibiano es a la cavidad abdominal o hacia órganos allí conte-

nidos, además de que es la causa más frecuente de muerte - entre los casos de amibiasis. En otros reportes la frecuencia de ruptura hacia la cavidad abdominal, varía entre el 3 y 49 %. Pero la ruptura del absceso hacia la cavidad torácica es más frecuente en series clínicas. Quizá la explicación de ésta diferencia reside en el hecho de que la ruptura hacia el abdomen es de pronóstico grave, mientras que la - ruptura hacia la cavidad torácica, tiene un porcentaje de - curación relativamente mayor. (14). En una serie clínica -- reportada recientemente se observó derrame pleural como com plicación del absceso hepático amibiano en el 21 % de los - casos (17).

Otra de las complicaciones es la sobreinfección agregada, - en algunos casos de absceso hepático amibiano, se reportan cultivos positivos en el material necrótico obtenido por as piración percutánea o drenaje quirúrgico, encontrándose con mayor frecuencia E. coli, klebsiella aerobacter, bacteroi - des y staphylococcus albus. Esta complicación se ha observa do en un 10 a 20 %. (11, 14).

Mortalidad: en 1971 en un reporte de Gutierrez Trujillo, la mortalidad fué del 26.9 % (19). Kumate en 1974 en un estu - dio de 346 casos reportó una mortalidad del 25 %. Y más re - cientemente Gutierrez Trujillo reporta mortalidad del 2.1 % Otros autores en 1986 y 1988 reportan mortalidades del 3.5 y 9 % respectivamente (13, 19, 21). Observandose en general que las cifras de mortalidad han disminuido a menos del 10% Quizá la disminución en las cifras de mortalidad sea un re - flecto por mejoría en los métodos diagnósticos y de medicamen - tos antiamebianos, así como disminución en el uso del trata - miento quirúrgico. (11, 19).

Se ha observado que empeoran el pronóstico, la asociación a

otros padecimientos como la desnutrición, la presencia de -
lesiones múltiples, las complicaciones y el retraso en el -
diagnóstico. (2, 11, 19). Y son datos de mal pronóstico, la
ictericia intensa, fiebre alta con toxiinfección grave y la
falta de respuesta pronta al tratamiento. (11), (13).

JUSTIFICACION.-

La amibiasis es un padecimiento frecuente en nuestro país, estimándose que alrededor del 5.9 % de la población a presentado amibiasis invasora, según encuesta serológica (7), y que uno de cada 4 a 5 portadores sanos desarrollarán la enfermedad (19). Señalándose también que el absceso hepático amibiano es la complicación extraintestinal más frecuente. (1, 3, 4, 14, 19) Por tal motivo es de interés conocer cuál es la frecuencia del absceso hepático amibiano en la población pediátrica que se atiende en este hospital, así como conocer cuales son los factores asociados más frecuentes en este padecimiento, identificar las manifestaciones clínicas que se presentan en estos pacientes, conocer los métodos diagnósticos utilizados para llegar al diagnóstico de absceso hepático amibiano, detectar si hay carencias materiales o falta de recursos humanos para establecer el diagnóstico, conocer el manejo médico o quirúrgico de estos pacientes, su evolución, así como la mortalidad. Para en el futuro poder corregir, las posibles deficiencias en la metodología diagnóstica o terapéutica. Y de acuerdo a los resultados obtenidos decidir, si es conveniente elaborar nuevos y mejores protocolos de estudio y manejo de este padecimiento, beneficiando con ello a la población que atendemos en este hospital.

HIPOTESIS.-

Tomando en cuenta la importancia de la amibiasis en nuestro país y que la amibiasis hepática es la complicación extraintestinal más frecuente, consideramos que su frecuencia será similar a lo publicado.

Las características clínicas y epidemiológicas no serán diferentes a las conocidas.

El diagnóstico de absceso hepático amibiano se debe sostener sin la demostración del agente etiológico, -- apoyándose en estudios radiológicos, sonográficos y mediante pruebas serológicas. Las pruebas serológicas para amibiasis serán difícil de realizar por falta de recursos técnicos y materiales, por lo que el diagnóstico de certeza en algunos casos será dudoso.

Los pacientes que ingresan al hospital con diagnóstico de absceso hepático amibiano, son manejados con metronidazol y dehidroemetina y en algunos se utiliza la cirugía, por lo que la mortalidad y complicaciones deberán ser similares a las de la literatura.

OBJETIVOS.-

1.- Conocer la frecuencia del absceso hepático amibiano en pacientes menores de 15 años que acuden a atención médica al hospital infantil de Morelia "Eva Samano de López Mateos" de la Secretaría de Salud.

2.- Conocer las características clínicas y epidemiológicas de este padecimiento en los pacientes atendidos en este hospital.

3.- Conocer cuales son los estudios paraclínicos con que contamos para la identificación de este problema y conocer los de mayor utilidad.

4.- Conocer las cifras de mortalidad y curación en el absceso hepático amibiano en niños atendidos en el hospital infantil de Morelia.

5.- Conocer cuales son las complicaciones más frecuentemente observadas en los niños con absceso hepático amibiano atendidos en este hospital, y su evolución.

MATERIAL Y METODOS:

MATERIAL.- Se revisarán los expedientes clínicos del archivo del hospital infantil de Morelia "Eva Samano de López Mateos". En el periodo comprendido del lero de enero de 1984 a noviembre 30 de 1988, - revisandose un total de 10,800 expedientes, encontrandose 26 casos con diagnóstico final de - absceso hepático amibiano.

METODOS.- Es un estudio retrospectivo de los expedientes de los pacientes con diagnóstico de absceso hepático amibiano en un periodo de 5 años, de los que se obtuvieron los siguientes datos:

- 1.- Edad.
- 2.- Sexo.
- 3.- Lugar de residencia.
- 4.- Condiciones sanitarias: drenaje, agua potable y hacinamiento.
- 5.- Antecedente de cuadros diarreicos.
- 6.- Estado nutricional al ingreso.
- 7.- Síntomas y signos principales.
- 8.- Resultados de biometría hemática: Hemoglobina, leucocitos, neutrofilos y bandas.
- 9.- Resultado de búsqueda de amibas en heces: amiba en fregco y CPá en serie.
- 10.- Resultado de rayos X de tórax y abdomen.
- 11.- Resultado de ultrasonido hepático.
- 12.- Diagnósticos hechos al ingreso.
- 13.- Tipo de tratamiento: médico y/o quirúrgico.
- 14.- Complicaciones presentadas.

- 15.- Resultados del manejo: curación y mortalidad.
- 16.- Días de estancia hospitalaria.
- 17.- Resultados de transaminasas, bilirrubinas séricas y seroameba.

RESULTADOS.-

Se encontraron 26 casos con diagnóstico de absceso hepático amibiano, de un total de 10800 expedientes revisados, encontrándose que la frecuencia fué del 0.24 % en relación al total de ingresos al hospital.

En la distribución por edades se encontró que el grupo de edad más afectado fué el de 2 a 6 años en un 50 %, seguida de la edad escolar en un 26.9 %, siendo la menos afectada los menores de 2 años en un 7.6 %.

Distribución por edades:	# casos	%
Lactantes	2	7.6
Preescolares	13	50.0
Escolares	7	26.9
Adolescentes	<u>4</u>	<u>15.5</u>
	26	100.0

En la distribución por sexos, en un 61.5 % correspondió al masculino y 38.5 al femenino.

Sexo	# casos	%
Masculino	16	61.5
Femenino	10	38.5

En relación al lugar de origen, encontramos que el 77% de los casos provenían del medio rural y el restante 23% de la zona urbana. También encontramos que en el 73 % (19 casos) no contaban con servicios sanitarios, como drenaje y agua potable, habiendo en ellos el antecedente de defecación al aire libre.

El antecedente de cuadros diarreicos estuvo presente en el 58 % de los casos, en el 7.6% no se consignó este dato.

Cuadros diarreicos	# casos	%
Positivo	15	57.8
Negativo	9	34.6
No consignado	<u>2</u>	<u>7.6</u>
Total	26	100.0

El estado nutricional al ingreso se encontró deficiente en el 69.2 % de los casos, siendo eutróficos el 30.8 %. El grado de desnutrición se hizo de acuerdo a la clasificación del Dr. Gómez. Teniendo que hubo el siguiente resultado:

Grado de desnutrición	# casos	%
Grado III	6	23
Grado II	5	19.2
Grado I	<u>7</u>	<u>26.9</u>
	18	69.2

Los síntomas y signos principales fueron: Fiebre, dolor abdominal o de hipocondrio derecho, hepatomegalia y ataque al estado general importantemente, y con menor frecuencia se presentaron los datos de irritación peritoneal, e ictericia. A continuación se hace una lista de los signos y síntomas según el orden de frecuencia observado:

Síntomas y signos	# casos	%
Fiebre	26	100
Dolor abdominal	25	96
Ataque al estado general	24	92
Hepatomegalia	24	92
Distensión abdominal	15	57.7
Diarrea	15	57.7
Tos	14	53.8
Hipoventilación basal der.	7	26.9
Irritación peritoneal	4	15.3
Tumoración visible en epigástrico	1	3.8
Ictericia	1	3.8

En la biometría hemática encontramos que en el 61.5 % de todos los casos con diagnóstico de absceso hepático amibiano, las cifras de hemoglobina estaban por debajo de los 11 Grs% y en la fórmula blanca había leucocitosis en el 92 %, con una media de 17 000 leucocitos, de estos el 96% con neutrofilia y bandemia en el 46%.

Cifras	# casos	%
Hemoglobina - 11 Grs	16	61.5
Leucocitosis	24	92
Neutrofilia	23	96
Bandemia	11	46

La determinación de transaminasas se realizó en 19 de los casos (73%) con diagnóstico de absceso hepático amibiano encontrándose cifras por arriba del valor normal en uno de ellos. La fosfatasa alcalina se determinó en 15 casos (57.6%) teniéndose cifras elevadas en solo 2 de los casos, (13.3%). También se determinaron niveles séricos de bilirrubinas en 16 - pacientes (61.5%) obteniendo en un caso cifras superiores al valor normal.

La búsqueda de amibas en heces se realizó en 15 de los pacientes por tener el antecedente de diarrea, en los 11 casos restantes no se solicitó por no considerarse importante para establecer el diagnóstico de absceso hepático amibiano. Obteniéndose el siguiente resultado:

Estudio	# casos	+	%
Amiba en fresco	15	2	13.3
Coproparasitoscópico en serie de 3	15	2	13.3

En el primer estudio se observaron trofozoitos y quistes de entamoeba histolytica y en los CPs' solo quistes.

El estudio de rayos X de tórax y abdomen se realizó en 22 de los 26 pacientes; encontrándose en 20 de ellos elevación del hemidiafragma derecho y hepatomegalia y en otro se observó derrame pleural del lado derecho, en el otro paciente no se encontraron datos que sugirieran absceso hepático.

El ultrasonido hepático se realizó en 21 de los 26 pacientes reportándose en todos ellos diagnóstico ultrasonográfico de probable absceso hepático amibiano.

En la revisión de los 26 expedientes con diagnóstico final de absceso hepático amibiano, se hicieron los diagnósticos presuntivos al momento del ingreso con el siguiente orden - según su frecuencia:

Diagnóstico de ingreso	# casos	%
Absceso hepático amibiano probable	20	76.9
Intubocclusión intestinal	2	7.7
Tumoración abdominal en estudio	1	3.8
Fiebre en estudio	1	3.8
Apendicitis aguda	1	3.8
Gastroenteritis probablemente infecciosa	1	3.8
	<hr/>	<hr/>
	26	100.0

El tratamiento dado al 100 % de los pacientes fué con metronidazol y dehidroemetina, y solamente 8 de estos pacientes (30.7 %) requirieron de manejo quirúrgico por presentar abscesos de gran tamaño y estado de toxoinfección grave, uno - de ellos por no tener diagnóstico de certeza, se le realizó laparotomía exploradora. En el paciente complicado con derrame pleural se le colocó sonda pleural y sello de agua.

Tratamiento médico	# casos	%
Metronidazol + dehidroemetina	26	100.0
Manejo quirúrgico:		
Función evacuadora	6	23.0
Laparotomía exploradora	1	3.8
Colocación de sonda pleural y sello de agua	1	3.8
	<hr/>	<hr/>
	8	30.7

Las complicaciones observadas en esta revisión de 26 casos de absceso hepático amibiano en niños fueron; uno de los pacientes presentó como complicación secundaria al padecimiento, derrame pleural del lado derecho durando 87 días en el hospital egresando del mismo, por mejoría clínica. Otro presentó septicemia y coagulación intravascular diseminada, el cual egresó por defunción, 17 días después de su ingreso, es importante aclarar que este paciente cursaba además con desnutrición de III grado, con déficit de peso de más del 40 %, y como dato agregado, previo al fallecimiento se le realizó punción -- evacuadora, con cultivo negativo para bacterias, y negativo -- en la búsqueda de amiba.

También se observaron en 2 casos infección agregada, posterior a punción evacuadora, encontrándose mediante nueva punción y cultivo del material necrótico, en un caso E. Coli y en el otro Klebsiella. Los dos pacientes recibieron antibióticos específicos de acuerdo al antibiograma, estos pacientes egresaron por mejoría clínica después de 21 y 27 días de haber ingresado.

La estancia hospitalaria en promedio fué de 15.4 días. El paciente con mayor número de días de estancia hospitalaria, -- fué el que presentó derrame pleural como complicación del absceso hepático amibiano, durando 87 días. El que menos tiempo estuvo hospitalizado duró 5 días.

La cifra de mortalidad encontrada en esta revisión fué de 3.8 %, un caso, el que se complicó con septicemia y que cursaba -- con desnutrición asociada. Curación en el 96.2 %.

	# casos	%
Curación	25	96.2
Mortalidad	<u>1</u>	<u>3.8</u>
	26	100.0

DISCUSION.-

La frecuencia del absceso hepático amibiano en niños, observada en esta revisión es del 0.24 %, siendo este resultado similar al reportado por Gutiérrez en un estudio realizado en el hospital de pediatría del CMN del IMSS, en 1971, (22). Kumate reportó en 1972 una frecuencia del -- 0.37 % (2).

La edad más afectada es la comprendida entre -- los 2 a 6 años en el 50 % de los casos de absceso hepático amibiano, seguida por la edad escolar en el 26.9 %, mostrando este resultado similitud al reporte de Gómez en un estudio realizado en el hospital infantil de México, (21). En -- un reporte de autopsias, en casos de amibiasis fatal, M. Sa las encontró que la edad más afectada fué la de los prime-- ros 3 años de vida, (3). También en una serie clínica Gutie rrez informa que la edad más afectada fué la del lactante, (22). En el reporte sobre morbilidad por amibiasis, de la -- Dirección General de Epidemiología y Estadística de la Se -- cretaría de Salud, en 1984, señala que las edades más afec-- tadas son la de los primeros 4 años de vida, (10). Así mis-- mo encontramos que en la encuesta serológica en la Repúbl-- ca Mexicana, realizada en 1974, se observó que la edad más afectada fué la de 5 a 9 años, haciéndose notar que en la -- zona centrooccidental, el primer quinquenio fué el más afec-- tado (7). Zona donde esta ubicado este hospital. Queremos -- hacer notar, como menciona M. Salas, que las diferencias en cuanto a las edades más afectadas varían quizá sólo ante:la posibilidad de exposición a la infección y no de susceptibi-- lidad, (3).

En cuanto al sexo más afectado en este estudio de absceso hepático amibiano en niños, el sexo masculino --

fué el más afectado en el 61.5 % y el femenino 38.5 %. En -- otros reportes se mencionan discretos predominios del masculino sobre el femenino, sobretodo en las series clínicas, en las series de autopsias se reporta predominio en el sexo femenino, (1, 6, 17, 21). Aquí tambien probablemente no haya - mayor suceptibilidad a esta patología en relación al sexo.

Observamos tambien que la defecación al aire libre, se encontró en el 73 % de los casos y el 77 % provenian de la zona rural, antecedentes que se mencionan como factores que favorecen la diseminación de la amibiasis, (5, 7, 10, 11). Algunos autores defienden que el ruralismo es un dato frecuentemente asociado a la presentación de la amibiasis invasora, (7), otros reportan que la población de la zona urbana es la más afectada, (21). Nosotros consideramos que esta asociación más bien esta dada por el tipo de población que es atendida - en cada hospital, ya sea porque se atienden más del área rural o de la urbana.

En la literatura se señala que la desnutrición esta asociada en aproximadamente el 80 % de los casos de absceso hepático - amibiano, mencionandose que es uno de los factores que predigponen a la invasión amibiana (21). Tambien se menciona que la mortalidad se encuentra asociada con la desnutrición entre el 9 y 30 %, (19). En esta revisión encontramos que el estado nutricional era deficiente en el 69.2 % de los casos, señalando se que el paciente que falleció cursaba con desnutrición de - III grado, no encontrando en este resultado diferencias con - lo publicado. Pero tampoco podemos afirmar en relación al resultado observado que la desnutrición sea uno de los factores predisponente a la invasión por amibas, pero si señalar que - esta importantemente asociado, y que además empeora el pronógtico . Nosotros consideramos que tanto el absceso hepático -

ambiano, como la desnutrición son reflejo de la pobreza y - nivel educativo bajo, pero para poder afirmar lo anterior habría que realizar un estudio más a fondo, ya que surgen algunas preguntas: ¿ Porqué el absceso hepático se observa en niños eutróficos ?, ¿ Cuantos de los niños que ingresan al hospital son desnutridos ?.

El antecedente de cuadro diarreico en este estudio estuvo presente en el 58 % de los casos. Reportandose en la literatura que ésta varía entre el 54 y 68 % aproximadamente (2, 13, 15, 19). Por lo que tal resultado no muestra diferencias.

Los síntomas y signos principalmente encontrados en ésta revisión son: Fiebre, dolor abdominal, hepatomegalia y distensión abdominal con frecuencias entre el 90 y 100 %, siendo menos frecuente la ictericia con 3.8 %, concordando - el resultado con lo referido en la literatura, (2, 17, 18, - 19, 21).

En la biometría hemática encontramos anemia en más de la mitad de los casos (61.5 %), leucocitosis con neutrofilia en más del 90 % de los casos, siendo este resultado similar a lo publicado por otros autores, (10, 11, 13, 14, - 15, 17).

Los resultados obtenidos en cuanto a la determinación de TGO, fosfatasa alcalina, bilirrubinas séricas y CR demuestran lo referido por Nesbitt, de que son útiles pero - no patognómicas, (19).

La búsqueda de amibas en heces en este estudio - se realizó en 15 casos, que además tenían el antecedente de diarrea, encontrandose positiva en el 13.3 % (2 casos), lo - que concuerda con lo publicado previamente por otros autores que señalan que aproximadamente en el 10 % de los casos será

positiva, (11). Es importante aclarar que en el resto de los casos, no se solicitó por no haberse considerado importante para el diagnóstico y porque no presentaban diarrea.

Observamos que en el estudio de los casos de absceso hepático amibiano de este hospital, sólo en el caso más reciente se realizó seroameba, con resultado positivo, en los 25 casos anteriores no se realizaron ninguna de las pruebas serológicas por no contarse con el material necesario.

Se señala en la literatura que con frecuencia el diagnóstico de absceso hepático amibiano tiene que sostenerse sin la demostración del agente etiológico, siendo aquí donde cobran importancia las pruebas serológicas, contribuyendo al diagnóstico en los casos de duda, lo mismo que el ultrasonido hepático y el tratamiento médico de prueba, (11). De ésta situación se desprende que en el hospital, para estudios futuros y en beneficio de los pacientes se deberá contar con algunas de las pruebas serológicas y con ello poder establecer diagnósticos y manejos oportunos.

En cuanto a que en estos casos se haya establecido el diagnóstico de absceso hepático amibiano, sin pruebas serológicas, lo apoyamos con resultados del ultrasonido y en la respuesta al tratamiento médico dado a estos pacientes, tales resultados se discutirán más adelante.

Los datos observados en los rayos x de tórax y abdomen en 21 de los 22 casos en que se realizaron, se visualizó elevación del hemidiafragma derecho y hepatomegalia. Encontrándose en un caso datos de derrame pleural. Estos datos observados con concordantes a lo publicado en la literatura, (15, 17). Aunque en nuestro estudio encontramos en el 3.8 % datos de derrame pleural, otros refieren un porcentaje mayor (17). También se refiere en la literatura que entre el 20 y

30 % de los casos no habrá alteraciones diafragmáticas por crecimiento hacia el abdomen, lo que explica el no encontrar en algunos casos alteraciones diafragmáticas, como sucedió en uno de los casos de nuestra revisión. (14).

El ultrasonido hepático en esta revisión tuvo una efectividad del 100 % de los casos en que se realizó; localizando y dando dimensiones del o los abscesos, además fué útil en el seguimiento de estos pacientes después de que egresarón del hospital, al evaluar la involución de los abscesos. Esta efectividad del ultrasonido hepático encontrada en el estudio, concuerda a lo descrito por otros autores, (10, 11, 14, 15, 17, 18, 21).

La efectividad de los tratamientos dados en esta revisión de 26 casos de absceso hepático amibiano fué del 96.2 %, con una mortalidad del 3.8 %, siendo este resultado el esperado de acuerdo a las estadísticas reportadas por otros autores (19, 21). También observamos las complicaciones esperadas cuando se realizó tratamiento quirúrgico; en dos casos infección agregada posterior a la punción evacuadora del absceso, lo que condicionó mayor número de días de estancia hospitalaria, quedando el porcentaje de complicaciones dentro de las cifras referidas en la literatura (14).

De las complicaciones observadas secundarias al padecimiento, un paciente presentó derrame pleural (3.8%), cifra menor a la reportada en la literatura (11, 17). Teniendo sólo importancia, para en lo futuro tener en cuenta esta posible complicación. Otro paciente presentó septicemia y coagulación intravascular diseminada, siendo este el caso que falleció, cursaba además con desnutrición de III grado. Indicando esto que el pronóstico se grave cuando presentan alguna complicación agregada y desnutrición, como se refiere en la literatura, (2, 11, 19).

Comentarios.-

Al realizar esta revisión se evidenció que en el hospital hay necesidad de recursos materiales para el estudio completo de esta patología, como son las pruebas serológicas para el diagnóstico de la amibiasis; hemaglutinación indirecta, contrainmunolectroforesis o prueba del látex. El tenerlas a mano deberá ser una de las metas a alcanzar para un mejor estudio y en beneficio de los pacientes que demandan atención médica.

Aunque en estos casos no se realizaron ninguna de las pruebas serológicas, el diagnóstico de absceso hepático amibiano se apoya en los reportes ultrasonográficos, así como en la respuesta al tratamiento, tomándose este último como prueba diagnóstica.

Es importante comentar aquí, que la clínica sigue siendo uno de los puntos que orientan al diagnóstico de absceso hepático amibiano, como se manifestó en esta revisión, al haberse buscado intencionadamente el dato de diagnóstico al momento del ingreso, encontrándose que en el 76.9 % de los casos se hizo el diagnóstico probable de absceso hepático amibiano.

RESUMEN.-

Se hizo una revisión de 25 casos de amibiasis hepática que acudieron al hospital infantil de Morelia, entre 1984 y 1988. Revisándose las características clínicas y epidemiológicas, la metodología diagnóstica y el manejo médico empleado. Encontrándose que la frecuencia del absceso hepático amibiano en niños es del 0.24 %, y que la edad más afectada fué la preescolar en el 50 % de los casos, seguida de la escolar. Predominó en el sexo masculino con relación de 2:1.

Se observó que las condiciones sanitarias deficientes y el ruralismo estuvieron presentes entre el 70 y 80 % del total de casos. La desnutrición estuvo asociada en el 69 % de los casos. Las características clínicas más frecuentes fueron; fiebre, dolor abdominal, y hepatomegalia, y menos frecuente la ictericia. Se observó que los estudios útiles en estos casos fueron el ultrasonido hepático, los rayos X de tórax y abdomen, así como la BH. Evidenciándose la carencia de material de laboratorio; como las pruebas serológicas útiles en el diagnóstico de amibiasis invasora. Reconociéndose que la BH, la búsqueda de amibas en heces, pruebas de funcionamiento hepático son sólo útiles pero no patognomónicas.

El manejo médico resolvió el problema en el 96.2 % de los casos, observándose mortalidad del 3.8 %.

Las complicaciones observadas fueron; derrame pleural un caso, septicemia y coagulación intravascular diseminada en un paciente. 2 pacientes con infección sobreagregada posterior a punción evacuadora. El pronóstico es grave al haber padecimientos asociados como la desnutrición y complicaciones agregadas.

CONCLUSIONES.-

1.- La frecuencia del absceso hepático amibiano en la población que atendemos es similar a la de los reportes - en la literatura.

2.- La edad más afectada es la preescolar, seguida de la escolar. El absceso hepático amibiano en esta revisión predominó en el sexo masculino.

3.- Las condiciones sanitarias deficientes favorecen la propagación de la amibiasis.

4.- Un buen interrogatorio y exploración física - orientan en la mayoría de los casos al diagnóstico probable de amibiasis hepática.

5.- El ultrasonido hepático es útil en el estudio de este padecimiento, tanto para apoyar el diagnóstico, como para valorar la evolución.

6.- El manejo médico mostró buenos resultados, con curación del 96.2 % .

7.- La mortalidad fué del 3.8 %, resultado sin diferencia a lo publicado en la literatura.

8.- Los padecimientos asociados y las complicaciones empeoran el pronóstico.

9.- Se evidenció la necesidad de recursos materiales en el estudio de absceso hepático amibiano.

BIBLIOGRAFIA :

- 1.- Ambrosius, K.; Peña, Rocio : Patología de la amibiasis. Bol. Méd. Hosp. Infant. Méx. 43 : 453-465, 1986.
- 2.- Kumate, J.; Aranda, E.: El absceso hepático amibiano en niños. Breviarios de pediatría. México, D.F.: Ediciones médicas del hospital infantil de México, 1973.
- 3.- Salas, M. : Anatomía de la amibiasis en los niños. Gac. Med. Méx. 88 : 373-383, 1958.
- 4.- Castañeda, E.; Baca, L.; Serafin, F. y Gutierrez, G.: Amibiasis intestinal en niños. I. Frecuencia y características de diversas formas clínicas. Arch. Invest. Méd. (Méx). 9 (supl 1): 367-381, 1978.
- 5.- Carrada-Bravo, T.: Las parasitosis humanas en México. - Bol. Méd. Hosp. Infant. Méx. 42 : 73-78, 1985.
- 6.- Lara, R.; Alvarez, R.; Lugo, J.L., y Fantoja, A.: Datos actuales sobre la frecuencia de la amibiasis intestinal invasora en niños. Memorias de la conferencia internacional sobre amibiasis, IMSS Méx. 781-786, 1976.
- 7.- Gutierrez, G.; Ludlow, A.; Espinoza, G.; Herrera, S.; Muñoz, O.; Rattoni, N., y Sepúlveda, B.: Encuesta serológica nacional. II. Investigación de anticuerpos contra la Entamoeba histolytica en la República Mexicana. Memorias de la conferencia internacional sobre amibiasis. IMSS -- Méx. 599-608, 1976.
- 8.- Biagi, F.: Algunas observaciones clínicas sobre 46 casos de amibiasis en niños. Bol. Méd. Hosp. Infant. Méx. 15: 632-636, 1958.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 9.- Landa, L.: Seroepidemiología de la amibiasis en México. 5to seminario sobre amibiasis, México, D.F., Febrero 19-73.
- 10.- Gonzalez, N.; Torales, A.; Gómez, D.: Infectología clínica pediátrica. 4ta. ed. Trillas, México, 1988, pp. -637-647.
- 11.- Villalobos, P.J.: Gastroenterología. Vol. II, 2da. ed. Mendez Oteo Edit., 1980, pp. 395-409.
- 12.- Picazo, E.; Palacios, J.L.: Introducción a la pediatría. Mendez Oteo Edit., México, 1979, pp. 383-393.
- 13.- Kumate, J.: Manual de infectología. undécima edición, -Mendez Cervantes edit., México, 1987, pp. 59-68.
- 14.- Espinoza, F.R.; Muñoz, J.: Cuidados intensivos en infectología. 1era. ed. GECSA edit., México, 1985, pp. 99-112
- 15.- Moreno, J.A.; Sequeiros, Erendira, y Anzures, Beatriz.: Manual de infectología pediátrica. 1era. ed. Instituto - Sintex edit. México, 1986, pp. 40-43.
- 16.- Gonzalez, N.: El paciente pediátrico infectado. 1era. ed., Trillas, México, 1989, pp. 253-255.
- 17.- Madrigal, A., y Fleites, E.B.: Experiencia con amibiasis hepática. I.N.Pediatría. Memorias VII simposium interamericano de infectología pediátrica. Morelia Mich. México. pp. 140-141, 1988.
- 18.- Romero, R.; Cardiel, L.; Salmón, L., y Arista, A.: Absceso hepático amibiano en el niño. Memorias VII simposium interamericano de infectología pediátrica. Morelia Mich. México. pp. 140-141, 1988.

- 19.- Nesbitt, C.: Amibiasis invasora extraintestinal. Memorias VII simposium de infectología pediátrica. Morelia Mich. - México. pp. 20-24, 1988.
- 20.- Brand, H., y Perez-Tamayo, R.: Amibiasis. Edit. Frensa médica mexicana S. A., México, 1979, pp. 43-55.
- 21.- Gómez, D., y Becerril, R.: Absceso hepático amibiano. Estudio de 206 casos de 1975 a 1985, en el hospital infantil de México. Memorias del V simposio interamericano de infectología pediátrica. San Luis Potosí, México, 1986.
- 22.- Gutierrez, G.: Absceso hepático amibiano en pediatría. - Arch. Inv. Méd. 2, supl. 1, 355, 1971.
- 23.- Bautista, J.: Tratamiento quirúrgico de la amibiasis invasora. Memorias de la conferencia internacional sobre amibiasis, IMSS Méx. 881-887, 1976.