

11209
52
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios Superiores



TESIS RECEPTACIONAL
PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN
CIRUGIA GENERAL

ABSCESO HEPATICO AMIBIANO

PRESENTADA POR:

DR. LUIS MARTIN CASTRO RODRIGUEZ

**SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
HOSPITAL GENERAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS**

[REDACTED]
2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

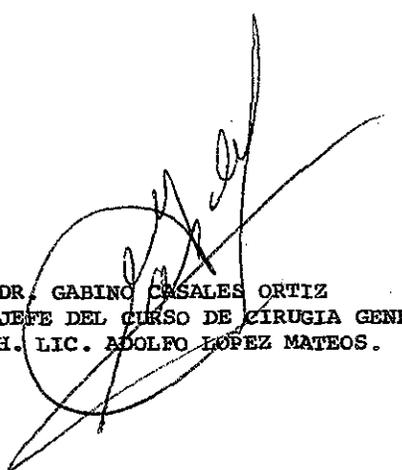


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

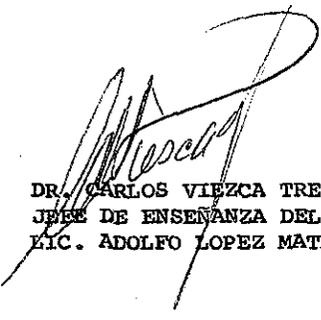
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

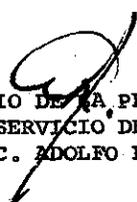
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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



DR. GABINO CASALES ORTIZ
JEFE DEL CURSO DE CIRUGIA GENERAL
H. LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS.



DR. CARLOS VIEZCA TREVIÑO
JEFE DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL GRAL.
LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS.



DR. IGNACIO DE LA PEÑA PAEZ
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA GRAL.
DEL H. LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS

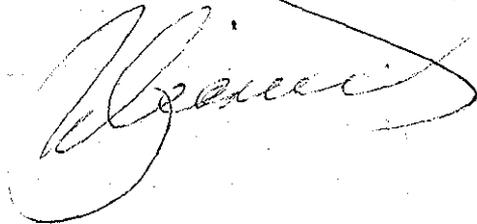
DR. GUILLERMO MIJARES CRUZ
COORDINADOR DE ENSEÑANZA DEL SER
VICIO DE CIRUGIA GRAL. H. LIC.
ADOLFO LOPEZ MATEOS.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MI MAESTRO, CONSEJERO Y AMIGO
POR MUY POCOS COMPRENDIDO
POR CARECER DE VANIDAD, ALHARA Y LABIA
CUALIDADES ROBADAS POR LA EXPERIENCIA
POR LO CUAL SOLO ME QUEDA MI RESPETO Y
MI AGRADECIMIENTO POR EL REGAÑO EN SI-
LENCIO Y POR ESA SONRISA FESTIVA.

DR. RUBEN CHARVEL TOBIAS
CIRUJANO ADSCRITO DEL SERVICIO DE CIRUGIA
GENERAL. DEL H. LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS
Y ASESOR PERSONAL DE ESTA TESIS.



A MIS MAESTROS, A MIS COMPAÑEROS RESIDENTES

RECORDAD JOVEN CIRUJANO QUE A TRAVES
DEL TIEMPO Y LA DISTANCIA DEBES HONRRAR
CON FE, ETICA Y RESPETO QUE ERES PRODUC
TO Y PRESENCIA DE LAS MANOS Y EXPERIEN-
CIA DE QUIENES FUERON TUS MAESTROS, PRO
FESIONALMENTE TUS HERMANOS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LUIS CASTRO.

DEDICO ESTE TESIS A QUIEN DURANTE MI CARRERA
Y DURANTE MI VIDA ME HA OFRECIDO CARIÑO, APOYO
RESPECTO, REGAÑO Y PACIENCIA

MIS PADRES

MIS HERMANOS

MIS ABUELOS

MIS AMIGOS

MIS COMPAÑEROS

MIS MAESTROS

MIS ENEMIGOS

Que benevolente es la vida que te da
compañía.
es camino, llanura, cuesta y también
pendiente.
la soledad es una enfermedad que se
hace incurable con el tiempo.
y la salud es también vida.

L. Castro.

INDICE

MORBIMORTALIDAD DE LA AMIBIASIS EN MEXICO.

LA ULTRASONOGRAFIA COMO METODO DIAGNOSTICO
Y DE CONTROL EN EL ABSCESO HEPATICO AMIBIA
NO O MIXTO.

ESTADO ACTUAL DE LA CENTELLEOGRAFIA HEPATI
CA.

TRATAMIENTO MEDICO DE LA AMIBIASIS.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS COMPLICACIONES DE LA AMIBIASIS INVASORA.

COMO SE MANEJA LOS PACIENTES CON ABSCESO -
HEPATICO EN EL HOSPITAL GENERAL LIC. -----
ADOLFO LOPEZ MATEOS (ISSSTE) ESTUDIO RETROS
PECTIVO.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

MORBIMORTALIDAD DE LA AMIBIASIS EN MEXICO

Diversas amibas pueden parasitar al hombre; pero son la - Entamoeba histolytica y Naegleria Gruberi las capaces de invadir - los tejidos y enfermarlo.

Naegleria gruberi es una amiba que vive libremente, que - produce meningoencefalitis primaria y eventualmente diseminación he - matógena. El padecimiento no se ha encontrado descrito en nuestro me - dio por lo que solo nos referiremos a la Entamoeba histolytica, de - acuerdo con Sepúlveda el término amibiasis invasora designa todos - los procesos patológicos causados por la penetración de amibas pató - genas en los tejidos del hombre.

La definición anterior no incluye a los portadores sanos, lo que significa que la presencia E. Histolytica en las heces no ne - cesariamente significa la enfermedad, lo que posiblemente signifique que el parásito tenga dos ciclos, pero la transformación de comen - sal a patógena invasora no se ha demostrado

La parasitosis por E histolytica se encuentra extendida - por todo el mundo y puede considerarse endémica entre el paralelo 40 norte y 30 sur. La mayor parte de los autores considera que el 20 - por ciento de la población mundial se encuentra infestada por el pa - rásito sin embargo solo una minoría manifiestan invasión y enferme - dad.

Por ejemplo en Leningrado el 25 por ciento de la población se encuentra infestada pero la enfermedad amibiana es excepcional.-

En el Cairo la tasa es del 20 al 40 por ciento y la amibiasis invasora es muy frecuente y grave. En los Estados Unidos, la tasa de infestación se estima entre el 5 y el 8 por ciento si aceptamos la cifra baja, la cantidad de individuos parasitados en ese país es de aproximadamente 10 millones sin embargo, el número anual de casos de disentería amibiana es solo de 2000 casos.

La comparación entre cuatro países latinoamericanos cuyas poblaciones tienen condiciones semejantes de vida, es también interesante. Las tasas de infección amibiana han sido estimadas entre el 4 y el 17 por ciento en Venezuela entre 40 y el 65 por ciento en Ecuador y del 45 al 60 por ciento para Colombia en los tres países la amibiasis clínica no parece ser muy frecuente ni grave.

En México la tasa de infección se ha encontrado alrededor del 20 por ciento y como se sabe la frecuencia y la gravedad de la amibiasis invasora en nuestro medio presenta un verdadero problema.

El único indicativo para juzgar con seguridad la gravedad del problema amibiano en una zona determinada es la frecuencia de abscesos hepáticos.

De acuerdo con este criterio se demuestra países mas duramente azotados por la amibiasis e indudablemente México es uno de ellos, Elsdon Dew concluye que México es el principal foco de las Américas.

Desgraciadamente se carecen de cifras estadísticas confiables pero para valorar someramente el Hospital General del Centro Médico Nacional se internan anualmente 10 000 pacientes y el promedio anual de pacientes con absceso hepático amibiano es de 200 lo que --

corresponde al 2 por ciento del total.

En el periodo de 1963-1969 se llevaron a cabo 3000 autópsias, en 120 se encontró absceso amibiano lo que hace el 4 por ciento del total, La amibiasis invasora del hígado y del colon ocupó el sexto lugar en frecuencia entre los padecimientos encontrados en esta serie de autópsias.

En el hospital general de la Secretaria de Salubridad y -- Asistencia, en el periodo de 1954-1967 se realizaron 6126 autópsias, el absceso hepático amibiano se encontró en 195 casos o sea el 3.2 -- por ciento del total. La amibiasis invasora ocupó el cuarto lugar en frecuencia, del total.

En la literatura médica al alcance, no se ha encontrado -- proporción semejante en otras zonas geográficas.

En cuanto a la amibiasis invasora en niños es poco lo que se ha reportado, pero es indicativo de la gravedad en edad pediátrica, en el Hospital Infantil de México se reporta; de 2866 autopsias-- se encontró el absceso hepático en 60 casos, es decir el 2.09 por -- ciento del total o sea aproximadamente la mitad de lo reportado en -- otros sitios.

En términos generales, en México las tasas de infestación-- se ha encontrado entre el 5 y el 75 por ciento de la población, predominando en el medio mal saneado y muy pobre.

En la ciudad de México y en niños con diarrea, se encontraron trofozoitos en el 1.2 por ciento de los lactantes y hasta el 27.8 por ciento de los colares; por otra parte, la elevada frecuencia de--

diarrea en nuestro medio, debemos aceptar que la amibiasis constituye un grave problema en la población infantil.

Prado Vértiz revisó 317 casos de amibiasis invasora en los años 1968, 1969 y 1970 relacionandolo con el número total de egresos y de gastroenteritis en los mismos años, resultando 2,299 egresos -- por gastroenteritis, 317 fueron por amibiasis intestinal.

Con respecto a la distribución por edades, el estudio reveló que el 59.4 por ciento se presentó en menores de un año de edad, -- el 34.9 por ciento para los preescolares y para los escolares solo -- el 5.7 por ciento. Resultados similares se obtuvieron en el hospital de pediatría del Centro Médico del IMSS, en donde de 439 casos de amibiasis intestinal el 47 por ciento correspondió a menores de un año, observando un franco descenso en edades posteriores.

La mayoría sufría desnutrición, respecto a las condiciones sanitarias, el estudio socioeconómico en las familias de donde procedían los niños con amibiasis invasora, mostró que la gran mayoría correspondía a nivel socioeconómico bajo (95.9 por ciento). Se encontraron variaciones estacionales con alza epidémica durante los meses de abril, mayo y junio época del año en que también aumentan otras infecciones entéricas.

La invasión tisular amibiana desencadena una respuesta inmunológica en el huesped, caracterizada, entre otras cosas por la aparición de anticuerpos séricos elevación de inmunoglobulinas séricas, especialmente de la fracción IgG, e inmunidad celular. Es importante destacar que esta respuesta no aparece en casos en que el pará

sito vive solo en la luz intestinal, como comensal inocuo.

Por esta razón, las encuestas serológicas proporcionan datos de valor, ya que al investigar la presencia de anticuerpos séricos específicos, informan sobre la frecuencia y distribución de la amibiasis invasora.

Dado que la amibiasis invasora intestinal puede adoptar diversas formas clínicas que corresponden a distintas formas de anatomía patológica, se hace necesario conocerlas.

1.- Disenteria amibiana (rectocolitis ulcerosa aguda amibiana)

2.- colitis fulminante

3.- Tifloapendicitis amibiana

4.- ameboma del colon

5.- colitis amibiana crónica.

En terminos generales podemos concluir que la amibiasis -- tiene muy poca casi nula mortalidad en los casos de amibiasis intestinal invasora sin complicaciones y bajo un tratamiento adecuado, pero la presencia de deshidratación infecciones agregadas y desnutrición, las cifras aumentan considerablemente y si a esto se agrega la peritonitis y/o septicemia la probabilidad de sobrevivida casi se reducen a cero.

LA ULTRASONOGRAFIA COMO METODO DIAGNOSTICO Y DE CONTROL EN EL ABSCESO HEPATICO AMIBIANO O MIXTO.

La ultrasonografía, (ecografía o sonografía) es un procedimiento de diagnóstico de los llamados "no invasores" ya que permite observar y obtener imágenes de los órganos corporales, sin causar daño o molestia al paciente, en este caso; el parénquima hepático, los conductos biliares, la vesícula biliar, los vasos sanguíneos y lesiones localizadas al órgano, se pueden observar fácilmente con este procedimiento con la ventaja de discriminar fácilmente si las lesiones son sólidas o contienen líquido en su interior y forma parte del interés de esta tesis, esta última característica, como método diagnóstico certero.

QUE ES LA ULTRASONOGRAFIA?

La sonografía consiste en ondas sonoras de muy alta frecuencia, mayor de un millón de ciclos por segundo, lógicamente inaudibles para el hombre. La fuente consiste en un transductor de cristal sintético (ziconato de plomo) con propiedades piezoeléctricas -- que bajo el estímulo de un pulso eléctrico el cristal vibra y genera una onda de alta frecuencia que al colocarlo sobre la piel del enfermo, la onda sónica se transmite a los tejidos en forma de rayo que los atravieza y es reflejada (eco) por los elementos tisulares en -- grado variable, según la impedancia acústica de los mismos. El eco -- así reflejado regresa nuevamente al transductor, que por efecto piezoeléctrico inverso lo convierte a su vez en un pulso eléctrico; es

te es amplificado y analizado por el sistema eléctrico del aparato, - que finalmente desplegará una imagen en la pantalla de un osciloscopio.

La exploración del hígado se lleva a cabo con la modalidad B de barrido, en esta modalidad el transductor recorre en forma lineal un segmento de la superficie corporal y la imagen que se obtiene representa un corte tomográfico de la zona de barrido, por lo tanto es importante conocer la anatomía topográfica de las zonas en cortes seccionales para interpretar las imágenes. En forma accesoria se utiliza la modalidad para diferenciar las lesiones sólidas de las líquidas.

Las imágenes se obtienen en un monitor de televisión que - tiene una escala gris de 8 tomos, el exámen del enfermo se puede efectuar sin preparación previa aunque para evitar artefactos es mejor - con el enfermo en ayunas, se aplica una capa de aceite sobre la piel para obtener mejor transmisión del sonido y se hacen rastreos sobre el área hepática a intervalos de 2 cm en sentido longitudinal y transversal, en ocasiones se efectúan cortes oblicuos para complementar - el estudio, la imagen que aparece en el monitor se fotografía como - prueba permanente.

En ultrasonografía hay tres imágenes básicas que permiten hacer la semiología; la primera, llamada imagen de interfase, se debe a la diferencia de impedancia que existe entre dos medios o tejidos diferentes; debido a ella es factible reconocer el límite de un órgano, o la pared de un vaso sanguíneo o de una vena. La segunda, -

llamada sonodensa o egogénica, es producida por todas las estructuras que reflejan sonido, y permite reconocer el parénquima de los órganos, el tejido tumoral, los cálculos y en general todo lo que es sólido. La tercera, la más importante, para identificar el absceso, es la llamada imagen sonolúcida; ésta se identifica por una zona libre de ecos y, por detrás de la misma, por un reforzamiento de la transmisión. La imagen sonolúcida indica la presencia de líquido de cualquier naturaleza como bilis, pus, orina etc.

El hígado normal tiene una arquitectura interna homogénea que da lugar a ecos múltiples y pequeños distribuidos uniformemente. En el interior del mismo pueden distinguirse algunas estructuras tubulares sonolúcidas, que representan venas intrahepáticas cortadas en sentido transversal o longitudinal. Los conductos biliares intrahepáticos normales no son visibles dado que por su escaso contenido de bilis, no producen diferencia acústica con el tejido hepático normal; en cambio se observan con toda claridad cuando se dilatan y aumenta el contenido biliar. Por la misma razón la vesícula biliar se identifica con facilidad, en tanto se encuentre llena, como una imagen sonolúcida piriforme de contornos nítidos.

El diagrama se aprecia en los cortes longitudinales y da lugar a una línea densa, curva, que se adosa a la cúpula hepática. El estudio de la movilidad diafragmática se efectúa con facilidad mediante dos rastreos sucesivos sobre la misma imagen, uno en inspiración y otro en expiración.

Las relaciones del hígado con los grandes vasos como aorta,

cava, porta, esplénica y mesentéricas se demuestran al efectuar cortes sonográficos a diferentes niveles.

La imagen de la lesión amibiana del hígado se caracteriza anatómicamente por una zona central ocupada por tejido necrótico, -- que en la periferia se encuentra en contacto directo con las placas hepáticas y el parénquima vecino muestra congestión. En la etapa aguda el tejido necrótico es friable, no hay licuefacción y a veces muestra zonas de cavitación. Conforme avanza el tiempo estos caracteres se modifican; así, en la lesión subaguda el tejido necrótico se licúa y en su periferia, hay una delgada capa de tejido de granulación. En el absceso crónico la cavidad tiene pared fibrosa y hialinizada, -- y contiene ascaso tejido necrótico y fibrina.

Las peculiaridades anatómicas del absceso explican las imágenes ultrasonográficas, que reproducen en forma precisa los caracteres de estos tejidos. La imagen en la modalidad B de barrido está -- compuesta esencialmente por un área sonolúcida que representa la parte central del absceso y que en ocasiones tiene pequeños ecos en su interior situados en la porción más declive y producidos por desechos celulares de mayor tamaño. Cuando el material está licuado el sonido se transmite muy bien a través del mismo y se obtiene, en la parte posterior del absceso, la imagen de reforzamiento. Los contornos del absceso suelen observarse con claridad y pueden ser más o menos regulares, según el tiempo de evolución de la lesión, ya que ésta no tiene pared propia; son más nítidos en los abscesos grandes y crónicos.

La imagen descrita puede ser única o múltiple y tener diver

sas localizaciones: la más pequeña que se ha podido estudiar mide -- 1.5 cm de diámetro.

El volúmen del líquido que contiene el absceso puede ser -- evaluado fácilmente por medio de la medición de tres de sus diámetros y la aplicación de una sencilla fórmula matemática: $V=ABC \times 0.52$. Esta es muy precisa en las colecciones de forma regular ovoide, pero -- menos en las irregulares o confluentes.

El estudio de la movilidad diafragmática complementa el -- examen y es de ejecución simple, así mismo es factible demostrar la presencia de líquido por arriba del diafragma cuando hay derrame --- acompañante.

La modalidad A con la cual se trabajó mucho en los prime-- ros años y sobre cuyos resultados en el absceso hepático existe una excelente relación gracias a la amplia experiencia de los investigadores chinos, se emplea en la actualización únicamente como método -- complementario para corroborar la naturaleza sólida o líquida de una lesión previamente demostrada en el rastreo B.

La eficacia de la ultrasonografía en el diagnóstico del -- absceso hepático ha sido estimada entre el 94.8 y el 95.9 por ciento en series reportadas por varios autores sobre todo chinos, en la literatura occidental conocemos algunos informes aislados demostrati-- vos casi en un ciento por ciento, pero hace falta determinar con certeza la eficacia diagnóstica en nuestras manos y con nuestra experien-- cia, tomando en cuenta la alta alta incidencia de amibiasis en nuestro medio.

Tal vez lo más importante de este procedimiento diagnóstico sea la capacidad de establecer un diagnóstico diferencial entre lesiones focalizadas al hígado y padecimientos fuera de este órgano que pueden dar manifestaciones clínicas y radiológicas similares.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON LESIONES FOCALES INTRAHEPATICAS.

La diferencia entre el absceso y las lesiones focales sólidas se establece con facilidad en la mayoría de los casos. Los tumores reflejan el sonido y la imagen sonográfica que producen es la de un nódulo denso de tamaño variable; en el caso de las metástasis las imágenes suelen ser múltiples, más o menos redondeadas y situadas en la periferia, pero debe tenerse presente que también pueden presentar zonas de necrosis y dar lugar a imágenes mixtas. Los hepatocarcinomas que se han reportado, han dado imágenes densas, únicas y grandes, en ocasiones con espacios vasculares en su interior, lo que correlaciona bien con la imagen que producen en angiografía, en el caso de los tumores sólidos benignos, también se ha observado imágenes sonodensas aunque en menor grado. Desafortunadamente hasta la fecha no es posible diferenciar por medio de ultrasonografía la estirpe histológica de las lesiones sólidas.

La diferencia entre quiste y absceso puede, en cambio, ser más difícil, ya que ambos contienen líquido. El dato más útil es la nitidez del contorno de la pared en el quiste debido a la existencia de una cápsula por otra parte, el absceso puede tener algunos ecos en su interior aunque pequeños, en su parte declive por la existencia de desechos y de tamaño variable, el estudio se complementará con --

rastreos sobre los riñones, para investigar la existencia de una enfermedad poliquistica del hígado y riñón.

DIAGNOSTICO DIFERENCIA CON LESIONES EXTRAHEPATICAS.

Como en la ultrasonografía se delimitan con claridad el contorno del hígado y las interfases con las estructuras vecinas, como diafragma, grandes vasos, vesículas, páncreas o riñón, es factible reconocer algunas alteraciones de estos órganos.

A titulo de ejemplo citaré cuatro problemas de diagnóstico diferencial. Al absceso subfrénico se reconoce como una imagen sonolúcida limitada hacia arriba por el diafragma, y abajo por la cara superior del hígado, en caso de que la colección sea subhepática, se encontrará una imagen similar bajo la cara inferior del órgano; como en el caso de las colecistitis agudas que plantean un problema en la práctica diaria, por ser ambas de presentación frecuente en México; la presencia de cálculos puede demostrarse en más de 90 % de los casos y, cuando hay colecistitis, la vesícula suele ser grande y tener cálculos y engrosamiento de su pared. El absceso peripancreático y los pseudoquistes del páncreas, que en ocasiones pueden confundirse con abscesos del lóbulo izquierdo, también se demuestran por la aparición de imágenes sonolúcidas situadas alrededor de un páncreas edematoso y fuera del hígado.

EVOLUCION DEL ABSCESO HEPATICO AMIBIANO

La inocuidad total del ultrasonido y su gran eficacia en -

el diagnóstico lo colocan como un estudio ideal para seguir la evolución de la amibiasis invasora del hígado.

En un estudio prospectivo se ha observado a un grupo de -- cinco enfermos con abscesos hepáticos por medio de exámenes periódicos cada quince días. Los resultados iniciales han aportado una información interesante que se correlaciona estrictamente con las observaciones anatomopatológicas.

En la etapa aguda, durante los primeros días de la enfermedad, el hígado aparece aumentado de tamaño al grado de incrementar el diámetro de la caja torácica, y los límites entre la zona de necrosis y el parénquima hepático son difíciles de precisar; además, el reforzamiento de la transmisión por detrás del absceso es escaso, datos que manifiestan la existencia de un estado congestivo del hígado y de un material relativamente espeso en el interior de la lesión. Conforme avanza el tiempo el tamaño del órgano disminuye y la transmisión del sonido mejora, lo que produce un aumento en el reforzamiento posterior que indica que el material se ha licuado. Conforme avanza el tiempo, las lesiones disminuyen progresivamente de diámetro a expensas de formación de nuevo tejido en su periferia. Hasta la fecha hemos visto desaparecer progresivamente lesiones relativamente pequeñas en los enfermos, y el aspecto del parénquima nuevo ha sido normal en el ultrasonograma. En los que tienen lesiones mayores de 10 cm de diámetro se ha visto que estas persisten hasta por cuatro meses aunque de menor tamaño.

PUNCIÓN HEPÁTICA DIRIGIDA POR ULTRASONIDO.

En la actualidad el número de punciones evacuadoras se ha reducido a 4.4 por ciento gracias a los avances en la terapéutica médica y las indicaciones para evacuar un absceso por este medio son muy precisas: a) inminencia de ruptura b) abscesos gigantes c) en casos raros con fines diagnósticos y de investigación y b) por rebeldía al tratamiento médico.

Cuando exista indicación formal para ejecutar la punción, deberá realizarse siempre que sea posible bajo control sonográfico. Esto se efectúa con gran precisión por medio de un transductor especial dotado de un orificio en su parte central, para introducir la aguja lo cual permite dirigirla al centro de la zona deseada o puncionar para obtener tejido.

ESTADO ACTUAL DE LA CENTELLEOGRAFIA HEPATICA

La centelleografía es el procedimiento de la medicina nuclear que permite obtener una imagen bidimensional del hígado, mediante la determinación de la distribución espacial en dicho órgano de un órgano de un radiofármaco emisor de radiaciones gamma.

El estudio se logra aprovechando los diferentes mecanismos fisiológicos de concentración que posee el hígado y ofrece información acerca de forma, situación y tamaño del hígado y datos de la distribución del radiofármaco en su interior, la que depende de la eficiencia funcional de las células de Von Kupffer y del flujo sanguíneo regional.

Hasta la fecha, el centelleograma hepática es el método de elección que se utiliza para el diagnóstico de lesiones focalizadas-ocupantes de espacio como abscesos, quistes y tumores. Así mismo, ofrece valiosa información en casos de padecimientos generalizados que repercuten en el hígado, como cirrosis, linfoma, leucemia, salmonelosis, brucelosis, etc.

Además, el estudio puede ser efectuado cuantas veces se requiera, por lo que encuentra amplia indicación en el control y la valoración de la reacción a la terapéutica de los múltiples padecimientos antes mencionados.

La eficiencia diagnóstica del método, según varios investigadores, es de 87 por ciento aproximadamente.

Desde 1975, el radiofármaco que usamos en forma sistemáti-

ca es el coloide ^{99m}Tc , el cual preparamos en el laboratorio del Servicio mediante una modificación de la técnica descrita originalmente por Patton y col.

El radiofármaco se administra por vía endovenosa en dosis de 2 a 3 milicuris. Aproximadamente cinco minutos después de la inyección se obtienen imágenes en proyecciones anterior, lateral derecha y posterior.

El ^{99m}Tc se distingue por ser emisor únicamente de radiación gamma de baja energía (140 KeV), y por tener semidesintegración física breve, de seis horas. Estas características permiten que pueda ser administrado en grandes cantidades, con lo que mejora la calidad de las imágenes obtenibles en la cámara de centelleo, al mismo tiempo que se abrevia la duración del estudio de uno ó dos minutos por proyección y se disminuye la dosis de radiación absorbida por el hígado (0.1 rad/milicuris).

El equipo electrónico que (se utiliza comunmente) consiste en una cámara de centelleo procesador de datos computados. Digital - PDP - 11705. La información se obtiene en fotografía de revelado instantáneo en blanco y negro.

En condiciones normales, el hígado concentra al radiofármaco uniformemente.

La concentración en forma irregular sugiere la existencia de padecimiento generalizado que repercute en el hígado, en tanto que la presencia de defectos de captación indican la existencia de lesiones ocupante de espacio focalizada.

Hasta la fecha, la información que proporciona el método es inespecífica, y en el caso de lesiones ocupantes de espacio no permite distinguir entre abscesos, quistes y tumores. En vista de lo anterior, y con el fin de aumentar la eficiencia diagnóstica del método, en los últimos años se usa una técnica con la que se valora la vascularización de las lesiones y que permite hacer, en la mayoría de los casos, un mejor diagnóstico diferencial.

Para ello, una vez terminado el estudio con el coloide de tecnecio marcado se administra por vía endovenosa una dosis de 15 milicurios de ^{99m}Tc en forma iónica, el cual se une inmediatamente a la transferrina del plasma, con la cual viaja por el torrente circulatorio.

En el caso de los abscesos amibianos, la radioactividad se distribuye en la periferia de la lesión y manifiesta el aumento de vascularización producida por hiperemia. En el caso de los quistes, la radioactividad en la periferia de la lesión es escasa pues los vasos están disminuídos en número y alargado.

En estos padecimientos, no se observa radioactividad en el interior de la lesión.

En el caso de tumores malignos, el radiofármaco penetra en el interior de la lesión, en forma directamente proporcional al grado de vascularización de la misma, y en menor cantidad en comparación con el tejido que rodea a la lesión, con excepción del hemangioma, tumor ricamente vascularizado.

Si el estudio se repite seis horas después de la inyección-

en el caso de los tumores malignos se observa aumento de la concentración del radiofármaco en su interior, en tanto que los abscesos amibianos y en los quistes no hay penetración del material radioactivo en la lesión.

Por último vale la pena hacer énfasis en la utilidad que tiene el método para valorar la evolución del padecimiento y su reacción a la terapéutica instituída.

En nuestra experiencia, la mayoría de los defectos de captación causados por abscesos amibianos desaparecen en los primeros seis meses.

Por todo lo anterior, se concluye que el centelleograma hepático es un método sencillo, rápido e inocuo, que puede ser repetido cuantas veces sea necesario y que hasta la fecha constituye el método de elección en la valoración y el control de pacientes que cursan con padecimientos que afectan al hígado.

TRATAMIENTO MEDICO DE LA AMIBIASIS

El tratamiento de la amibiásis se inició con el descubrimiento de las propiedades curativas de la planta *Cephaelia ipecacuana*, que era empleada a mediados del siglo XIX en el tratamiento de la disentería. Sin embargo no fué hasta 1912 cuando Rogers hizo la primera publicación sobre el tratamiento de la disentería de origen amibiano, mediante el uso de las sales solubles de la emetina, que fueron obtenidas a partir de la ipecacuana, siendo este el primer fármaco que tenía acción sobre los tejidos invadidos por el parásito, tanto a nivel intestinal como fuera de él, pero tenía el inconveniente de que no actuaba sobre los que se encontraban a nivel de la luz intestinal. Esto dió origen a la búsqueda de fármacos con acción intraluminal y que pudieran usarse como complemento de la emetina. Así fueron apareciendo las oxiquinoleínas, los arsenicales y algunos antibióticos tales como la paromomicina y el esterato de eritromicina. Por la ocurrencia de algunos efectos indeseables producidos por la emetina, sobre todo miositis y miocarditis, continuó la búsqueda de algunas sustancias de igual eficacia pero con mejor tolerancia; así fue como Connan demostró en 1948 que la cloroquina, que pertenecía a una serie de compuestos llamados 4-aminoquinoleínas que habían sido estudiados en relación con el paludismo, era eficaz en el tratamiento del absceso hepático amibiano, aunque su acción sobre la amibiásis intestinal era muy pobre. En 1959 se publicaron las primeras observaciones de un preparado sintético de la emetina, la dihidro-

metina, que se diferenciaba de esta por no tener átomos de hidrógenos en las posiciones 2 y 3 además su permanencia en los tejidos era más breve lo que daba lugar a reacciones secundarias menores. En 1964 -- apareció un informe preliminar sobre el niridazol, al que se encontraron cualidades curativas tanto en la amibiasis intestinal como ex tstraintestinal, pero daba manifestaciones tóxicas con demasiada frecuencia.

No fue hasta 1966 en que Powell y Elsdon - Dew publicaron las primeras observaciones sobre la curación del absceso hepático -- amibiano y de la disentería amibiana con el empleo del metronidazol, substancia derivada del 2-nitroimidazol, que fue descrita por Cosar y Julov en 1959 como un compuesto activo contra *Trichomona vaginalis*. A partir del conocimiento de las propiedades amebicidas del metronidazol, han venido apareciendo en la literatura informe sobre nuevos derivados del 2-nitroimidazol, a los que se ha encontrado que son -- también la recto colitis amibiana como el absceso hepático amibiano.

La aplicación de estos conocimientos ha dado lugar a que, -- en la actualidad los fármacos que se usan en el tratamiento de la -- amibiasis se consideren de tres tipos según el lugar en donde se lleva al cabo su actividad terapéutica.

I.- Fármacos con actividad a nivel de la luz intestinal, -- se administran por vía bucal y no son absorbidos por el intestino, -- como oxiquinoleínas, amins cloradas, ciertos antibióticos, doxilami da, teclosán y arsenicales (cuadro I).

II.- Fármacos con actividad en los tejidos, como la emeti-

na, dihidroemetina y cloroquina. (cuadro III).

III.- Fármacos con actividad a nivel de la luz intestinal y de los tejidos, como el metronidazol, secnidazol, nimorazol y tinidazol (cuadro III).

El conocimiento de esta clasificación nos ha permitido disponer de medidas más eficaces en el tratamiento de la amibiasis invasora del hígado y del colon así abocarnos al control de los portadores sanos del parásito.

Al comparar el efecto terapéutico de las sustancias empleadas con mayor frecuencia en nuestro medio en el tratamiento de pacientes con absceso hepático amibiano agudo, revisados en varios reportes indican datos aproximados de:

INDICE PORCENTUAL DE CURACION.

| | |
|-------------------|---------------|
| emetina | 68 por ciento |
| dihidroemetina | 70 por ciento |
| hidroxicloroquina | 70 por ciento |
| metronidazol | 89 por ciento |

Así se aprecia que no hay deferencia significativa entre los efectos terapéuticos de los tres primeros fármacos, en cambio el metronidazol la curación del 89 por ciento indicando una diferencia estadística con $P = 0.01$, lo que hizo evidente la superioridad del metronidazol.

Esto llevó a investigar la combinación de medicamentos que podría ser más útil, cuando el caso así lo requiriera. (cuadro IV).

Con la demostración de que el metronidazol era el fármaco-- que utilizado aisladamente resultaba más eficaz, el siguiente paso-- fue investigar si se podría reducir las dosis diarias sin disminuir-- su acción terapéutica.

El metronidazol era usado a la dosis de a 4 g. al día du-- rante 10 días, y la hipótesis de la investigación fué que el metro-- nidazol a dosis de 2 g. diarios por cinco días era igualmente eficaz. Encontrando que, al administrar el metronidazol a la dosis diaria de 2 g. durante cinco días hubo curación en 85 por ciento de los casos-- y que para llegar a 95 por ciento de curación, se requieren de 10 -- días de tratamiento con cualquier de los derivados del nitroimidazol ya mencionados.

En el tratamiento de la amibiasis invasora del colon, se - debe combinar algunos medicamentos de acción en los tejidos con algu-- nos de los que actúan a nivel de la luz intestinal. De los fármacos-- que tienen actividad en los tejidos podemos elegir entre la dehidro~~g~~ metina y algún derivado del nitroimidazol. Sin embargo, como han apa-- recidos publicaciones mencionando los efectos mutágenos del metroni-- dazol sobre algunas bacterias y que ha propiciado la producción de - tumores malignos en ratones, es recomendable emplear los derivados - del nitroimidazol solo en las formas graves de la amibiasis invasora del colon y del absceso hepático amibiano. No utilizando la cloroqui-- na pues no tiene acción sobre la pared intestinal.

Nos queda mencionar de las clorohidroxiquinolefinas y la -- yodoclorohidroxiquinolefina, con el riesgo potencial de causar neuro-

patía subaguda mielóptica.

Así mismo en lo que se refiere a los arsenicales los cuales es preferible no usarlos, tienen solo un 50 por ciento de efectividad y pueden provocar reacciones tóxicas como dermatitis exfoliativa, encefalitis, necrosis hepática y agranulocitosis.

En el caso de los portadores sanos, es decir el sujeto que lleva consigo *Entamoeba histolytica*, sin padecer la enfermedad, pero que contribuye a la diseminación del parásito y en el que un momento dado puede haber factores que exálten la virulencia del parásito y padecer la enfermedad, razón de más para someterlos a tratamiento -- con medicamentos de acción intraluminal hasta la eliminación del parásito.

CUADRO I

FARMACOS ANTIAMIBIANOS CUYA ACCION ES EN LA LUZ INTESTINAL

- 1.- Oxiquinoleinas
- 2.- Aminas cloradas
- 3.- Paromomicina
- 4.- Estearato de eritromicina
- 5.- Diloxamida
- 6.- Teclosán
- 7.- Arsenicales

CUADRO II

FARMACOS CON ACTIVIDAD EN LOS TEJIDOS

- 1.- Emetina
- 2.- Dehidroemetina
- 3.- Cloroquina

CUADRO III

FARMACOS ANTIAMIBIANOS DE ACCION MIXTA

- 1.- Metronidazol (derivados)
 - secnidazol
 - nimorazol
 - tinidazol

CUADRO IV

EFICACIA DE LOS DISTINTOS FARMACOS DE ACCION TISULAR Y DE SUS COMBINACIONES

| | |
|-------------------------------|------|
| Emetina | 68 % |
| Dehidroemetina | 70 % |
| Hidroxicloroquina | 70 % |
| Metronidazol | 89 % |
| Dehidroemetina + cloroquina | 83 % |
| Dehidroemetina + metronidazol | 96% |

CUADRO V

FARMACOS ANTIAMIBIANOS DE ACCION TISULAR

| | | |
|---------------------------|---------------------------------------|---------------|
| Emetina | 1 mg./Kg./día/10 días | intramuscular |
| Dehidroemetina | " " " " | intramuscular |
| Metronidazol y derivados. | " " " " | oral |
| Cloroquina | 500 mg. al día por - 15 a 20 días. | oral |

CUADRO VI

FARMACOS ANTIAMIBIANOS. CUYA ACCION ES EN LA LUZ INTESTINAL

| | | |
|--------------------------|--|------|
| Diyodohidroxi quinoleina | 650 mg. tres veces al día por 20 días | oral |
| Sulfato de paromomicina | 500 mg. tres veces al día por cinco a siete días | oral |
| Furoato de diloxamina | 500 mg. tres veces al día por diez días | oral |
| Clefamida | 300 mg. tres veces al día por diez días | oral |
| Etofamida | 500 mg. dos veces al día por tres a seis días | oral |
| Teclosán | 100 mg. tres veces al día por diez días | oral |

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS COMPLICACIONES DE LA AMIBIASIS INVASORA

El tratamiento quirúrgico en la amibiasis está reservado para los casos rebeldes a la terapéutica médica y para los casos en que haya amenaza o presencia de complicaciones. Este concepto es -- universal hoy en día, y se debe principalmente a la mayor eficacia de los métodos diagnósticos y terapéuticos. Sin embargo, existe un número importante de pacientes que en algún momento requieren de -- tratamiento quirúrgico, el cual debe ser indicado y realizado bajo un estricto criterio.

Mencionaré a manera de ejemplo el reporte del Dr. Bautista Jorge del Hospital General del Centro Médico Nacional del IMSS -- quien durante 14 años recopiló la experiencia del servicio de gastroenterología de dicho centro hospitalario.

Donde fueron atendidos 2699 pacientes con amibiasis invasora, 2442 con amibiasis hepática y 257 con amibiasis invasora al -- colon.

ABSCESO HEPATICO AMIBIANO.- Con el transcurso de los años, el tratamiento quirúrgico de las lesiones producidas en el hígado -- por amibiasis, ha constituido sin duda uno de los capítulos de la -- cirugía más sujetos a modificaciones.

El abuso del tratamiento quirúrgico del absceso ha tenido su origen en la interpretación errónea de que como en cualquier caso, la colección de pus, debe ser evacuado inmediatamente por el cirujano. El absceso hepático amibiano no está constituido por pus, --

sino por material necrótico no contaminado por bacterias. Por lo que cualquier tipo de intervención quirúrgico tiene el riesgo de favorecer la infección secundaria y con ello agravar el cuadro clínico.

Dentro de la terapéutica quirúrgica consideramos dos métodos, la punción evacuadora y la canalización abierta, ambos tienen indicaciones precisas y siempre combinados con el uso de agentes antimicrobianos.

La punción evacuadora 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 toxiinfección o amenaza grave de ruptura.

Con el fin de efectuar análisis de los resultados obtenidos se dividieron los pacientes en tres grupos: el primero comprendido entre los años 1963 y 1970 en esta época la punción se practicó con mayor frecuencia, se efectuó en 224 de los 1333 pacientes estudiados o sea el 17 por ciento habiéndose observado 15 muertes que representa el 6.6 por ciento de mortalidad.

El segundo grupo comprendió 665 pacientes atendidos entre 1971 y 1974 en esta época se limitó la indicación de la punción y coincidió con la demostración de la eficacia del metronidazol. En este segundo grupo se efectuó la punción únicamente a 23 pacientes o sea 3.5 por ciento sin observarse ninguna muerte.

En el tercer grupo de 444 pacientes tratados entre 1975 y 1977 se

y 1977 se realizó punción en solo el 1.8 por ciento y no hubo mortalidad.

La canalización abierta está indicada cuando existe sospecha de perforación abierta hacia la cavidad peritoneal ó cuando la amenaza de ruptura se jusge inminente, cuando el estado, toxiinfectioso sea muy grave y cuando persistan los síntomas o aumenten estos después de la punción evacuadora.

Hasta 1970 dice Bautista, se habían efectuado la canalización abierta en 200 de los 1333 pacientes estudiados, lo que representó 15 por ciento del total. En este grupo hubo 28 fallecimientos, que corresponde al 14 por ciento de mortalidad.

Entre 1971 y 1974 logramos limitar la intervención quirúrgica a 7 por ciento, ya que se llevó a cabo solamente en 46 de los 665 pacientes estudiados lograndose una reducción importante de la mortalidad a 8.7 por ciento.

Del tercer grupo se canalizaron 21 enfermos (4.7 por ciento) con 4.76 por ciento de mortalidad.

COLITIS AMIBIANA FULMINANTE

Con este nombre se designan los casos de amibiasis invasora del colon en los cuales las lesiones abarcan zonas extensas y -- aún la totalidad del intestino grueso. Estas lesiones son del tipo -- úlcernecrótico y puede afectar todas las capas del colon, la mayor parte de las veces con perforaciones macroscópicas que ocasionan -- peritonitis purulenta.

En la literatura no existe un criterio uniforme para tratar esos casos; el análisis crítico de nuestra experiencia nos ha -- permitido inclinarnos hacia el tratamiento agresivo con resección -- parcial o total del colon. Hecemos énfasis en que en estos enfermos no se debe realizar anastomosis primaria, ya que el peligro de de -- hiscencia es grande.

En reporte previos se informó de los resultados obtenidos en 57 pacientes estudiados entre 1963 y 1970. Las condiciones tan -- graves que presentaban 14 de estos enfermos impidieron la interven -- ción quirúrgica y todos fallecieron comprobándose el diagnóstico en la necropsia.

En 43 pacientes se realizó tratamiento quirúrgico. Los -- mejores resultados se obtuvieron con los pacientes a quienes se hi -- zo resección de los segmentos afectados del colon, ya que de 23 pa -- cientes sobrevivieron 11 en tanto que de los 20 pacientes tratados -- con procedimientos conservadores como colostomía, ileostomía, exte -- riorización del segmento afectado, sutura de las perforaciones o --

canalización de la cavidad abdominal, solamente sobrevivieron 4 enfermos, lo que representa una mortalidad del 80 por ciento.

Entre 1971 y 1974 fueron operados 18 pacientes más. En todos ellos se efectuó resección parcial o total del colon y la mortalidad fue de 55.5 por ciento.

Con el tercer grupo de enfermos se ratificó la necesidad de efectuar resección de los segmentos de colon afectados, con lo que se obtuvieron buenos resultados en 45.5 por ciento. Todos los pacientes que no pudieron ser operados por las condiciones de gravedad fallecieron.

APENDICITIS AMIBIANA.

Con este nombre se designa los casos de amibiasis invasora localizada al apéndice iliocecal.

La apendicitis amibiana representa un porcentaje pequeño del total de apendicitis operadas en nuestro medio, pero su mortalidad son mayores, por lo que es urgente su diagnóstico y tratamiento adecuados.

En el estudio base de este capítulo se estudiaron 66 casos. En 18 de ellos la lesión se encontró confinada al apéndice ileosecal, y en los 48 restantes se encontraron lesiones tanto en el apéndice como en otros segmentos del colon o el hígado.

El reconocimiento de este cuadro tiene importancia, ya que la sospecha diagnóstica portuna dada por las alteraciones macroscópicas del ciego, por la identificación de lesiones amibianas o la identificación de la *Entamoeba histolytica* en el examen micros

cópico, determinarán la quimioterapia de la amibiasis, con lo que podrá evitarse la extensión de la enfermedad, que en esta forma -- clínica alcanza una mortalidad elevada. En esta serie fue del 20 -- por ciento, ya que en la mayoría de los casos coexistieron absce-- sos hepáticos, perforación del ciego o ambos problemas.

AMEBOMA DE COLON

Los llamados amebomas son lesiones inflamatorias de la -- pared del colon producidas por la E. histolytica. Los estudios de-- muestran que el gran engrosamiento del colon se debe a necrosis e-- e inflamación, por lo que el curso clínico del paciente puede ser-- en extremo grave o bien originar confusiones en el diagnóstico y -- decisiones terapéuticas erróneas.

Entre 1963 y 1977 se estudiaron 92 casos de amebomas. En 57 de ellos el curso del cuadro clínico fué de curso agudo y ade-- más, de síndrome disentérico había masa palpable en el abdomen.

El tratamiento fue médico en 55 casos y quirúrgico en -- 37. En cinco casos se efectuó al mismo tiempo drenaje de absceso -- hepático amibiano. Cuando se instituyó el tratamiento adecuado la -- mayoría de los pacientes curaron, observándose una muerte entre es-- tos enfermos; en cambio, cuando por necesidad se realizó una inter-- vención quirúrgica, la mortalidad se elevó al 16.2 por ciento. Este hecho resalta la importancia de establecer el diagnóstico correcto y-- evitar la intervención quirúrgica.

COMPLICACIONES TORACICAS

La aparición de complicaciones torácicas es común en el curso de la amibiasis hepática; estas representan hasta el 15 por ciento de los pacientes hospitalizados.

En un estudio efectuado en el Hospital de Enfermedades - del Tórax del CMN se observó que de 422 pacientes, 26.6 por ciento presentaron pleuresía serófibrinosa, que se manifestaron por insuficiencia respiratoria que dependió de la magnitud del derrame. Por lo general no se aconseja efectuar punción evacuadora. En el 40.2- por ciento se presentó ruptura hacia bronquio, y en 20.6 por ciento ruptura hacia pleura; esta última constituye una urgencia, por lo que debe efectuarse punción evacuadora o pleurotomía cerrada lo más pronto posible.

La apertura hacia pericardio es la complicación más grave y de no efectuarse tratamiento quirúrgico inmediato mediante -- punción o pericardiotomía, llevará al paciente a la muerte. Afortunadamente no es frecuente su presentación; en este servicio solamente se observaron dos casos, uno de los cuales sobrevivió.

Con esta revisión es posible advertir que tanto el número de pacientes como la mortalidad en los casos de amibiasis invasora tributarios de tratamiento quirúrgico parecen ir reduciéndose.

Creemos que la causa es que actualmente se tiene un mejor conocimiento integral de la enfermedad, que se realiza un diagnóstico más oportuno, que hay un mejor efecto terapéutico de los fármacos antiamibianos, el tratamiento quirúrgico se indica y rea-

liza bajo cierto criterio estricto y por último que es más adecuada la asistencia del paciente en estado crítico gracias a los conocimientos que se tienen actualmente sobre los cuidados intensivos de estos enfermos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COMO SE MANEJAN LOS PACIENTES CON ABSCESO HEPATICO EN EL
HOSPITAL GENERAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS. ISSSTE

En este capítulo es de interés analizar la forma de manejo tanto diagnóstico como terapéutico de los pacientes afectados de esta patología durante los años de 1980 y 1981 las características de los mismos, la respuesta al tratamiento y las causas de morbilidad y mortalidad en dicho período de tiempo.

Se conjuntaron un número total de 40 pacientes con diagnóstico final de absceso hepático amibiano 32 masculinos y 8 femeninos con una edad que osciló entre los 20 y los 82 años y una media de 37 años.

Los antecedentes y sobre todo las características socioeconómicas de los pacientes son importantes tanto para aparición de la enfermedad como en su evolución, como parámetro socioeconómico se clasificaron en tres grupos, en terminos generales; bajo 26 pacientes que hacen el 30 por ciento y alto 2 pacientes siendo estos los menos con el 0.5 por ciento.

La escolaridad, demostró que el 90 por ciento de los pacientes solo habían terminado la primaria o menos. El resto tenían educación media superior o profesional.

El estado nutricional demostró que sin influir la escolaridad ni el medio socioeconómico los hábitos nutricionales fué malo en el cien por ciento de los pacientes y es importante recalcar que los malos hábitos nutricionales no están influidos por la escolaridad y fue también característica importante la toma de alimen-

tos con dudosa calidad higiénica.

Se ha mencionado en muchos trabajos y algunos autores mexi
canos insisten en el pulquismo como factor capital en el desarrollo
de amibiasis extraintestinal en este caso la amibiasis hepática, en
el caso de esta revisión solo 15 pacientes tenían antecedentes impor
tantes de alcoholismo es decir el 37.5 de los cuales solo 7 pacien--
tes con pulquismo los demás a base de bebidas destiladas, este resul
tado tal vez no sea indicativo por las características sociales del
derechohabiente del instituto.

El tiempo de aparición de las sintomas hasta que se reali
zó el diagnóstico varió de 3 a 34 días con una media de 8 días, en
la mayoría de los casos los pacientes primero se automedicaron poste
riormente asistieron con facultativos privados quienes prescribieron
medicamentos inadecuados ó enviaron a los enfermos al hospital con -
el diagnóstico clínico, lo que demuestra lo inadecuado de darle poca
importancia a este padecimiento y lo negativo de la automedicación.

Solo el 30 por ciento de los pacientes presentaron sintoma
tología gastrointestinal antes de la definición clínica del absceso
hepático caracterizado por cuadros diarreicos alternados con consti
pación y solo uno de los pacientes tuvo evidencia de síndrome disen
térico lo que demuestra que la formación de absceso hepáticos amibia
nos no necesariamente se encuentran precedidos de síndrome disenterí
co y tampoco es demasiado frecuente el presentar el cuadro clásico -
de la colitis amibiana intraluminal como antecedentes esto es posi--
ble que demuestre el grado de comensalismo entre la E. histolytica o

que se efectivamente la amiba presenta por alguna causa desconocida su ciclo patógeno cuando habitualmente no le causa enfermedad al su puesto portador sano.

El síntoma principal en todos los pacientes fué la fiebre y el dolor localizado al cuadrante superior derecho.

Hepatomegalia en grado variable y dolorosa en todas las variedades de exploracion.

El diagnóstico clínico se hizo en el 75 por ciento de los pacientes es decir 30 pacientes y el resto ingresó con otros diagnósticos los cuales incluyeron derrame pleural 2 pacientes, colecistitis aguda 3 enfermos, salmonelosis uno, fiebre en estudio uno y 2-pacientes se operaron con diagnóstico de apendicitis descubriendo el absceso en uno y con apendicitis amibiana, el otro paciente efectivamente con apendicitis sin la sospecha de que esta fuera amibiana el cual evolucionó con absceso residual, absceso hepático amibiano y derrame pleural, habiendo necesidad de reintervenirlo en 2 ocasiones más y una punción torácica evacuadora, evolucionando bien con manejo antiamibiano y antimicrobiano diversos.

Hubo necesidad de practicar laparotomía exploradora y/o toracotomía en 8 pacientes el motivo probable es la falta de diagnóstico y el retraso a la administración del medicamento y en un caso las condiciones toxiinfecciosas del paciente así como las malas condiciones de nutrición del mismo en un fondo cirótico por alcoholismo crónico hicieron fallecer al enfermo en pocas horas.

En total 6 laparotomías evacuadoras y tres toracotomías para drenaje o decorticación pulmonar derecha. Lo que hace un 5 por ciento de cirugía por manejo inadecuado ó retraso en el diagnóstico con una mortalidad del 1 por ciento en lo general y en el caso de pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico, de un 60 por ciento tres pacientes en total uno de ellos toracotomizado.

Lo que nos hace pensar en la importancia de hacer el diagnóstico a la mayor brevedad para instituir el tratamiento adecuado lo antes posible. Ya que en buena medida esto determinará la buena evolución de estos enfermos.

Quiero hacer mención de los métodos diagnósticos que se usaron tanto de laboratorio como de gabinete, en primer lugar los exámenes llamados de rutina en este tipo de pacientes la biometría siempre indicó marcada leucocitosis con neutrofilia y bandemia. La llamada seroameba siempre fué positiva en todos los casos en que se solicitó con diagnóstico presuntivo de absceso hepático amibiano.

En el caso del gabinete, los Rx. fueron demostrativos en casi el 98 por ciento, de todos los pacientes.

Quiero hacer mención especial a la sonografía ya que este procedimiento fué efectivo en el cien por ciento de los pacientes siendo posible hacer el diagnóstico o confirmarlo en todos los pacientes a los que se les practicó y si aunamos esta situación con las características que se mencionana en otro capítulo de este trabajo lo hacen un método ideal y que debería de practicarse-

como una rutina de urgencia en los pacientes afectados de esta patología, (ver capítulo relacionado con la ultrasonografía y la centelleografía).

39 ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES.

De acuerdo con lo antes mencionado, estamos frente a un -- problema que dentro de la patología infectocontagiosa significa de-- cir México y no precisamente con orgullo ya que es sinónimo de ca-- rencia; nutricional, educacional, higiénicas y de medidas preventi-- vas.

A pesar del conocimiento que sobre esta patología se tiene aún vemos el problema desde la cúspide, sin que realmente se deje - de culpar a la E. histolytica de una situación de la que no es res-- ponsable.

Responsable es la situación social y política de nuestro - país, que aún no ha podido mejorar las condiciones de educación e hi-- giene de las poblaciones alejadas de los centros de producción, se - ha señalado la solución pero no se ha encontrado la fórmula para re-- solverla. Se dice que algo se está haciendo pero los resultados los-- vemos en las camas de nuestro hospital en las camas de los demás hog-- pitales, en los anfiteatros en fín, la amiba ya no será nuestra ami-- ga aunque tengamos que depender del tiempo y de nuestro trabajo.

Resumiendo lo antes expresado en los capítulos anteriores, quiero que este modesto trabajo sirva como motivación para sentar - las bases en cuanto a los métodos diagnóstico más útiles para esta-- blecer un diagnóstico lo más correcto posible y consecuentemente el establecimiento del tratamiento más adecuado, lo que a últimas con-- secuencias es nuestro fin; restablecer la salud y el bienestar psico

social de nuestros pacientes.

Es necesario establecer la jerarquía de nuestros recursos--
diagnósticos en este caso la ultrasonografía, por todas las cualida--
des que antes mencioné es posible emplearla incluso en el momento --
que el paciente ingresa al hospital, para valorar las característi--
cas de la lesión.

Es de mencionar que las lesiones de más de 12 cm en uno de
sus diámetros tienen menos posibilidades de remitir con el tratamienu
to médico como único recurso, no con esto quiero aumentar el número--
de cirugías, pero sí recordar que existe la punción como medida terau
peútica, procedimiento harto mencionado con cierta nostalgia por nuesu
tros maestros más experimentados y que ven el olvido en que ha quedau
do un procedimiento al cual le deben prestigio unos y la vida otros.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- SEPULVEDA, B.; La amibiasis invasora por Entamoeba histolytica. Gac. Méd. Méx. 100: 201, 1970.
- 2.- Brooke, M. M.; Epidemiology of amoebiasis in the U.S. J.A.M.A., 188: 519, 1964.
- 3.- Flores-Barroeta, F.; Invasión de E. histolytica a diversos órganos y tejidos en sujetos humanos. Trabajo presentado en el sendo seminario sobre amibiasis, México 1970.
- 4.- Prado Vértiz, A. y Silva Martínez, C.; Amibiasis en el niño. -- Gac. Méd. Méx., 103: 287, 1972.
- 5.- Landa, L.; Aubanel, M.; Segovia, E. y Sepúlveda, B.; Seroepidemiología de la amibiasis en adultos. Cuarto seminario sobre amibiasis, 1972, P. 377.
- 6.- Brandt, H. y Pérez Tamayo, R.; Pathology of human amebiasis. -- Hum. Pathol., 1:351, 1970.
- 7.- Miguel Stoopen y cols.; Utilidad de la ultrasonografía en el diagnóstico y evolución del absceso hepático amibiano., Arch. - Invest. Méd. Méx., 1 supl. 1: 393, 1978.
- 8.- F.C. Eggleston, M.D. y cols.; The results of surgery in amebic-liver absceso; Experiences in eighty-three patients.; Rev. Surgery May. 1978: 536-539.
- 9.- Donald J. Krogstad, M.D.; Current concepts in parasitology; The new journal of medicine, feb. Vol. 2, 262-267. 1978.
- 10.- J) Marc Shabot. MD. y cols.; Amebic Liver abscess: 1966-1976., Rev. Digestive Diseases, Vol. 23 No. 2 Feb. 1978.

- 11.- W. Lane Verlenden, IIIMD. Management of liver abscess., The American journal of surgery., Vo. 140: 53-60. July 1980.
- 12.- Felipe Gordon. Estado actual de la centelleografía hepática., - Arch. Invest. Méd. Méx. Vol. 9 Suple. 1:403 1978.
- 13.- Alfonso Perches., Tratamiento médico de la amibiasis.: Arch. -- Invest. Méd. Méx. Vol. 9 supl. 1:407 1978.
- 14.- Jorge Bautista., Tratamiento quirúrgico de las complicaciones - en la amibiasis invasora., Arch. Invest. Méd. Méx. Vol. 1:411,- 1978.
- 15.- Haber, K.; y cols., Echographic evaluation of diaphragmatic motion in Intraabdominal diseases.: rev. Radiology 114:141. 1975.
- 16.- Aguirre-García., Peculiaridades histopatológicas de la lesión - amibiana.: Arch. Invest. Méd. vol. 1, supl. 147, 1970.
- 17.- Archivo clínico del Hospital General Lec. Adolfo López Mateos.
- 18.- Servicio de Estadística del Hosp. Gral. Lic. Adolfo López Ma-- teos.