



11227
UNIVERSIDAD NACIONAL ⁶⁶
AUTONOMA DE MEXICO _{2ej.}

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL ABC
THE AMERICAN BRITISH COWDRAY HOSPITAL

FACTORES PRONOSTICOS EN EL
ABSCESO HEPATICO AMIBIANO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
P R E S E N T A
Dr. Jorge Nara Saucedo

Profesor Titular del Curso:
DR. FRANCISCO MANZANO ALBA
Tutor: DR. EDUARDO SADA

MEXICO, D. F.

1992



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS:

1.' ANALIZAR LA EXPERIENCIA EN ABSCESO HEPATICO AMIBIANO EN EL HOSPITAL ABC PRIVADO DE LA CIUDAD DE MEXICO QUE POR SUS CARACTERISTICAS PARTICULARES SE DIFERENCIA DE OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD.

2.'AL COMPARAR NUESTRA EXPERIENCIA CON OTRAS SERIES, TRATAR DE DETERMINAR LOS ASPECTOS ESPECIFICOS QUE DETERMINAN LA PRESENTACION Y COMPORTAMIENTO DE ESTA ENTIDAD NOSOLOGICA EN NUESTRA POBLACION.

3.' DETERMINAR SI EXISTEN FACTORES ESPECIFICOS EN NUESTRA POBLACION CON ABSCESO HEPATICO AMIBIANO QUE NOS ORIENTEN A ASUMIR LA CONDUCTA DE MANEJO Y PREVENCION MAS APROPIADA, MEJORANDO EL PRONOSTICO DE NUESTROS PACIENTES.

ANTECEDENTES

AL HABLAR DE AMIBIASIS, TENEMOS QUE REMONTARNOS A LAS CIVILIZACIONES DEL ANTIGUO MUNDO, SE HABLABA DE CASOS DE "DISENTERIA" QUE PROBABLEMENTE ALGUNOS FUERON DE CAUSA AMIBIANA, INPOSIBLE ENTONCES DE IDENTIFICAR POR LA IGNORANCIA DEL FACTOR ETIOLOGICO ESENCIAL TOMANDO COMO EJEMPLO DE ELLO LO QUE AL RESPECTO SE ENCUENTRA EN LA OBRA HIPOCRATICA EN VARIOS DE LOS LIBROS QUE LA INTEGRAN HAY REFERENCIAS A LA DISENTERIA COMO EN EL TITULADO "DE LAS EPIDEMIAS" EN CUYA "CONSTITUCION SEGUNDA" SE CITAN DOS CASOS DE DISENTERIA CON TENESMOS (8).

NO FUE HASTA 1948 MOREHEAD PUBLICO LA PRIMERA OBSERVACION DE UN ABSCESO CEREBRAL QUE COINCIDIO CON OTRO HEPATICO Y DESPUES RELATO OTRO EN UN PACIENTE CON DISENTERIA (8). POR AQUELLOS AÑOS, COOPER EN SU LIBRO "EPIDEMIC DISEASES IN MEXICO CITY, 1718-1813" RELATA QUE EN 1776 HUBO AQUI UNA GRAN EPIDEMIA DE TIPOIDEA, DISENTERIA, NEUMONIA, E INFLUENZA, Y QUE EL MEDICO DON JOAQUIN PIO EGUIA Y LUGO AFIRMO QUE "UNA ENFERMEDAD DEL HIGADO HABIA SIDO LA CAUSA PRINCIPAL DE MUERTE EN ESOS AÑOS"(8).

YA EN EL SIGLO XIX LA GRAN FRECUENCIA DE LA DISENTERIA Y LO IMPRESIONANTE DEL ABSCESO HEPATICO AMIBIANO ENTRE NOSOTROS FUE ESTIMULO PARA UN BUEN NUMERO DE ESTUDIOS COMO LOS RECOPIADOS POR EL Dr RAOUL FOURNIER EN SU BIBLIOGRAFIA DEL ABSCESO HEPATICO (8).

LA AMIBA FUE VISTA POR PRIMERA VEZ EN 1755 POR RÖSEL VAN ROSENHOF, TALLADOR DE LENTES Y MICROSCOPISTA Y LA LLAMO "EL PEQUEÑO PROTEO",

EHREMBERG CREO, EN 1839 EL GENERO AMOEBAS, Y EN 1849 EL NATURISTA RUSO GROS DESCRIBIO LA PRIMERA AMIBA PARASITARIA DEL HOMBRE CONOCIDA, SU AMOEBAS GINGIVALIS, LLAMADA DESPUES ENTAMOEBAS GINGIVALIS.

ROBERTO KOCH EN 1887 HALLO AMIBA EN CAPILARES HEPATICOS CERCANOS A ABSCEOS CON LO CUAL PUSO EN CLARO , LA RELACION ETIOLOGICA ENTRE DISENTERIA Y ABSCESO HEPATICO (8).

AMIBIASIS ES UNA PARASITOSIS QUE AFECTA ANUALMENTE AL 10% DE LA POBLACION MUNDIAL, Y ENFERMA A SU VEZ AL 10% DE LOS SUJETOS INFECTADOS, MATANDO ALREDEDOR DE 100,000 PERSONAS AL AÑO(1).

EL ESPECTRO CLINICO DE LA AMIBIASIS VA DESDE EL ACARRAMIENTO ASINTOMATICO DE CEPAS PATOGENAS Y NO PATOGENAS HASTA LAS FORMAS INVASORAS INTESTINALES (DISENTERIA, COLITIS FULMINANTE, AMEBOMA, APENDICITIS) Y EXTRAINTESTINALES (ABSCEOS HEPATICO AMIBIANO, EL ABSCESO PULMONAR O CEREBRAL, ASI COMO AMIBIASIS CUTANEA) (2).

LA FRECUENCIA DE ABSCESO HEPATICO AMIBIANO ES UN INDICE MAS CONFIABLE PUES EL DIAGNOSTICO SE ESTABLECE EN GENERAL CON MAYOR PRECISION, SOBRE TODO EN MEDIO HOSPITALARIO.

ES DE 10 A 30 VECES MAS FRECUENTE EN EL ADULTO QUE EN EL NIÑO (3) Y UNA ENCUESTA REALIZADA EN MEXICO EN 1969 REVELO QUE EN 278,425 ENFERMOS HOSPITALIZADOS, EL 0.7% FUERON CASOS DE ABSCESO HEPATICO AMIBIANO,

CORRESPONDIENDO LAS FRECUENCIAS MAS ELEVADAS A LOS HOSPITALES GENERALES DE ADULTOS CON 2.1% DE LOS CASOS.(4).

LA LETALIDAD POR ABSCESO HEPATICO AMIBIANO EN LOS HOSPITALES DE LA CIUDAD DE MEXICO SE HA REDUCIDO GRADUALMENTE DE 2.0% DE 1963 A 1970 HASTA 0.2% DE 1975 A 1977 (5), SIN EMBARGO , CONTINUA ELEVADA EN AREAS RURALES DE MEXICO 10.3% (6), PORQUE SEGUN LOS DATOS DISPONIBLES LA ENFERMEDAD ES MAS FRECUENTE EN LOS ESTRATOS SOCIOECONOMICOS BAJOS, DONDE LA DESNUTRICION ES PREVALENTE.

OBJETIVOS:

1.' ANALIZAR LA EXPERIENCIA EN ABSCESO HEPATICO AMIBIANO EN EL HOSPITAL ABC PRIVADO DE LA CIUDAD DE MEXICO QUE POR LAS PARTICULARES SE DIFERENCIA DE OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD.

2.'AL COMPARAR NUESTRA EXPERIENCIA CON OTRAS SERIES, TRATAR DE DETERMINAR LOS ASPECTOS ESPECIFICOS QUE DETERMINAN LA PRESENTACION Y COMPORTAMIENTO DE ESTA ENTIDAD NOSOLOGICA EN NUESTRA POBLACION.

3.' DETERMINAR SI EXISTEN FACTORES ESPECIFICOS EN NUESTRA POBLACION CON ABSCESO HEPATICO AMIBIANO QUE NOS ORIENTEN A ASUMIR LA CONDUCTA DE MANEJO Y PREVENION MAS APROPIADA, MEJORANDO EL PRONOSTICO DE NUESTROS PACIENTES.

MATERIAL Y METODOS

SELECCION DE PACIENTES:

REVISAMOS LOS EXPEDIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABSCESO HEPATICO AMIBIANO VISTOS EN EL HOSPITAL A.B.C. DE LA CIUDAD DE MEXICO DURANTE UN PERIODO DE 6 AÑOS DE 1985 HASTA 1990. DURANTE ESTE PERIODO SE DIAGNOSTICARON 50 CASOS.

EL DIAGNOSTICO DE ABSCESO HEPATICO AMIBIANO FUE ESTABLECIDO POR: UN DEFECTO DE LLENADO EN AREA HEPATICA MEDIANTE ULTRASONIDO, TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA O GAMAGRAMA HEPATICO. EN MUCHOS CASOS ASOCIADO A PRUEBAS DE SEROLOGIA POSITIVA PARA AMIBIASIS ADEMAS DE RESOLUCION DE SINTOMAS DESPUES DE TRATAMIENTO CON ANTIAMIBIANOS. SE DESCARTAN LOS CASOS DIAGNOSTICADOS COMO ABSCESOS PIOGENOS.

SE ANALIZARON LOS SIGUIENTES PARAMETROS BIOMETRIA HEMATICA, QUIMICA SANGUINEA (GLUCOSA, UREA, CREATININA) PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA (BILIRRUBINAS, TGO, TGP, FOSFATASA ALCALINA,) PROTEINAS TOTALES Y ALBUMINA SEROLOGIA PARA AMIBA. EN TODOS LOS PACIENTES CON BIOMETRIA HEMATICA SE REALIZO RECUENTO TOTAL DE GLOBULOS BLANCOS Y DIFERENCIAL SE ESTANDARIZARON LOS VALORES NORMALES EN BASE A LOS VALORES NORMALES DE NUESTRO LABORATORIO: LEUCOCITOS 5 A 10 MIL X MM³, SEGMENTADOS 40 A 75% (HASTA 7500 X MM³), LINFOCITOS DE 20 A 59% (DE 2000 A 5000 X MM³) MONOCITOS 2 A 9 % (200 A 900 XMM³) BANDAS HASTA 5% (500 XMM³) Y FINALMENTE CONSIDERAMOS COMO LINFOPENIA CUANDO EXISTIERON MENOS DE 1500 LINFOCITOS TOTALES POR MM³, MONOCITOSIS CON MAS DE 950 XMM³ Y BANDEMIA MAS DE 500 X MM³. ESTUDIOS DE GABINETE: RADIOGRAFIAS SIMPLES DE ABDOMEN,

TELE DE TORAX, ULTRASONIDO HEPATICO Y DE VIAS BILIARES, GAMAGRAMA HEPATICO Y TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA.

SE CLASIFICARON LOS PACIENTES EN BASE A LAS DIMENSIONES DE LOS ABSCESOS QUE PRESENTARON EN TRES GRUPOS: GRUPO I: DE 1 A 4 CM, GRUPO II DE 5 A 9 CM Y GRUPO III MAYORES A 10 CM DE DIAMETRO. CONSIDERANDO DOS SUBGRUPOS MAS SI ESTOS FUERON UNICOS (A) O MULTIPLES (B), Y SE ANALIZARON LA ESTANCIA HOSPITALARIA, RECAIDAS Y COMPLICACIONES DE CADA UNO DE LOS GRUPOS. ADEMAS SE ANALIZARON LOS ESQUEMAS DE TRATAMIENTO EN REALACION A RECAIDAS, ESTANCIA HOSPITALARIA Y COMPLICACIONES.

SE DISEÑO UN GRUPO DE FACTORES PRONOSTICOS CON TODAS LAS VARIABLES, ARRIBA MENCIONADAS PARA DETERMINAR LA PARTICIPACION DE CADA UNA DE ELLAS EN LA EVOLUCION Y PRONOSTICO DE ESTOS PACIENTES.

EL ANALISIS ESTADISTICO SE REALIZO MEDIANTE DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS ACUMULADAS MEDIA Y RANGO DESCRIPTIVO ADEMAS SE UTILIZO DESVIACION ESTANDAR Y χ^2 PARA DETERMINAR SI EXISTIA DIFERENCIA ESTADISTICA SIGNIFICATIVA ENTRE EL GRUPO DE PACIENTES QUE PRESENTO RECAIDAS Y COMPLICACIONES YAQUEL QUE NO LAS PRESENTO, EN BASE A CADA UNO DE LOS FACTORES PRONOSTICOS MENCIONADOS

RESULTADOS

POBLACION DE PACIENTE:

FUERON DE UN NIVEL SOCIOECONOMICO MEDIO 54%, ALTO 44%, SOLO UNO BAJO 2%. LA EDAD DE LOS PACIENTES VARIO DE 20 A 68 AÑOS CON UNA MEDIA DE 37 AÑOS, SIENDO EL GRUPO MAS AFECTADO ENTRE LOS 20 Y 40 AÑOS 28 CASOS (56%) Y SE PRESENTO CON MAYOR FRECUENCIA EN HOMBRES QUE EN MUJERES CON RELACION DE 2.1:1, COMO CONDICIONES ASOCIADAS ESTOS PACIENTES PRESENTARON DMID 1, (2%), ANEMIA 3 (6%), Y NEUMONIA BASAL 1 (2%),

CASOS. 10 % DE LOS PACIENTES TUVIERON EL ANTECEDENTE DE COMER FRECUENTEMENTE EN RESTAURANTES, AMIBIASIS INTESTINAL 7 (14%), 4 PACIENTES PRESENTARON ANTECEDENTES DE ABSCESO HEPATICO AMIBIANO, UNO Y DOS AÑOS ANTES CON RECUPERACION COMPLETA ENTRE AMBOS EPISODIOS Y EL ABSCESO SE PRESENTO EN DIFERENTES LOBULOS. SALMONELOSIS 4 (8%), ALCOHOLISMO INTENSO 3 (6%).

CARACTERISTICAS CLINICAS:

LOS SINTOMAS Y SIGNOS DE LOS 50 PACIENTES CON ABSCESO HEPATICO SE MUESTRAN EN LA TABLA No1.

LA MAYORIA DE LOS PACIENTES SE PRESENTARON CON UN CUADRO QUE VARIO DE 2 A 25 DIAS CON UNA MEDIA DE 8 DIAS. LA ESTANCIA FUE DE 3 HASTA 19 DIAS CON UNA MEDIA DE 7 DIAS.

PACIENTES CON ESTANCIA DE 3 DIAS FUERON AQUELLOS QUE ESTUVIERON TRATADOS PREVIAMENTE EN OTRO HOSPITAL CONTINUANDO EN ESTE SU TRATAMIENTO. PACIENTES CON ESTANCIAS PROLONGADAS (19 DIAS) MOSTRARON ABSCESOS MULTIPLES CON FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO MEDICO.

LOS SINTOMAS MAS FRECUENTES FUERON DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO CON 49 (98%), FIEBRE 48 (98%), ATAQUE AL ESTADO GENERAL 32 (64%), EVACUACIONES DIARREICAS SIN MOCO NI SANGRE 18 (60%) Y CALOSFRIOS 17 (34%). LOS DATOS MAS FRECUENTES EN LA EXPLORACION FISICA FUERON: DOLOR A LA PALPACION EN HIPOCONDRIO DERECHO 50 (100%), HEPATOMEGALIA 18(36%), HIPOVENTILACION BASAL DERECHA 14 (28%).

LAS MANIFESTACIONES CLINICAS SE MUESTRAN EN LA TABLA No 1 COMPARADAS CON LAS MOSTRADAS POR LA LITERATURA

DATOS DE LABORATORIO Y MODALIDADES DIAGNOSTICAS:

LOS VALORES PROMEDIO DE LABORATORIO SE MUESTRAN EN LA TABLA No. 2.

BILIRRUBINAS TOTALES FUERON OBTENIDAS EN 25 CASOS (50%) Y EN NINGUNO DE LOS CASOS SE ENCONTRO ELEVADA. LOS NIVELES DE FOSFATASA ALCALINA SE ENCONTRARON ELEVADAS EN PROMEDIO DOS VECES LO NORMAL Y FUE REALIZADA EN 75% DE LOS CASOS.

TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA (TGO) SE REALIZO EN 54% DE LOS CASOS ENCONTRANDOSE 2,2 VECES ELEVADA . ALBUMINA SE DETERMINO EN 56 % DE LOS CASOS ENCONTRANDOSE DISMINUIDA EN 11 CASOS, 20% DE SU VALOR NORMAL, TAMBIEN EN 20% Y EN EL MISMO NUMERO DE CASOS SE ENCONTRARON DISMINUIDAS LAS PROTEINAS TOTALES.

GLICEMIA SE DETERMINO EN 24 PACIENTES (48%), SE ENCONTRO ALTERADA EN 18% (75%), CON UN RANGO DE 112 MG/DL HASTA 235 MG/DL, CON UNA MEDIA DE 148 MG/DL.

BIOMETRIA HEMATICA SE REALIZO EN 100% DE LOS CASOS, SE ENCONTRO LEUCOCITOSIS EN 47 (94%) , CON RANGO DE 11,000 A 41,200 Y UNA MEDIA DE 19,000. EN TODOS EXISTIO NEUTROFILIA. BANDEHIA EN 65% CON RANGO DE 6 HASTA 22% Y MEDIA DE 9% DE BANDAS. MONOCITOSIS EN 62% CON RANGO DE 950 HASTA 2940 POR MM3 . Y UNA MEDIA DE 1626 POR MM3 EXISTIO ADEMAS LINFOPENIA 16% (8) CON UNA MEDIA DE 1080 LINFOCITOS POR MM3. NO EXISTIO MODIFICACION EN EOSINOFILOS NI BASOFILOS. REACCIONES SEROLOGICAS PARA AMIBA: SE REALIZO EN 22 CASOS (44%), ENCONTRANDOSE ALTERADA EN TODOS ELLOS CON NIVELES DE 1:64 HASTA 1:8192 COMO MAXIMO Y UNA MEDIA DE 1:824.

SE REALIZARON 25 HEMOCULTIVOS EN ESTOS PACIENTES EN AQUELLOS QUE SE TUVO SUSPECHA DIAGNOSTICA DE SER PIOGENOS O MIXTOS. ASI MISMO DE LOS CUATRO DRENAJES REALIZADOS POR LAPAROTOMIA Y QUE SE MANDO CULTIVAR LAS SECRESIONES DEL ABSCESO TODOS FUERON NEGATIVOS.

METODOS DE GABINETE:

SE REALIZO GAMAGRAMA HEPATICO EN 9(18%) DE LOS CASOS, SIENDO DIAGNOSTICO EN 8 (88%)- TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA EN 5 (10%) CON DIAGNOSTICO EN 100%. EL ULTRASONIDO FUE EL ESTUDIO DIAGNOSTICO MAS FRECUENTEMENTE USADO EN 50 PACIENTES (100%), DIAGNOSTICO EN 47 (94%) DE LOS CASOS, EN 3 CASOS DE ULTRASONIDO HEPATICO NO SE OBSERVARON ABSCESOS DEL TIPO I Y TIPO II QUE SI FUERON DIAGNOSTICOS POR GAMAGRAMA Y UNO POR TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA.

RADIOGRAFIAS SIMPLES DE ABDOMEN SE REALIZARON EN 22 DE LOS CASOS LOS HALLAZGOS MAS FRECUENTES FUERON NIVELES HIDROAEREOS EN 5 CASOS, RADIOGRAFIA TELE DE TORAX SE REALIZO EN 22 (44%) DE LOS CASOS SE ENCONTRO CON MAYOR FRECUENCIA ELEVACION DE HEMIDIAFRAGMA DERECHO EN 10 CASOS E INFILTRADO PULMONAR BASAL DERECHO Y DERRAME PLEURAL EN 2 CASOS.

LOCALIZACION, DIMENSIONES Y NUMERO DE ABSCESOS:

SE PUEDEN APRECIAR EN LA GRAFICA No. 3 COMO LA MAYORIA DE LOS ABSCESOS HEPATICOS FUERON UNICOS 35 (70%) Y 15 (30%) MULTIPLES SE ENCONTRARON CON MAYOR FRECUENCIA EN EL LOBULO DERECHO 39 (78%), 5 (10%) EN EL IZQUIERDO Y BILATERAL 6 (12%) GRAFICA No. 4.

LAS DIMENSIONES DE LOS ABSCESOS SE OBTUVIERON EN 40 (80%) DE LOS CASOS CON RANGOS DE 2 CM HASTA 12 CM. DE DIAMETRO. FUERON DIVIDIDOS EN TRES GRUPOS POR DIAMETROS: GRUPO I DE 1 A 4 CM DE DIAMETRO, GRUPO II DE 5 A 9 CM. Y GRUPO III CON 10 O MAS CM DE DIAMETRO. GRUPO I CORRESPONDIENTE A 8 (20%) DE LOS CASOS, GRUPO II A 26 (65%) Y GRUPO III A 5 (15%) DE LOS CASOS, GRAFICA No. 5.

EN RELACION A LA ESTANCIA GRUPO I TUVO 10 DIAS, CON MINIMO DE 5 Y MAXIMO DE 19 DIAS, ESTO POR LA MAYOR TASA DE COMPLICACIONES QUE PRESENTO EN 50% DE ELLOS Y MULTIPLES EN 3 CASOS . GRUPO II CON ESTANCIA QUE VARIO DE 4 DIAS COMO MINIMO Y 14 COMO MAXIMO CON UNA MEDIA DE 7 DIAS, LAS COMPLICACIONES PRACTICAMENTE NO EXISTIERON. EN EL GRUPO III CON ESTANCIA DE 5 DIAS MINIMO Y MAXIMO DE 19 DIAS, CON UNA MEDIA DE 10.5 DIAS, TAMBIEN EXISTIERON COMPLICACIONES Y EN 3 CASOS LOS ABSCESOS FUERON MULTIPLES.

RECAIDAS: EXISTIERON EN TOTAL 5 (10%) DE LOS CASOS . GRUPO I NO PRESENTO NINGUNA . EN GRUPO II 4 (80%) Y GRUPO III 1 (20%) CASO.

LAS RECAIDAS SE PRESENTARON EN TRES CASOS DE PACIENTES TRATADOS CON METRONIDAZOL, Y DIHIDROHEMETINA DURANTE UN LAPSO DE TIEMPO MENOR A UNA SEMANA QUE RECAYERON HASTA UNA SEMANA O UN MES DESPUES. EL OTRO CASO DE ESTE GRUPO DE PACIENTES EL ABSCESO FUE MULTIPLE Y BILATERAL Y EN EL QUE SOLO SE DIO TRATAMIENTO POR 8 DIAS.

EN EL PACIENTE CON RECAIDA EN EL GRUPO III, TAMBIEN MOSTRO ABSCESOS MULTIPLES Y BILATERALES Y SOLO FUE TRATADO MEDICAMENTE DURANTE UNA SEMANA RECAYENDO 15 DIAS DESPUES.

SE DIERON DE ALTA AFEBRILES, EN BUENAS CONDICIONES. LOS PACIENTES QUE REQUIRIERON HOSPITALIZACION POR TRATAMIENTO DE RECAIDA SU ESTANCIA FUE DOS O TRES VECES MAYOR A LOS PACIENTES EN LOS QUE SE ADMINISTRÓ 15 DIAS DE TRATAMIENTO ANTIAMIBIANO TODOS LOS QUE SUFRIERON RECAIDAS EVOLUCIONARON BIEN CON TRATAMIENTO COMPLETO DURANTE 2 SEMANAS.

FALLA A TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES: EXISTIERON EN 10 (20%) DE LOS CASOS TANTO MEDICAS COMO QUIRURGICAS.

GRUPO I CON 4 (49%) DE LOS CASOS, CON 2 FALLAS A TRATAMIENTO REALIZANDOSE DRENAJE QUIRURGICO, UNO POR LAPAROTOMIA Y OTRO POR PUNCION TRANSABDOMINAL, LOS DOS CON BUENA EVOLUCION. LOS DOS EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS.

UN CASO MAS DE APENDICITIS CON APENDICECTOMIA DURANTE SU EPISODIO DE ABSCESO HEPATICO, BUENA EVOLUCION Y UN CASO MAS DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO POR ULCERA DUODENAL ACTIVA CON SINDROME ANEMICO , BUENA RESPUESTA.

EN EL GRUPO II 2 CASOS (20%) UNO CON COLECISTITIS LITIASICA QUE SE REALIZO COLECISTECTOMIA Y OTRO CASO QUE POR TRATAMIENTO INCOMPLETO SE LLEGO A LAPAROTOMIA Y DRENAJE DESPUES DE NO RESPONDER AL TRATAMIENTO.

GRUPO III: UNA PACIENTE QUE SE TRANSLADO DE OTRO HOSPITAL CON SU PADECIMIENTO DE 15 DIAS DE EVOLUCION FALLECIO POR FALLA ORGANICA MULTIPLE. SE PRESENTARON TAMBIEN 2 CASOS DE DE DERRAME PLEURAL CON PUNCION PLEURAL EN AMBOS CASOS, EN UNO DE ELLOS LAPAROTOMIA Y DRENAJE POR FALLA AL TRATAMIENTO, UN CASO MAS CON BLOQUEO DE RAMA POR DIHIDROHEMETINA.

TRATAMIENTO Y RESULTADOS

LOS ESQUEMAS DE TRATAMIENTO UTILIZADOS SE MUESTRAN EN LA GRAFICA No. 6. SU DURACION FUE VARIABLE CON RANGO DE 4-12 DIAS Y MEDIA DE 7 DIAS DE TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO. METRONIDAZOL SE UTILIZO EN 50 (100%) DE LOS CASOS.

EL ESQUEMA MAS FRECUENTE FUE METRONIDAZOL MAS DEHIDROHEMETINA EN 39 CASOS (78%), METRONIDAZOL COMO MONOTERAPIA EN 4 (8%). GRAFICA No 6.

RESULTADOS: EN 100% DE LOS CASOS SE UTILIZO METRONIDAZOL ACOMPAÑADO CON DIFERENTES MEDICAMENTOS, SE INICIO METRONIDAZOL EN 8 CASOS COMO MONOTERAPIA.

LOS PACIENTES MANEJADOS CON METRONIDAZOL COMO MONOTERAPIA TUVIERON ESTANCIA DE 6 A 9 DIAS , CON UNA MEDIA DE 8 DIAS EN LOS QUE SE COMPLETO EL TRATAMIENTO. PERO EXISTEN 4 CASOS (50%) EN LOS QUE SE NECESITO AGREGAR DEHIDROHEMETINA AL CUARTO DIA POR FALTA DE RESPUESTA POSTERIORMENTE EVOLUCIONARON EN FORMA SATISFACTORIA ESTOS CASOS FUERON CLASE II A , III Y I B.

RECAIDAS EN 2 CASOS: AL PARECER SE TRATARON CON METRONIDAZOL SOLO POR UNA SEMANA, UNO TIPO I MULTIPLE Y OTRO TIPO II UNICO.

UN SOLO CASO SE TRATADO CON METRONIDAZOL COMO MONOTERAPIA POR 8 DIAS, EN SU REINGRESO SE UTILIZO DEHIDROHEMETINA SIN BUENA RESPUESTA POR LO QUE SE REALIZO DRENAJE POR LAPAROTOMIA.

CON LOS DATOS ANTERIORES PODEMOS AFIRMAR QUE METRONIDAZOL COMO MONOTERAPIA PUEDE SER UTIL EN PACIENTES CON ABSCESOS TIPO II A SOBRE TODO EN PACIENTES JOVENES Y CON TRATAMIENTOS NO MENORES A 10 DIAS

METRONIDAZOL NO ES UTIL COMO MONOTERAPIA EN PACIENTES CON ABSCESOS PEQUEÑOS Y MULTIPLES, O UNICOS CUANDO ESTOS SON GRANDES POR EL ALTO PORCENTAJE DE RECAIDAS (25%) Y 12.5% DE COMPLICACIONES, EN ESTOS PACIENTES FUE NECESARIO AGREGAR DEHIDROHEMETINA EN 50% EXISTIO BAJA TOXICIDAD CON EL USO DE DEHIDROHEMETINA (4%) SOLO EXTRASISTOLES VENTRICULARES Y BLOQUEO DE RAMA DERECHA DEL HAZ DE HIZ.

METRONIDAZOL MAS DEHIDROHEMETINA: SE ADMINISTRO DEHIDROHEMETINA EN 39 (78%) DE LOS CASOS EN TODOS ELLOS COMBINADOS CON METRONIDAZOL . LA ESTANCIA MEDIA FUE DE 6 DIAS, CON UN MINIMO DE 4 Y MAXIMO DE 12 DIAS. CON ESTE ESQUEMA FUERON TRATADOS 12 PACIENTES GRUPO II, GRUPO III, 4 PACIENTES CON ABSCESOS MULTIPLES, Y 5 PACIENTES GRUPO I UNO DE ELLOS MULTIPLES. LOS DEL GRUPO I CON ESTE ESQUEMA , ESTANCIA DE 5 DIAS EN LOS ABSCESOS UNICOS SIN COMPLICACIONES, EN EL GRUPO I B UN CASO SE COMPLICO DESPUES DEL MANEJO CON METRONIDAZOL COMO MONOTERAPIA, CON RECAIDA POSTERIOR QUE NO CEDIO AL MANEJO CON METRONIDAZOL Y DEHIDROHEMETINA REALIZANDOSE FINALMENTE DRENAJE POR LAPAROTOMIA, UNO MAS SUFRIO RECAIDA POR TRATAMIENTO DE 7 DIAS QUE POSTERIORMENTE CEDIO AL MISMO MANEJO POR 10 DIAS.

GRUPO II: ESTANCIA MEDIA 7 DIAS MINIMO 4 Y MAXIMO 12 DIAS, NO HUBO COMPLICADOS CON ESTE MANEJO Y UNA RECAIDA POR DEHIDROHEMETINA Y METRONIDAZOL UNA SEMANA.

ADEMAS EL PORCENTAJE GLOBAL DE COMPLICACIONES 2% Y RECAIDAS 6% POR TRATAMIENTO INSUFICIENTE.

ADD.- GRUPO III: MULTIPLES O UNICOS -6 DIAS MEDIA Y RECAIDA.

TRATAMIENTO QUIRURGICO O INVASIVO:

2 CASOS (4%) TORACOCENTESIS EN PACIENTES CON DERRAME PELURAL.

3 CASOS (6%) DRENEJE DEL ABSCESO POR LAPAROTOMIA POR FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON TRIPLE ESQUEMA : METRONIDAZOL , DEHIDROHEMETINA Y CEFALOSPORINAS DE TERCERA GENERACION , CON O SIN AMINOGLICOSIDO , 2 EN ABSCESOS MULTIPLES Y UNO EN ABSCESO UNICO PERO GRANDE.

UN CASO MAS POR PUNCION ABDOMINAL TAMBIEN POR FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO.

1 CASO DE COLECISTECTOMIA Y OTRO MAS APENDICECTOMIA. -GLOBAL 16% DE LOS CASOS CON PROCEDIMIENTOS INVASIVOS.

DISCUSION:

EL ABSCESO HEPATICO ES 10 A 30 VECES MAS FRECUENTE EN EL ADULTO QUE EN EL NIÑO Y CORRESPONDE AL 0.7 A 2.1 % DE LOS PACIENTES EN HOSPITALES GENERALES DE ADULTOS (9).

EN NUESTRO ESTUDIO LA EDAD DE LOS PACIENTES VARIO DE 20 A 68 AÑOS CON UNA MEDIA DE 37 AÑOS, . EL GRUPO DE EDAD MAS AFECTADO FUE 20-40 AÑOS CON EL 28% (56%) DE LOS CASOS Y SE PRESENTO CON MAYOR FRECUENCIA EN HOMBRES CON UNA RELACION DE 2.3:1.0.

LA FRECUENCIA DE ABSCESO HEPATICO EN NUESTRO HOSPITAL FUE DE 50 CASOS DE 1985 A 1990 (.15%), CUANDO SE COMPARAN ESTOS DATOS CON DIVERSOS ESTUDIOS QUE SE HAN REALIZADO EN NUESTRO PAIS SOBRE TODO EN IMSS EN 1969 CUANDO SE REALIZO UNA INVESTIGACION EN 29 HOSPITALES, QUE DEMOSTRO QUE HUBO 1804 CASOS CON ABSCESO HEPATICO AMIBIANO EN 278,425

INTERNAMIENTOS (0.7%), CON UNA MORTALIDAD DE 6.3% (10). EN 1988 SE REALIZO UN ESTUDIO SEMEJANTE EN 20 UNIDADES DE IMSS DEL VALLE DE MEXICO. SE INFORMARON 396 CASOS DE ABSCESO HEPATICO (0.19%), CON UNA MORTALIDAD DE 1.01%. (11). POR OTRO LADO SE HA ESTIMADO QUE ANUALMENTE EL NUMERO DE CASOS DE ABSCESO HEPATICO EN EL PAIS ERA SUPERIOR A 10,000 (12). EL GRUPO DE EDADES ES SIMILAR AL NUESTRO 36 MAS-MENOS 13 AÑOS, EN EL ESTUDIO DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL Y EN 2 HOSPITALES DE LA ZONA DE 1985-1988, DONDE ENCONTRARON 53 ABSCESOS HEPATICOS (13) EN OTRAS SERIES EXTRANJERAS (7) ESTUDIARON 40 PACIENTES CON ABSCESO HEPATICO AMIBIANO CON UN RANGO DE EDAD DE 1-18 AÑOS Y UN PROMEDIO DE EDAD DE 37.6 AÑOS, IGUAL AL NUESTRO, EL RANGO DE HOMBRE-MUJER 3.4-1.0, LA MAYORIA ERAN MEXICO-AMERICANOS, CON VIAJES A ZONAS DEONDE AMIBIASIS ES EPIDEMICA EN LOS 6 MESES PREVIOS A SUS CUADROS. ESTO NO MUESTRA QUE LA INCIDENCIA Y MORTALIDAD DE NUESTRA POBLECION COMPARADA CON OTRAS SERIES ES IGUAL.

EL ABSCESO HEPATICO EN DIFERENTES SERIES SE PRESENTO EN SUJETOS DE NIVEL SOCIOECONOMICO BAJO Y MEDIO (10,11,12,13) O PACIENTES QUE HABIAN ESTADO EN ZONAS ENDEMICAS (7) BAJO MALAS CONDICIONES DE HIGIENE, ESTO DIFIERE POR COMPLETO CON NUESTRO ESTUDIO DONDE 27(54%) CORRESPONDIERON A NIVEL SOCIOECONOMICO MEDIO , 22 (44%) ALTO Y UN CASO (2%) A BAJO Y SOLO 10% DE ELLOS Y SOBRETODDO EL NIVEL SOCIOECONOMICO MEDIO Y BAJO TUVIERON ANTECEDENTES DE DEFICIENTES HABITOS HIGIENICO DIETETICOS Y 7 (14%) HISTORIA DE AMIBIASIS INTESTINAL. ESTO CONTRAPONA EN BUENA MEDIDA AL CONCEPTO MENCIONADO EN MUCHAS SERIES (10,11,12,13) QUE LAS BUENAS CONDICIONES HIGIENICAS Y UN BUEN SANEAMIENTO AMBIENTAL LO HACE DISMINUIR IMPORTANTEMENTE O DESAPARECER, PUES NUESTRA POBLACION EN UN 75% MANTENIA

BUENAS CONDICIONES DE HIGIENE. ESTO NOS LLEVA A PENSAR QUE EXISTEN OTROS FACTORES QUE EN NUESTROS PACIENTES TIENEN MAYOR INFLUENCIA PARA LA PRESENTACION DE ESTA ENTIDAD, COMO SERIAN CIERTAS CARACTERISTICAS DEL PARASITO, POR SU DIFERENTE VIRULENCIA ENTRE CEPAS, LA MAGNITUD DEL INOCUO, LA PRESENCIA DE MAYOR VIRULENCIA EN PRESENCIA DE OTROS MICROORGANISMOS, Y ALGUNOS RELACIONADOS AL HUESPED COMO SEXO, INMUNOCOMPROMISO, INMUNIDAD ADQUIRIDA, DIETA, ALCOHOLISMO O LA RESISTENCIA NATURAL (GENOTIPICA) (9).

LA POSIBILIDAD DE COLONIZACIONES INTESTINALES REPETIDAS Y EL AUMENTO DE LA FRECUENCIA DE PORTADORES, SUGIEREN LA AUSENCIA DE INMUNIDAD ADQUIRIDA CONTRA ESTA CONDICION (9).

LA MAYORIA DE LOS INDIVIDUOS INFECTADOS POR E. HISTOLYTICA NO DESARROLLAN LA ENFERMEDAD; EL PARASITO VIVE Y SE DEARROLLA EN EL INTESTINO SIN LESIONAR LOS TEJIDOS Y MUCHO MENOS PROBABLE EL DESARROLLO DE FORMAS INVASORAS COMO ABSCESO HEPATICO, POR LO QUE SEGURAMENTE EN NUESTRA POBLACION LA PATOGENICIDAD Y VIRULENCIA DEL PARASITO NOS HACE PENSAR EN CEPAS SUHAMENTE PATOGENAS, COMO LAS REPORTADAS EN OTRAS SERIES (14).

OTROS FACTORES TAMBIEN DETERMINANTES EN NUESTRA POBLACION FUE LA INHUNIDAD NATURAL, LA INHUNIDAD ADQUIRIDA AL PARECER NO CONSTITUYE UN FACTOR DE SATURACION (9,15) ES DECIR NO CONFIERE A NIVEL POBLACIONAL RESISTENCIA A LOS INDIVIDUOS QUE HAN SUFRIDO LA INFECCION O LA ENFERMEDAD, PUES AUNQUE EL ABSCESO HEPATICO CONFIERE INMUNIDAD, YA QUE EPISODIOS SUBSECUENTES SON MUY RAROS , NO PROTEJE CONTRA INFECCIONES INTESTIANLES. (16). ESTE HECHO DIFIRIO EN NUESTRO ESTUDIO PUES 4(8%) CASOS PRESENTARON ANTECEDENTES PREVIOS DE UNO Y HASTA DOS AÑOS DE ABSCESO HEPATICO AMIBIANO. DOS AÑOS ANTES EN PROMEDIO.

AUNQUE NO PODEMOS APOYAR EN FORMA CATEGORICA SI EXISTE INMUNIDAD PROTECTORA ADQUIRIDA EN EL HUMANO, UNICO HUESPED NATURAL DE LA E. HISTOLYTICA, JUNTO CON PRIMATES SUBHUMANOS EN CAUTIVERIO, TODA VEZ QUE LA FRECUENCIA DE ENFERMEDAD AMIBIANA NO DISMINUYE CON LA EDAD (1).

LA INMUNIDAD HUMORAL AL PARECER NO TIENE PARTICIPACION INPORTANTE EN PROTECCION CONTRA REINFECCION POR ABSCESO HEPATICO AMIBIANO, TODAS LAS CLASES DE INHUNOGLOBULINAS ESTAN INVOLUCRADAS, PERO LOS ANTICUERPOS ANTIAMIBIANOS PARECEN PREDOMINAR EN CLASE IgG SUBCLASE IgG2 (1). LA REINFECCION PUEDE OCURRIR EN PRESENCIA DE TITULOS ALTOS DE ANTICUERPOS ANTI-AMIBIANOS (O RESPUESTA INMUNE HUMORAL ANTIAMIBIANA PARA TAL CASO (17)).

ESTO Y LA APARENTE IRRELEVANCIA DE LOS ANTICUERPOS Y COMPLEMENTO IN VITRO DE LEUCOCITOS HUMANOS Y E.HISTOLYTICA HA DADO LUGAR AL CONCENSO DE QUE LOS ANTICUERPOS CIRCULANTES ANTI-AMIBIANOS NO JUEGAN UN PAPEL PROTECTOR EN LA AMIBIASIS INTESTINAL (O EXTRAINTestinal). SI NO SON UTILES, AL MENOS NO PARECEN SER DAÑINOS EN LA AMIBIASIS INVASORA (1).

EN RELACION A LA INMUNIDAD CELULAR EN AMIBIASIS, SE HA MENCIONADO QUE EXISTE REACTIVIDAD LOCAL DE LOS FOLICULOS LINFOIDES DE LA SUBMUCOSA Y DE LOS GANGLIOS MESENERICOS QUE CONSISTE CON BLASTOGENESIS, DESORGANIZACION DE AREAS PARACORTICALES, CON AGOTAMIENTO Y DEPRESION DE CELULAS T, SEGUIDA DE REPOBLACION LINFOIDE AL RECUPERARSE (18)- LA INHUNIDAD CELULAR SITEMICA, MEDIADA POR PRUEBAS DE HIPERSENSIBILIDAD RETARDADA, SE PRESENTA REGULARMENTE Y PERSISTE POR PERIODOS LARGOS EN VIRTUALMENTE TODOS LOS PACIENTES QUE SE RECUPERAN DE ABSCESO HEPATICO AMIBIANO, SI BIEN ES PRECEDIDA POR UNA BREVE FASE DE ANERGIA QUE PARECE INVOLUCRAR SOLO A LOS ANTIGENOS AMIBIANOS, COINCIDIENDO EN LAS ETAPAS TEMPRANAS DE LA AMIBIASIS INTESTINAL INVASORA HUMANA (19). ESTAS

OBSERVACIONES SUGIEREN QUE LA AMIBIASIS TISULAR INVASORA DEBE ESTAR PRECEDIDA Y ACOMPAÑADA POR CIERTO GRADO DE SUPRESION SE CELULAS T, LO QUE PUEDE DARSE POR SELECCION O INDUCCION (29). HECHO QUE FUE EVIDENTE EN EL GRUPO QUE ESTUDIAMOS PUES ENCONTRAMOS LINFOPENIA EN 8 (16%) DE LOS CASOS Y EL 50% DE ESTOS PACIENTES PRESENTARON COMPLICACIONES COMO UNA MUERTE POR FALLA ORGANICA MULTIPLE , UN DERRAME PLEURAL AL PARECER CON APERTURA A BRONQUIO ,EN OTRO FALLA AL TRATAMIENTO Y DRENAJE POR LAPAROTOMIA Y UNO MAS CON SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO, CASI TODOS LOS ABSCESOS FUERON DEL GRUPO III, NO REALIZAMOS DETRMINACION DE SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS EN ESTOS PACIENTES.

SE HA VISTO MAYOR SUSCEPTIBILIDAD A LA AMIBIASIS EXPERIMENTAL DE ANIMALES T-INMUNOSUPRIMIDOS, LA PRESENCIA DE DESNUTRICION EN MAS DE 90% DE LAS AUTOPSIAS DE ABSCESO HEPATICO AMIBIANO, LA SUCEPTIBILIDAD DE LOS LACTANTES A PRESENTAR AMIBIASIS A PESAR DE TENER ANTICUERPOS HUMORALES DOTADOS TRANSPLENTARIAMENTE Y EL AUMENTO DE HLA-DR3 EN LA POBLACION DE PACIENTES CON ABSCESO HEPATICO AMIBIANO (21) EN COMBINACIONCON AGOTAMIENTO Y SUPRESION T-INMUNE QUE LOGRAN CIERTOS EXTRACTOS AMIBIANOS INYECTADOS EN ANIMALES EXPERIMENTALES (22) PUDIERAN SER LOS MECANISMOS DE MAYOR IMPORTANCIA EN LA PRESENTACION DE ABSCESO HEPATICO AMIBIANO EN NUESTRA POBLACION, PUES ADECUADAS CONDICIONES DE HIGIENE EXISTIAN EN EL 85% DE LOS CASOS, FACTORES DE MAYOR TRASCENDENCIA EN OTRAS SERIES. ESTO ESTA FUERTEMENTE APOYADO POR EL HECHO DE QUE EN NUESTRO ESTUDIO EXISTIO UN PORCENTAJE MUCHO MAS ELEVADO DE RECURRENCIAS 4(8%), QUE EN OTRAS SERIES DONDE LAS CONSIDERAN RARAS (0.04) Y OTROS ESTUDIOS LOS PRIMEROS EN LA POBLACION (0,2%) EN MEXICO (1) EN LOS QUE LAS CONDICIONES DEL MEDIO FUERON MAS DETERMINANTES. POR ESTA RAZON ESTUDIOS SOBRE INMUNIDAD EN LOS PACIENTES CON ABSCESO HEPATICO AMIBIANO

COMPLICADOS O CON RECURRENCIAS SON NECESARIOS PARA DETERMINAR LAS ALTERACIONES A ESTE NIVEL QUE SEGURAMENTE EXISTEN EN ESTOS PACIENTES.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

NUESTRA ESTANCIA HOSPITALARIA FUE 3 A 19 DIAS CON UNA MEDIA DE 7 DIAS Y SE PRESENTARON CON UN CUADRO DE 1 A 3 SEMANAS DE DURACION, SIMILAR A LA REPORTADA POR LA LITERATURA (7), EN NUESTROS PACIENTES NO EXISTIO CORRELAION ENTRE LA DURACION DE LA MANIFESTACIONES CLINICAS Y LA ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA.

LAS MANIFESTACIONES CLINICAS COINCIDEN CON OTRAS SERIES LAS MAS FRECUENTES FUERON DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO Y FIEBRE Y EN NINGUN CASO LA DIARREA SE PRESENTO CON MOCO O SANGRE COMO LOS CUADROS TRADICIONALES DE AMIBIASIS INTESTINAL. CON LO ANTERIOR PODEMOS APRECIAR SIMILITUDES INPORTANTES EN LA EXPRESION CLINICA DE ESTA ENFERMEDAD . DIVERSAS SERIES HAN MANIFESTADO LA TENDENCIA A LA DISMINUCION, EN NUESTRO HOSPITAL AUNQUE LA INCIDENCIA ES BAJA EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS, TIENDE A INCREMENTARSE (GRAFICA No 7) EN DESACUERDO A LO REFERIDO EN EL TRABAJO DE TANIMOTO (13) EN REALCION A SU DISMINUCION EN HOPITALES DE TERCER NIVEL SOBRETODU IMSS DONDE POSTULAN MENOR FRECUENCIA EN LA POBLACION GENERAL, PUES DIFICILMENTE PUEDE DISMINUIR MIENTRAS PERSISTE UN FACTOR TAN IMPORTANTE COMO ES EL SANEAMIENTO AMBIENTAL Y LAS MALAS CONDICIONES DE HIGIENE.

DATOS DE LABORATORIO Y MODALIDADES DIAGNOSTICAS:

LAS ALTERACIONES EN LOS EXAMENES DE LABORATORIO FUERON SIMILARES A LOS PRESENTADOS EN OTRAS SERIES.(1).

AUNQUE ENCONTRAMOS ALGUNAS ALTERACIONES NO MENCIONADAS EN LA LITERATURA COMO GLICEMIA LEVEMENTE ALTERADA CON UNA MEDIA DE 148mgr. EN 75% DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECCIOSAS SEVERAS ()- OTRAS ALTERACIONES ENCONTRADAS HASTA EL MOMENTO NO ENCONTRADAS EN OTRAS SERIES (1) SON LINFOPENIA EN 16% (8) Y EN 50% DE ELLOS PRESENTARON COMPLICACIONES O ESTANCIAS MAS PROLONGADAS COMO LO MUESTRA LA TABLA (39 ESTO ES AL PARECER POR EL DAÑO INICIAL AL LINFOCITO POR LA AMIBA (19,20) QUE PROPICIA EN PARTE MAYOR PROPORCION DE COMPLICACIONES.

MONOCITOSIS ES OTRA ALTERACION QUE ENCONTRAMOS EN 62% (31) DE CASOS Y TIENE QUE VER AL PARECER : POR LA ESIMULACION EN LA PRODUCCION DE MACROFAGOS POR ACTIVACION DE LECITINAS O LINFOCINAS -ANEMIA TIENE RELACION CON ERITROFAGOCITOSIS-

ALCALINA, LEUCOCITOSIS, BANDEMIA, ANEMIA NORMO Y ELEVACION DE NIVELES DE SEROAMEBA EN CONJUNTO PUEDEN UTILIZARSE COMO FACTORES PRONOSTICOS EN PACIENTES CON ABSCESO HAPATICO Y QUE SE ANALIZARAN POSTERIORMENTE. EN RELACION CON LOS ESTUDIOS DIAGNOSTICOS: ULTRASONIDO FUE EL ESTUDIO DIAGNOSTICO MAS FRECUENTEMENTE USADO 50 (100%) DE LOS CASOS Y DIAGNOSTICO EN 47 (94%), SEGUIDO POR GAMAGRAMA HEPATICO EN 9 (18%) DE LOS CASOS , SINENDO DIAGNOSTICO EN 8 (88%) Y POSTERIORMENTE TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA EN 5 (10%) DIAGNOSTICA EN 100%.

ULTRASONIDO ES EL METODO IDEAL PARA INICIAR EL ESTUDIO DE UN ENFERMO CON SOSPECHA DE AMIBIASIS INVASORA DE HIGADO PARA VIGILANCIA DE SU EVOLUCION (RESOLUCION 6-23 SEMANAS) ES SENSIBLE, APORTA INFORMACION PARA EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LESIONES INTRA Y EXTRA HEPATICAS Y ES ACCESIBLE EN LA MAYORIA DE LAS UNIDADES MEDICAS DE NUESTRO PAIS. SU MAYOR LIMITACION SE ENCUENTRA EN EL OPERADOR (23)- LA TOMOGRAFIA COMPUTADA ES EL METODO MAS EFICAZ EN NUESTRO ESTUDIO Y APOYADO EN

DIVERSAS SERIES (24,23) CON UN 95% DE EFICACIA HACE FACTIBLE IDENTIFICAR LESIONES DE POCOS MILIMETROS DE DIAMETRO DESCUBRIENDO MAS DE 25% DE LESIONES QUE CENTELLOGRAMA (24):

A LA TOMOGRAFIA SE LE HA CONSIDERADO EL "ESTANDAR DE ORO" POR SER EL METODO MAS PRECISO, CON MAYOR SENSIBILIDAD, ESPECIFICIDAD Y RESOLUCION ANATOMICA. SU PRICIPAL DESVENTAJA CONSISTE EN MAYOR COSTO DEL ESTUDIO, Y SE PUEDE MANCIONAR QUE SUS INDICACIONES SON : DIAGNOSTICO NO CONFIRMADO CON OTROS METODOS, PERSISTENCIA DE SINTOMAS BAJO TRATAMIENTO, NESCESIDAD DE DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON OTRAS LESIONES INTRA Y EXTRA HEPATICAS, PUNCION O DRENAJE DE ABSCESOS, MULTLOCULADOS O CON RIESGO DE RUPTURA.(23) .

EL CENTELLOGRAMA FUE HACE 2 DECADAS EL PROCEDIMIENTO MAS IMPORTANTE YA QUE SE PERFECCIONO Y LLEGO A SER ACCESIBLE, BARATO E INOCUO CON UNA EFICACIA DE 84% EN LA ACTUALIDAD HA SIDO DESPLAZADO POR OTROS METODOS (24)LA RESONANCIA MAGNETICA SE ENCUENTRA EN ETAPA INICIAL DE SU VALORACION. LA EVIDENCIA INICIAL SUGIERE YA QUE PUEDE SER EL METODO MAS SENSIBLE PARA ESTUDIAR LESIONES FOCALES DEL HIGADO Y QUE TENDRA UN GRAN DESARROLLO EN EL FUTURO (23). EL RESTO DE EXAMENES DE GABINETE FUE POCA APORTACION DIAGNOSTICA QUE TUVIERON.

LA MAYOR PARTE DE LOS ABSCESOS FUERON UNICOS (70%) Y EN LOBULO DERECHO 39(78%), COINCIDE CON OTRAS SERIES (1).

AL ANALIZAR LOS PACIENTES DE LOS DIFERENTES GRUPOS ENCONTRAMOS QUE EL GRUPO I:TUVO ESTANCIA HOSPITALARIA DE 10 DIAS EN PROMEDIO POR EL MAYOR PORCENTAJE DE COMPLICACIONES 50%, NO PRESENTO ESTE GRUPO RECAIDAS.

LOS PACIENTES DE ESTE GRUPO PRESENTARON EN TOTAL DE COMPLICACIONES EXISTENTES EN NUESTRO ESTUDIO UN 40% (4) CON 2 FALLAS A TRATAMIENTO QUE

MOTIVO DRENAJE QUIRURGICO, UNA APENDICECTOMIA Y SANGRADO DE TUVO DIGESTIVO POR ULCERA DUODENAL.

EN EL GRUPO II ESTANCIA MEDIA DE 7 DIAS, RECAIDAS 4(80%) DEL TOTAL DE ELLAS, ESTAS SE DEBIERON A TRATAMIENTOS DURANTE TIEMPO INSUFICIENTE , MENOS DE UNA SEMANA . LAS COMPLICACIONES EN ESTE GRUPO: 2 CASOS (20%) DEL TOTAL DE ELLAS UNA CON COLECISTECTOMIA LITIASICA DURANTE EL EPISODIO DE ABSCESO HEPATICO AMIBIANO Y OTRO CASO QUE POR TRATAMIENTO INCOMPLETO SE LLEGO A LAPAROTOMIA Y DRENAJE.

EN EL GRUPO III: LA ESTANCIA HOSPITALARIA CON UNA MEDIA DE 10 DIAS Y UN MAXIMO DE 19 DIAS, 3 CASOS FUERON MULTIPLES LAS RECAIDAS EN UN SOLO CASO (20%) DEL TOTAL DE ELLAS. LAS COMPLICACIONES ES ESTOS PACIENTES 4(40%),UNA DEFUNCION POR FALLA ORGANICA MULTIPLE, 2 DERRAMES PLEURALES Y UN CASO DE LAPAROTOMIA Y DRENAJE.

ANTE LA INFORMACION PODEMOS AFIRMAR QUE LOS ABSCESOS HEPATICOS AMIBIANOS MIENTRAS MAS PEQUEÑOS TIENEN MEJOR PRONOSTICO EN RELACION A ESTANCIA HOSPITALARIA, RECAIDAS Y COMPLICACIONES . EXSEPTO SI SON MULTIPLES EN CUYO CASO IGUALAN EL PRONOSTICO A LOS DE MAYOR TAMAÑO. LA LOCALIZACION Y EL HECHO DE SER MULTIPLES CON SU PRONOSTICO COINCIDE CON LO REPORTADO EN OTRAS SERIES (1) PERO EN ESA NO SE DETERMINARON LAS DIMENSIONES DE LOS ABSCESOS Y SU REALCION AL PRONOSTICO.

TRATAMIENTO MEDICO:

EL TRATAMIENTO UTILIZADO FUE LA COMBINACION DE METRONIDAZOL - DEHIDROHEMETINA FUE LA MAS UTILIZADA 39 CASOS (78%), METRONIDAZOL COMO MONOTERAPIA EN 4 (8%) DE LOS CASOS. Y METRONIDAZOL COMBINADO CON OTROS ANTIMICROBIANOS EN 7 CASOS (14%)

AUNQUE EXISTIERON DIFERENTES COMBINACIONES EN EL 100% (50) DE LOS CASOS SE UTILIZO METRONIDAZOL, Y DEHIDROHEMETINA EN 39 (78%) EL TRATAMIENTO MEDICO FUE EFECTIVO EN 92% (46) DE LOS CASOS, CON TRATAMIENTO INVASIVO EN 4 (8%) CON LAPAROTOMIA Y DRENEJE EN 3 Y PUNCIÓN EVACUADORA EN UN CASO.

METRONIDAZOL COMO MONOTERAPIA NO FUE UTIL EN 50% DE LOS CASOS DE NUESTRO ESTUDIO PUES POR PERSISTIR CON FIEBRE MAS DE 48 HORAS Y SINTOMATOLOGIA FUE NECESARIO AGREGAR DEHIDROHEMETINA CON LO QUE EVOLUCIONO SATISFACTORIAMENTE, UN CASO SE COMPLICÓ TERMINANDO EN DRENAJE QUIRURGICO

METRONIDAZOL SIGUE SIENDO EL MEDICAMENTO MAS UTIL EN EL TRATAMIENTO DEL ABSCESO HEPATICO AMIBIANO (25) PERO EXISTEN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS DONDE NO ES CONVENIENTE ADMINISTRARLO COMO MONOTERAPIA, Y CASI SIEMPRE ES MEJOR ADMINISTRARLO CON DEHIDROHEMETINA PUES ES DE MAYOR UTILIDAD EN PACIENTES CON ABSCESOS TIPO II SOBRE TODO EN JOVENES SIEMPRE Y CUANDO SE ADMINISTRE EL TRATAMIENTO POR MAS DE 10 DIAS.

NO ES UTIL METRONIDAZOL COMO MONOTERAPIA CUANDO ES ADMINISTRADO MENOS DE 10 DIAS EN HOSPITAL, NI EN PACIENTES CON ABSCESOS PEQUEÑOS PERO MULTIPLES O GRANDES UNICOS POR EL ALTO PORCENTAJE DE RECAIDAS (25%) Y 12.5% ACOMPLICACIONES, ASI COMO LA NECESIDAD DE AGREGAR DEHIDROHEMETINA EN 50% DE ESTOS PACIENTES EXISTIO BAJA TOXICIDAD EN NUESTROS PACIENTES SECUNDARIO AL USO DE DEHIDROHEMETINA (4%).

METRONIDAZOL MAS DEHIDROHEMETINA:

SE ADMINISTRO DEHIDROHEMETINA EN 39(78%) DE LOS CASOS EN TODOS ELLOS COMBINADOS CON METRONIDAZOL. LA ESTANCIA MEDIA FUE DE 6 DIAS, CON UN

MINIMO DE 4 Y MAXIMO DE 12 DIAS, CON ESTE ESQUEMA FUERON TRATADOS 12 PACIENTES GRUPO II, GRUPO III, 4 PACIENTES CON ABSCESOS MULTIPLES, LOS DEL GRUPO I CON ESTE ESQUEMA, ESTANCIA 5 DIAS EN LOS UNICOS, SIN COMPLICACIONES, GRUPO I MULTIPLES, UNO SE COMPLICO DESPUES DE MANEJO CON METRONIDAZOL Y DEHIDROHEMETINA Y SE REALIZO DRENAJE POR LAPAROTOMIA Y UNO MAS SUFRIO RECAIDA POR TRATAMIENTO DE 7 DIAS, QUE POSTERIORMENTE SEDIO AL MISMO MANEJO POR 10 DIAS.

GRUPO II ESTANCIA MEDIA 7 DIAS MINIMO 4 Y MAXIMO 12 DIAS, NO HUBO COMPLICADOS CON ESTE MANEJO Y UNA REECAIDA POR DEHIDROHEMETINA Y METRONIDAZOL UNA SEMANA.

FINALMENTE EL PORCENTAJE GLOBAL DE ESTE GRUPO FUE COMPLICACIONES 2% Y RECAIDAS 6% POR TRATAMIENTO INSUFICIENTE. ESTE ESQUEMA ES UTIL EN TODOS LOS CASOS DE LOS GRUPOS I, II, III. SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN MULTIPLES. AUN TENIENDO SEROAMEBA POSITIVA LOS MULTIPLES PUEDEN SER MIXTOS A PESAR DE CULTIVOS NEGATIVOS.

LA TOXICIDAD FUE BAJA 4% (2 CASOS) Y EN PERSONAS MAYORES DE 50 AÑOS.

CREEMOS QUE PUEDE SER EL ESQUEMA DE ELECCION EN LOS GRUPOS II Y III UNICOS Y DEBE ADMINISTRARSE DURANTE 10 DIAS INTRAHOSPITALARIAMENTE, PARA EVITAR RECAIDAS, QUE LLEVAN A TRATAMIENTOS INVASIVOS PARA RESOLVER EL PROBLEMA.

TRATAMIENTO QUIRURGICO O INVASIVO:

2 CASOS (4%) TORACOCENTESIS EN PACIENTES CON DERRAME PLEURAL. UNA DIAGNOSTICADA Y OTRO POR SER DE 30%. 3 CASOS (6%) DRENEJAE DEL ABSCESO POR LAPAROTOMIA POR FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO MEDICO. DOS EN ABSCESOS MULTIPLES Y UNO UNICO GRANDE, UN CASO MAS POR PUNCION ABDOMINAL TAMBIEN POR FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO.

UN CASO DE COLECISTECTOMIA Y OTRO MAS DE APENDICECTOMIA- GLOBAL 16% DE LOS CASOS PROCEDIMIENTOS INVASIVOS , TODOS CON SEROAMEBA POSITIVA Y CULTIVOS NEGATIVOS.

TRATAMIENTO QUIRURGICO SE REALIZO EN 10% DE LOS CASOS 3 DRENAJES DE ABSCESO POR LAPAROTOMIA EXPLORADORA POR FALLA AL TRATAMIENTO MEDICO DESPUES DE 72 Hr. DE REINSTALADO. EN OTRO CASO APENDICECTOMIA POR APENDICITIS AMIBIANA Y OTRO MAS COLECISTECTOMIA.

OTRO PROCEDIMEINTO INVASIVO FUE DRENAJE PERCUTANEO CON AGUJA EN UN CASO Y DRENAJE EN DERRAME PLEURAL EN DOS CASOS . TODOS LOS CASOS TUVIERON SEROAMEBA POSITIVA Y CULTIVOS DE LAS SECRESIONES CORRESPONDIENTES NEGATIVOS .

NO EXISTIO MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERI-OPERATORIA.

LAS CIFRAS DE PACIENTES QUE REQUIRIERON TRATAMIENTO QUIRURGICO FUERON SIMILARES A LAS REPORTADAS EN LA LITERATURA (26,27) Y NUESTRA MORTALIDAD FUE MENOR PROBABLEMENTE POR EL MENOR NUMERO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA.

EN 3 HOSPITALES SEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE LA CIUDAD DE MEXICO, EN UN PERIODO DE 4 AÑOS, INGRESARON 218 ABSCESOS HEPATICOS, 45 REQUIRIERON DRENEJE ABIERTO Y 4 PUNCION EVACUADORA, 4 DE LOS OPERADOS MURIERON 9% Y OTROS 4 QUE NO FUERON OPERADOS TAMBIEN MURIERON (27). EL ABSCESO HEPATICO DEBE DE SER TRATADO CON MEDICAMENTOS Y SOLO UN PEQUEÑO

PORCENTAJE REQUIERE DRENAJE QUIRURGICO O POR PUNCIÓN (27) Y ESTE PORCENTAJE SE REDUCE MENOS SI SE UTILIZA LA COMBINACION DE AMEBICIDAS Y ANTIBIOTICOS EN CADA CASO , LAS CUALES YA FUERON COMENTADAS PUES AUNQUE VARIAS SERIES ANGLOSAJONAS COMO LA DE RALLS Y COLAB. SOSTIENEN QUE UN ALTO PORCENTAJE ES CURADO CON METRONIDAZOL UNICAMENTE , ESTO PUDIERA DEBERSE A QUE SON ABSCESOS MAS PEQUEÑOS Y UNICOS, OTRAS SERIES DE LA INDIA (28) Y DE NUESTRO PAIS HAN MOSTRADO RESISTENCIA EN ALGUNOS CASOS (26,27) DE ABSCESOS A METRONIDAZOL DONDE EL ABSCESO FUE GRANDE MULTIPLE O EN LOBULO IZQUIERDO.

EXISTEN CRITERIOS QUIRURGICOS PARA EL DRENAJE QUIRURGICO SE HAN CONSIDERADO FALLA AL TRATAHIENTO, CUANDO PERSISTEN LOS SINTOMAS 4-5 DIAS DESPUES DE INSTALADO EL TRATAMIENTO ADECUADO, INFECCION AGREGADA , ES DE GRAN TAMAÑO O RUPTURA INMINENTE(27) OTRAS SON APERTURA A CAVIDAD PERITONEAL O RETROPERITONEAL, HIDROPERICARDIO Y A PLEURA O BRONQUIO CUANDO NO MEJORA CON TRATAMIENTO MEDICO (279 OTRAS SERIES HAN INCLUIDO CONDICIONES TOXICAS GRAVES Y DIAGNOSTICO PRESUNTO DIFERENTE COMO INDICACIONES QUIRURGICAS (26).

FACTORES PRONOSTICOS

HAN SIDO DIVERSOS LOS FACTORES QUE SE HAN VENIDO REALCIONANDO CON EL MAL PRONOSTICO O EVOUCION DESFAVORABLE EN ESTOS PACIENTES. VALDEZ E. (29) ENCONTRO COMO FACTORES RELACIONADOS A UNA MALA EVOLUCION LA HIPOALBUMINEMIA, ELEVACION DE TRANSAMINASAS Y TIEMPO DE PROTROMBINA ASI COMO AREA DE ABSCESO , ESTA ASOCIACION HA SIDO CONFIRMADA POR OTRAS SERIES (26).

LOS RESULTADOS DEL ANALISIS DE LOS DIFERENTES FACTORES CONSIDERADOS EN LA SECCION DE MATERIAL Y METODOS SE APRECIAN EN LA TABLA NO.3 EN REALACION A LOS HALLAZGOS DE LABORATORIO.

FOSFATASA ALCALINA SE ENCONTRO ELEVADA EN 31 (88%) DE ESTOS 9 CASOS DE ESTANCIA MAYOR A 10 DIAS Y 8 CASOS DE PACIENTES COMPLICADOS TAMBIEN ELEVADA MAS DE 2 VECES . NO EXISTIO DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE LOS COMPLICADOS Y NO COMPLICADOS POR LO QUE FOSFATASA ALCALINA PUEDE SER UN DATO QUE AYUDE AL DIAGNOSTICO PERO NO UN FACTOR PORNOSTICO.

TGO SE ENCONTRO ELEVADA EN 12 CASOS DE 27 QUE SE DETERMINO DE ESTOS 12 EN 2 SE ENCONTRO ELEVADA DE 9 PACIENTES CON ESTANCIA PROLONGADA Y EN 3 COMPLICADOS (TOTAL DE 8) CON 7 PACIENTES DE EVOLUCION NORHAL TAMBIEN SE ENCONTRO ELEVADA TAMPOCO EXISTIO DIFERENCIA SIGNIFICATIVA NI PUEDE SER USADO EN FORMA AISLADA COMO FACTOR PRONOSTICO.

ALBUMINA: SE ENCONTRO DISMINUIDA EN UN PROMEDIO DE 20% DE SU VALOR NORMAL, SE DETERMINO EN 15 (30) DE LOS CASOS, ANORMAL EN LOS CASOS QUE CORRESPONDIERON DOS DE ELLOS A LOS PACIENTES CON ESTANCIA MAYOR DE 9 DIAS , EN LOS 8 PACIENTES QUE PRESENTARON COMPLICACIONES ALBUMINA SE ENCONTRO BAJA. POR LO QUE TUVO SIGNIFICANCIA ESTADISTICA CON EL GRUPO QUE NO PRESENTO COMPLICACIONES . POR LO TANTO ALBUMINA BAJA SE PUEDE

CONSIDERAR COMO UN FACTOR DE MAL PRONOSTICO EN PACIENTES CON ABSCESO HEPATICO AMIBIANO.

GLICEMIA: SE DETERMINO EN 24 PACIENTES, SE ENCONTRO ALTERADA EN FORMA LEVE A MODERADA EN 18 CASOS DE ESTOS PACIENTES EN 7 DE ELLOS DE LOS QUE TUVIERON ESTANCIAS MAYORES A 10 DIAS SE ENCONTRO ELEVADA CON UNA MEDIA DE 16 MG-DL Y EN 87.5% (7) DE LOS PACIENTES QUE MOSTRARON COMPLICACIONES, CON ESTOS DATOS DETERMINAMOS UNA SIGNIFICANCIA ESTADISTICA, QUE NO INDICA QUE NIVELES ELEVADOS DE GLICEMIA PUEDE CONSIDERARSE COMO FACTOR DE MAL PRONOSTICO EN ESTOS PACIENTES.

GLOBULOS BLANCOS: SE REALIZO BIOMETRIA HEMATICA EN 100% DE LOS CASOS Y SE ENCONTRO LEUCOCITOSIS EN 47 (94%) DE LOS CASOS, CON UNA MEDIA DE 19.000 X MM3, EL 10 % DE PACIENTES CON ESTANCIA PROLONGADA Y 100% DE PACIENTES CON COMPLICACIONES TUVIERON LEUCOCITOSIS LOS NO COMPLICADOS Y ESTANCIA PROLONGADA, TUVIERON UNA MEDIA DE 15,000 Y 19,000 X MM3 RESPECTIVAMENTE Y LOS QUE PRESENTARON COMPLICACIONES TUVIERON UNA MEDIA DE 25,000 XMM3, CON SIGNIFICANCIA ESTADISTICA ENTRE 3 GRUPOS DE TAL FORMA QUE LEUCOCITOSIS ARRIBA DE 25,000 X MM3 PUEDE SER UN FACTOR DE MAL PRONOSTICO EN ESTOS PACIENTES.

NEUTROFILIA EXISTIO EN TODOS LOS PACIENTES Y EN RELACION CON LA LEUCOCITOSIS - LINFOPENIA EXISTIO EN 8 CASOS (16%) CON UNA MEDIA DE 1080 DE ELLOS, DOS CASOS CON ESTANCIA PROLONGADA Y 6 (75%) DE LOS CASOS QUE PRESENTARON COMPLICACIONES, POR TAL MOTIVO, LINFOPENIA AUNQUE MODERADA, PUEDE CONSIDERARSE QUE ES UN DATO DE MAL PRONOSTICO EN ESTOS PACIENTES.

MONOCITOSIS: SE ENCONTRO EN 31 (62%) DE LOS CASOS CON RANGO DE 950-2940 MM3 Y MEDIA DE 1626 MM3 EN LOS PACIENTES CON ESTANCIA PROLONGADA SE PRESENTO EN 4 CASOS DE UN TOTAL DE 9, LOS PACIENTES CON COMPLICACIONES

EN 87.5(7%) DE LOS CASOS , LOS PRIMEROS CON UNA MEDIDA DE 2235 Y LOS COMPLICADOS 1850 X MM3, EN 20 PACIENTES CON BUENA EVOLUCION TAMBIEN EXISTIO MONOCITOSIS CON UNA MEDIA DE 2200 X MM3 DE TAL FORMA QUE NO EXISTIO DIFERENCIA ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA PARA CONSIDERAR A MONOCITOSIS COMO FACTOR PRONOSTICO EN FORMA AISLADA PERO SI UN DATO QUE CONTRIBUYE A DIAGNOSTICO DE ABSCESO HEPATICO AMIBIANO.

BANDEMIA: EXISTIO EN 30 CASOS CON UN RANGO DE 6 A 22 BANDAS Y UNA MEDIA DE 9 BANDAS, CON PACIENTES CON EVOLUCION SATISFACTORIA UNA MEDIA DE 6 BANDAS , CON ESTANCIA PROLONGADA 9 BANDAS COMO MEDIA Y COMPLICADOS 12 BANDAS, POR LO QUE SE PUEDE CONSIDERAR BANDEMIA DE 12% DATO DE MAL PRONOSTICO.

HEMOGLOBINA:(EXISTIO ANEMIA EN 8 CASOS) NORMOCITICA-NORMOCROMICA Y UNA HIPOCROMICA MICROCITICA POR SANGRADO DE ULCERA DUODENAL, EN TOTAL DE ESTOS CASOS FUERON EN PACIENTES CON ESTANCIA PROLONGADA (4) Y COMPLICADOS (4) CON UNA MEDIA DE 11GR AMBOS-. HEMOGLOBINA SE PUEDE CONSIDERAR COMO FACTOR PRONOSTICO.

SEROAMEBA: SE REALIZO EN 22 CASOS, ENCONTRANDOSE ALTERADA EN TODOS ELLOS, CON NIVELES DE 1:64 HASTA 1:8192' SE ENCONTRO ELEVADA EN LOS PACIENTES CON ESTANCIA PROLONGADA Y COMPLICADOS EN LA MISMA PROPORCION, EL RESTO 11 CASOS EN PACIENTES CON EVOLUCION SATISFACTORIA, DE TAL FORMA QUE SE PUEDEN CONSIDERAR SUS TITULOS ALTOS DIAGNOSTICOS PERO NO PRONOSTICOS.

FINALMENTE LOS RESULTADOS ANORMALES DE TGO Y F.A MAS DE 5 VECES LO NORMAL, AUNADO AL RESTO DE FACTORES SI PUEDEN PARTICIPAR EN EL PRONOSTICO DE ESTOS PACIENTES.

POR LO ANTERIOR EN RELACION CON EXAMENES DE LABORATORIO PODEMOS CONSIDERAR FACTORES PRONOSTICOS:

ALBUMINA BAJA 2% DE SU VALOR NORMAL, HIPERGLICEMIA LEVE A MODERADA, LEUCOCITOSIS MAYOR DE 25,000 X MM3, LINFOPENIA LEVE A MODERADA, BANDEMIA MAYOR DE 12% Y ANEMIA CON HEMOGLOBINA MENOR DE 11 GR/DL.

Y DATOS QUE CONTRIBUYEN AL DIAGNOSTICO: FOSFATASA ALCALINA ELEVADA, TGO ELEVADA, MONOCITOSIS, SEROAMEBA A TITULOS POSITIVO; Y ESTOS FACTORES 4-5 VECES SU VALOR NORMAL Y AUNADOS A OTROS FACTORES.

EN RELACION CON LAS DIMENSIONES, LOCALIZACION, Y NUMERO DE ABSCESOS: DIVIDIMOS A LOS PACIENTES EN 3 GRUPOS EN BASE A LAS DIMENSIONES SE LOS ABSCESOS, COMO YA SE MENCIONO: GRUPO I 1-4 CM, GRUPO II 5-9 CM Y GRUPO III MAS DE 10 CM.

EL GRUPO I 8 (29%) DE CASOS ESTOS PACIENTES CUANDO FUERON UNICOS (Ia) TUVIERON ESTANCIA HOSPITALARIA 6 DIAS, PERO MULTIPLES ESTANCIA 10 DIAS Y CON MAYOR PORCENTAJE DE COMPLICACIONES 40%.

GRUPO II 26 (65%) DE LOS CASOS, ESTANCIA HOSPITALARIA DE 7 DIAS SU EVOLUCION PRACTICAMENTE IGUAL, CUANDO FUERON MULTIPLES SE COMPLICARON MAS IIb PERO SOLO 2 CASOS (20%) EXISTIERON RECAIDAS PERO CUANDO EL TRATAMIENTO NO FUE POR TIEMPO SUFICIENTE.

GRUPO III ESTANCIA HOSPITALARIA 10 DIAS COMO MEDIA- UNICOS Y MULTIPLES SE COMPLICARON, MAS LOS MULTIPLES 3 CASOS (IIIb). ES POR TAL MOTIVO CONVENIENTE CLASIFICAR POR SUS DIMENSIONES AL ABSCESO HEPATICO (I, II, III) Y SI SON UNICO (a) O MULTIPLES (b). PUES SU PRONOSTICO VARIA EN CADA GRUPO COMO YA SE MENCIONO Y SE HA CONFIRMADO EN OTRAS SERIES (29). FINALMENTE LA EDAD SE PUEDE CONSIDERAR COMO FACTOR PRONOSTICO PUES MAYORES DE 50 AÑOS TIENEN MAS COMPLICACIONES, DE TAL FORMA QUE PACIENTES DEL GRUPO IIIb, CON UNO O MAS FACTORES COMO LINFOPENIA, HIPERGLICEMIA, ANEMIA, TIENEN PEOR PRONOSTICO.

CONCLUSIONES:

1.- NUESTRA POBLACION ESTUVO CONSTITUIDA POR INDIVIDUOS DE NIVEL SOCIOECONOMICO MEDIO EN UN 54% (27), ALTO 44% (22) Y BAJO 20% (1) A DIFERENCIA DE LO REPORTADO POR OTRAS SERIES (10,11,12,12) DONDE PREDOMINO LA POBLACION CON NIVEL SOCIOECONOMICO BAJO-

2.-MALAS CONDICIONES DE HIGIENE AMBIENTALES Y DESNUTRICION NO PREDOMINARON EN NUESTA POBLACION (10,11,12,13), POR LO QUE SON OTROS LOS FACTORES DETERMINANTES EN LA PRESENTACION DE ABSCESO HEPATICO AMIBIANO, COMO SON LA PRESENCIA DE CEPAS DE MAYOR PATOGENICIDAD(14), ALTERACION EN INMUNIDAD CELULAR, SUBPOBLACIONES T-4 BAJAS Y LA PRESENCIA DE HLA-DR3 EN NUESTRA POBLACION (21), HECHOS QUE DEBEN MOTIVAR ESTUDIOS PROSPECTIVOS EN ESTE SENTIDO.

3.- EXISTIERON 4(8%) DE RECURRENCIAS CON LAPROS DE 1 Y 2 AÑOS DE DIFERENCIA ENTRE EPISODIOS REPORTADOS EN LA LITERATURA (9,6,15) COMO SUMAMENTE RAROS, LO QUE APOYA CIERTA ALTERACION EN INMUNIDAD CELULAR. INMUNIDAD HUMORAL NO TIENE PARTICIPACION IMPORTANTE EN LA PROTECCION.

4.- ULTRASONIDO FUE EL ESTUDIO DIAGNOSTICO MAS FRECUENTEMENTE USADO 50 (100%) CON UNA EFICACIA DE 94%, ES EL METODO IDEAL PARA INICIAR EL ESTUDIO DE UN ENFERMO CON SOSPECHA DE ABSCESO HEPATICO AMIBIANO, AUNQUE LA TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA SIGUE SIENDO EL "ESTANDAR DE ORO".

5.- EXISTIERON OTRAS ALTERACIONES DE LABORATORIO ADEMAS DE LAS REPORTADAS POR LA LITERATURA (1,26,27,28) COMO SON ANEMIA, LINFOPENIA, HIPERGLICEMIA Y MONOCITOSIS, QUE INCLUSO SON MAS FRECUENTES EN PACIENTES COMPLICADOS O CON ESTANCIA MAS PROLONGADA.

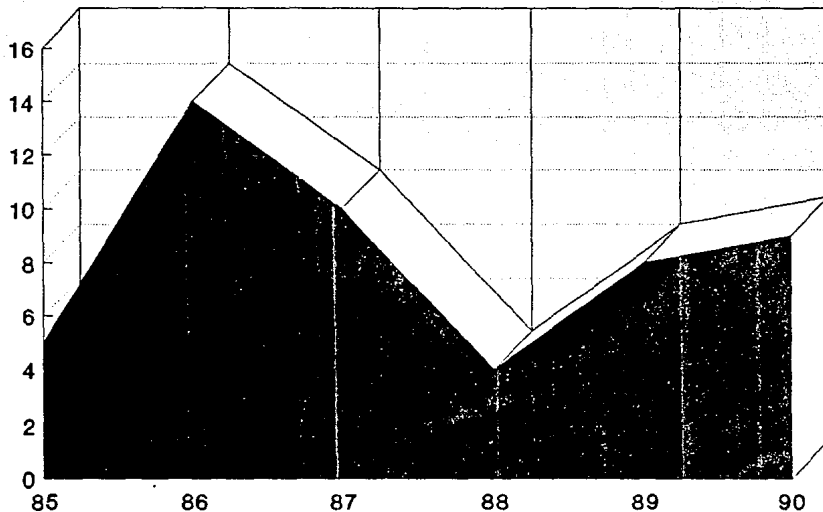
6.- METRONIDAZOL COMO MONOTERAPIA TUVO 50% DE RECAIDAS O RESISTENCIA AL TRATAMIENTO, METRONIDAZOL MAS DEHIDROHEMETINA FUE EL ESQUEMA QUE MEJORES RESULTADOS MOSTRO, EN CASO DE ABSCESOS MULTIPLES O GRANDES AUNQUE ES NECESARIO UN ESTUDIO COMPARATIVO PROSPECTIVO PARA APOYAR ESTA CONCLUSIÓN.

7.- EN EL 10% DE LOS CASOS EXISTIERON COMPLICACIONES, TANTO MEDICAS COO QUIRURGICAS, LA MAS COMUN FUE RESISTENCIA A TRATAMIENTO QUE CONDICIONO DRENAJE QUIRURGICO POR LAPAROTOMIA EN LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS, ADEMAS DE SOLECISTECTOMIA Y APENDICECTOMIA EN 2 CASOS.

8.- DISEÑAMOS UN GRUPO DE FACTORES PRONOSTICOS QUE INCLUYEN EDAD, HIPOALBUMINEMIA, LEUCOCITOSIS, LINFOPENIA Y BANDEMIA, ASI COMO LA CLASIFICACION DE LOS GRUPOS DE ACUERDO A SU TAMAÑO Y NUMERO (I,II,III) A Y B, QUE EN CONJUNTO NOS ORIENTAN A SU PRONOSTICO Y MANEJO MAS ADECUADO DE ESTOS PACIENTES. DONDE EL GRUPO III TENDRA PEOR PRONOSTICO. ESTOS FACTORES DEBERAN SER COMPROBADOS EN TRABAJOS PROSPECTIVOS

FRECUENCIA DE A.H.A

GRAFICA No.7



INGRESO / DIAGNOSTICO

GRAFICA No.1

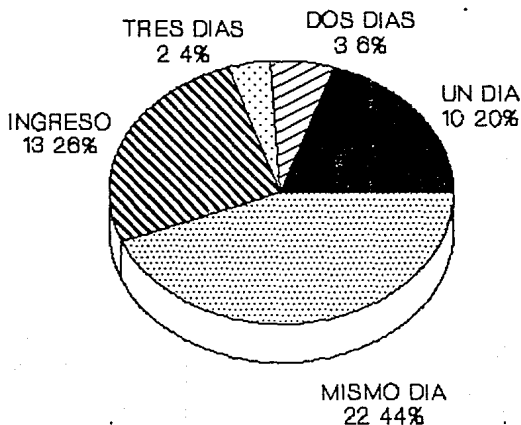


TABLA No. 1

SINTOMAS

	No. PACIENTES	PORCENTAJE	CONTER.
DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO	49	98%	93%
FIEBRE	48	96%	93%
ATAQUE AL ESTADO GENERAL	32	64%	63%
EVACUACIONES DIARREICAS	18	60%	60%
CALOSFRIOS	17	34%	68%
CEFALEA	8	16%	18%
PERDIDA DE PESO	6	12%	33%
ESTREÑIMIENTO	6	12%	-
TOS	3	6%	-

SIONOS:

DOLOR A LA PALPACION	50	100%	75%
HEPATOMEGALIA	18	36%	53%
HIPOVENTILACION BASAL DERECHA	14	28%	20%
ESTERTORES SUBCREP. DERECHOS	8	16%	-
COLURIA	4	8%	-
ICTERICIA	3	6%	5%

TABLA No.2**E.H. DE INGRESO:**

LEUCOCITOSIS	47	94%
NEUTROFILIA	47	94%
BANDEMIA	32	65%
LINFOPENIA	8	16%
MONOCITOSIS	31	62%

PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA

	REALIZADOS	NIVELES PLASMATICOS ELEVADOS	NUM. DE VECES ALTERADO
TGO	27 (54%)	12 (44%)	2.2
TGP	30 (60%)	9 (30%)	1.5
FA	35 (70%)	31 (88%)	2.0
BILIRRUBINAS	25 (50%)	1 (2%)	1.0

TABLA No. 3

RESULTADOS DE LABORATORIO EN PACIENTES CON ESTANCIA MAYOR DE 9 DIAS

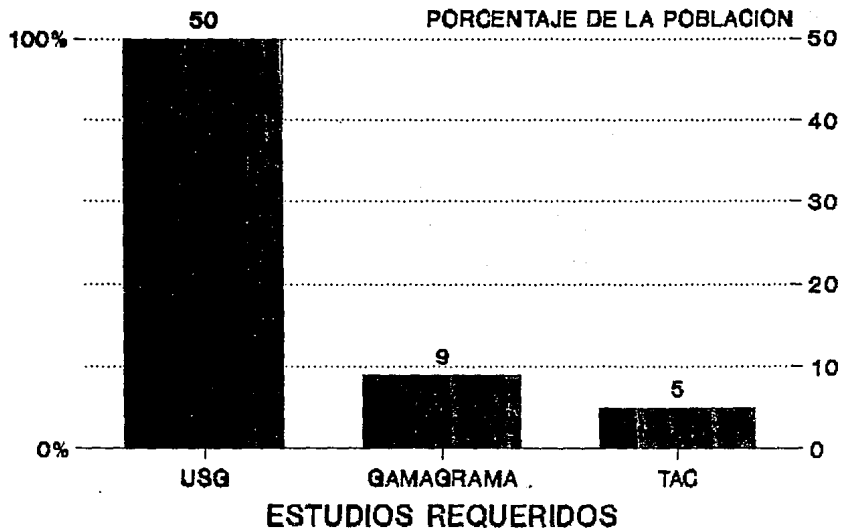
	%CASOS ALTERADOS	MEDIA	RANGO
F. ALCALINA	100% (9)	252	145-340
GLICEMIA	78% (7)	161	119-266
TGO	22% (29)	65	65
ALBUMINA	55% (5)	2.9	2.8-3.1
GLOBULOS BLANCOS	100% (9)	18.6	11-28 MIL
HEMOGLOBINA	44% (4)	10	10-11 GR.
LINFOPENIA	33% (3)	1250 MM3	1400-1040 MM3
MONOCITOSIS	44% (4)	2235 MM3	1360-3920 MM3
BANDAS	55% (59)	9 BANDAS	6-15 BANDAS
SEROAMEBA	77% (7)	1:297	1:128-1:1024

R. LAB EN PACIENTES COMPLICADOS

F. ALCALINA	87.5% (7)	335	176-519
GLICEMIA	87.5% (7)	165	145-235
TGO	37.5% (3)	190	80-400
ALBUMINA	75 % (6)	2.5	2.0-3.0
GLOBULOS BLANCOS	100 % (8)	25 MIL	16-41 MIL
HEMOGLOBINA	50 % (4)	10 GR	10-11 GR
LINFOPENIA	75 % (6)	1089 MM3	900-1400MM3
MONOCITOSIS	87.5% (7)	1050 MM3	1190-3500MM3
SEROAMEBA	87.5% (7)	1:292	1.128-1:512

ESTUDIO DIAGNOSTICO

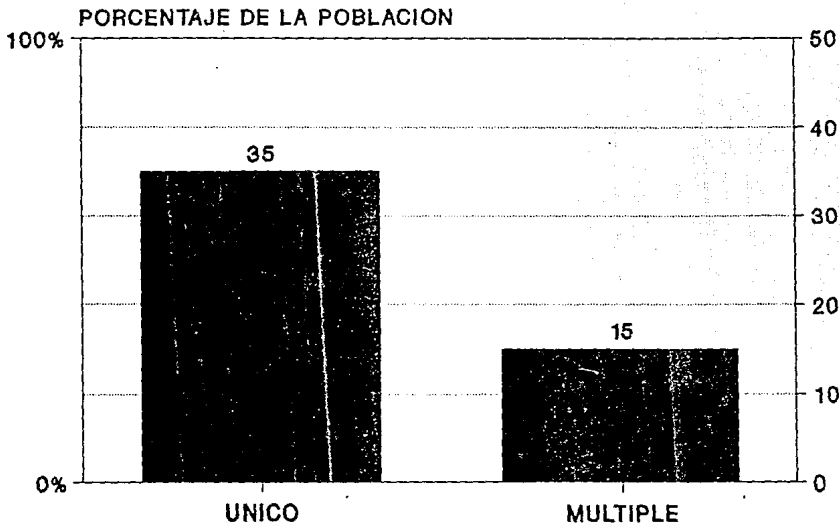
GRAFICA No.2



HOSPITAL A.B.C.

NUMERO DE ABSCESOS

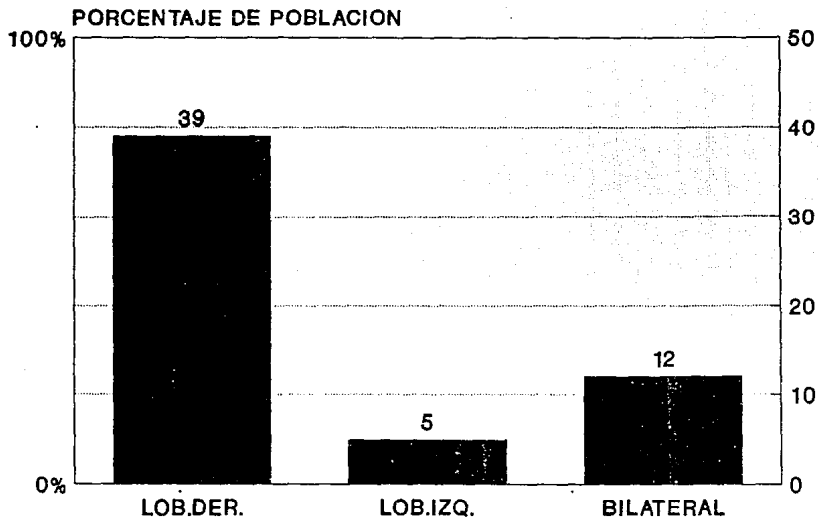
GRAFICA No.3



HOSPITAL A.B.C.

LOCALIZACION

GRAFICA No.4

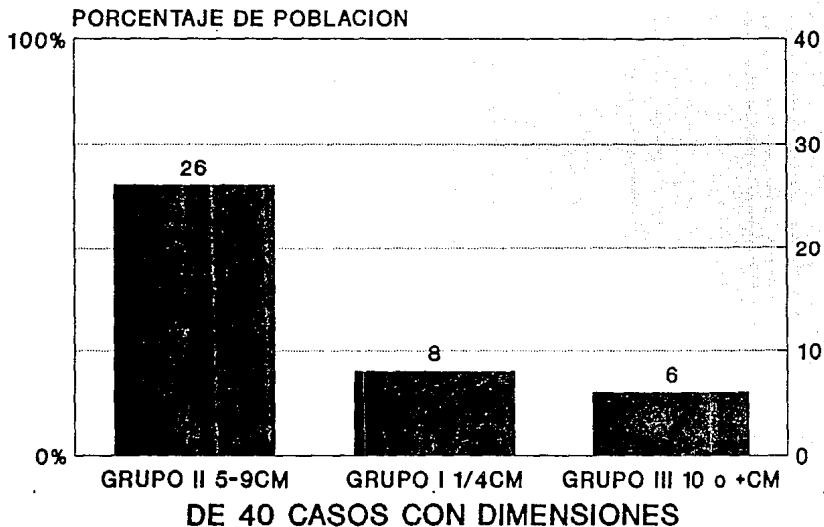


HOSPITAL A.B.C.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DIMENSIONES

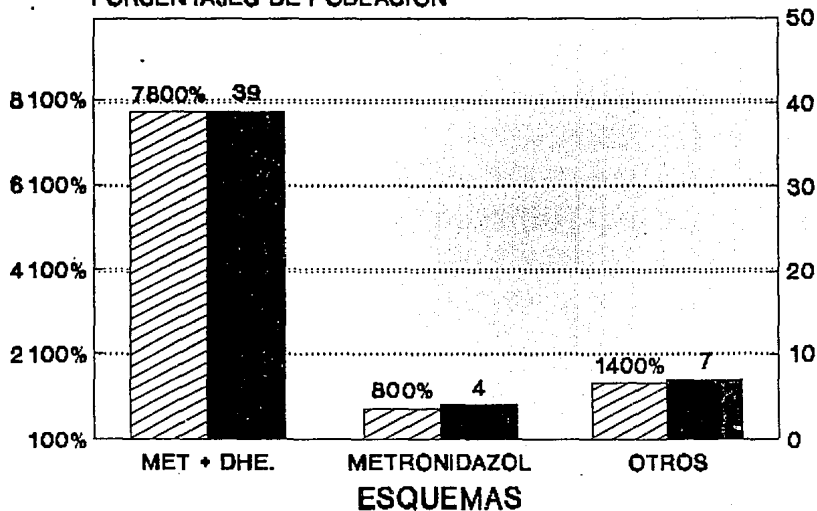
GRAFICA No.5.



ESQUEMA DE TRATAMIENTO

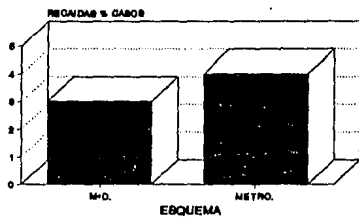
GRAFICA No.6

PORCENTAJES DE POBLACION



RECAIDAS VS MEDICAMENTO

GRAFICA No.9



HOSPITAL A.S.D.

REFERENCIAS

1.- KRETSCHMER R.

AMIBIASIS, CARACTERISTICAS DE SU COMPORTAMIENTO INMUNOLOGICO.

REV.GASTROENTEROL. MEX; 54:157-162

2.-GUERRANT RL AMIBIASIS:

INTRODUCTION CURRENT STATUS AND RESEARCH QUESTIONS.

REV INFECT DIS. 1986' 8:218-227.

3.- MUÑOZ O.

CLINICAL SPECTRUM OF AMIBIASIS IN CHILDREN

KRETSCHMER R. ED CRC PRESS INC USA 1989.

4.-ALVAREZ ALVA R. DE LA LUZ, .

FRECUENCIA DEL ABSCESO HEPATICO AMIBIANO EN UN HOSPITAL DEL SEGURO SOCIAL, .

ARCH. INVEST. MED. (MEX) 1977 2:1.

5.- GUTIERREZ G.

EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE AMIBIASIS EN MEXICO.

ARCH INVEST MED. (MEX) 1986, 17 (SUP 1) 375.

6.- MARTINEZ GARCIA MA. CASTRO D JM.

CARACTERISTICAS DEL ABSCESO HEPATICO AMIBIANO EN HOSPITAL RURAL.

ARCH. INVEST. MED. (MEX) 1986: 17: 335.

7.- CONTER R, HITT. H., LONGIMIRE W.

DIFFERENTIATION OF PROGENIC FORM AMIBIC HEPATIC ABSCESES.

GYNECOLOGY AND OBSTETRICS- FG 198 VOL 162, 114-119.

8.- SEPULVEDA B. M.D., DIAMONS L. PA.

9.- GUTIERREZ G. MUÑOZ HDEZ.

AMIBIASIS SU EPIDEMIOLOGIA HOY.

REV. GASTROENTEROL. MEX. 1989; 54: 145-156.

10.- ALVAREZ A.R. DE LA LOSA S. A.

FRECUENCIA DEL ABSCESO HEPATICO AMIBIANO EN HOSPITALES DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE LA REP. MEX.

ARCH. INVEST. MED. (MEX) 1971; 2 (SUPL 1) 327-332

11.-TANIMOTO M. PEREZ J.R. GALLARDO A.E., TREVIÑO G.M.N.

FRECUENCIA DE ABSCESO HEPATICO AMIBIANO EN HOSPITALES DEL IMSS EN EL
VALLE DE MEXICO.

REV. GASTROENTEROL. MEX. 1988; 53: 396.

12.- GUTIERREZ G.

AMIBIASIS, SINPOSIO APORTACIONES MEXICANAS EN CAVUNAS.

GACETA MED. MEX. 1988, 124: 86-92.

13.- TANIMOTO W.M. MORALES L.S. Y COLS.

AMIBIASIS ¿HA VARIADO SU EXPRESION CLINICA?

REV. GASTROENTEROL. MEX. 1989; 54: 163-166.

14.- SARGEAUNT P.S. WILLIAM J.E.

ELECTRPHORETIC IZOENZYME PATTERNS OF ENTMOEBA HISTOLYTICA AND ENTAMOEB
COLI.

TRANS R. SOC. TRUP. MED. HYQ. 1978 72:164.

15.- WASH J.

TRANSMISION OF ENTAMOEBIA HISTOLYTICA CHAP 7

RADUM J. ED. J. WILWY S. SONS VSG 1988.

16.- DE LEON A.

PRONOSTICO TARDIO EN EL ABSCESO HEPATICO AMIBIANO.

ARCH. INVESST. MED. (MEX) 1970 80 SUPL 1 :205.

17.- KRUPZ I.M. POWELL S.J.

COMPARATIVE STUDY OF ANTIBODY RESPONSE IN AMIBIASIS.PERSISTENCE AFTER SUCCESSFUL TREAT.

AM. J. TROP. MED. 1971 20: 421-424.

18.- CHADEE K. MEROVICH,

ENTAMOEBIA HISTOLYTICA LYMPHOTE TISULAR CHANGES.

J. PARASITOL 1984. 71 566-575.

19.- KRETSCHMEIER R.R.

INMUNOLOGY OF AMEBIASIS.

IN MARTINEZ -PALOMO AMEBIASIS 1986: 96- 167.

20.- JONES J.F.

SERODIAGNOSTIC IN PARASITIC INFECTIONS.

CLIN. INMUNOL. 1984;5:103-105.

21.- ARELLANO I. ET AL. .

HLA ANTIGENOS ASOCIADOS A ABSCESO HEPATICO AMIBIANO EN MEXICANOS.

PARASITE INMUNOL 1987;9:757-760.

22.- DIAMANSTEIN T. ET AL.

INTERACCION BETWEEN ENTAMOEBIA HISTOLYTICA AND INMUNOLOGY SISTEM.

J. INMUNOL 1981;; 126: 2084-2086.

23.- STOOPEN H. MEIGUEL, KIMURAK, TECNOLOGIA DE LOS OCHENTAS

ULTRASONIDO, TOMOGRAFIA AXIAL COPUTADA Y RESONANCIA MAGNETICA ¿HAN CONTRIBUIDO A MEJORAR EL DIAGNOSTICO DEL ABSCESO HEPATICO?.

REV. GSTROENTEROL. MEX. 1989;54: 167-175.

24.- STOOPEN M. KIMURAK.

LA ULTRASONOGRAFIA Y LA TOMOGRAFIA COMPUTADA EN EL DIAGNOSTICO DE
ABSCESO HEPATICO AMIBIANO.

ARCH. INV. MED. (MEX) 1980;11(S1) : 317-324.

25.- N. TREVIÑO, GARCIA MANZO

AMIBIASIS TRATAMIENTO MEDICO ¿HAY ALGO MEJOR QUE EL METRONIDAZOL?

26.- GARZA V. TAKAHASHI T. ET AL.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL ABSCESO HEPATICO AMIBIANO.

REV. INVEST. CLIN. (MEX). 39;355-358, 1987.

27.- SINGLER M. MIER J. ET AL.

AMIBIASIS TRATAMIENTO QUIRURGICO 1989.

REV. GASTROENTEROL. MEX. 1989; 54 : 185-189.

28.- MP SHARMA , RR ARCHAYA, ET AL.

NEDLE ASPIRATION O AMEBIC LIVER ABSCESS.

Br. MED J. 1989; 299; 1308-1309.