



11237
20
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
"DR. FEDERICO GOMEZ"

ABSCESO HEPATICO AMIBIANO
DRENADO A PERICARDIO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA
P R E S E N T A

DR. EUSEBIO ANGULO CASTELLANOS

ASESOR DR. ALFREDO VIZCAINO:

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

~~2002~~
2002



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.

A MIS QUERIDOS PADRES

A MIS HIJOS, A BELEN.

A LOS NENES QUE PERMITIERON MI FORMACION PEDIATRICA.

A MA. LUISA, RAFAEL, ROBERTO, CARLOS, -
LAURA, TERESITA Y MARCOS. MIS QUERIDOS
COMPAÑEROS.

A TETE.

A ALFREDO VIZCAINO:
POR SU ASESORIA Y DIRECCION
DE ESTE TRABAJO; EN ESPECIAL
POR SU DEDICACION Y CARINO -
A LOS NIÑOS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

P R O L O G O

El aspirante que prepara una tesis, es un general próximo al asalto; siente las inquietudes, dudas y temores del militar que está ante la ciudad a la cual debe poner sitio.

Después de un penoso viaje, de la multitud de obstáculos vencidos, destruido parte de su ejército, se haya cual Aníbal ante la Roma de sus anhelos pero vascilantes; y cuantas veces le sucede lo que al General Cartaginés que deja pasar el tiempo y en ese lapso se enerva y corrompe el resto de su ya fatigada tropa, dando esto lugar a que el desaliento y la desesperación den al traste con sus metas; siendo el resultado, al final; la derrota.

Después de un éxodo demasiado largo, viajando por innumerables llanuras e interminables desiértos, por montañas escabrosas, temibles barrancos y mares terribles dispuestos al menor descuido a detenerme, llegué por fin a las murallas de la ciudad en que se encuentra el preciado y anhelado tesoro, por cuya conquista emprendí tan audaz y peligrosa campaña, más cuando hago alto para prepararme al asalto final, me encuentro con que mi ejército a disminuido tanto, que la duda y la vacilación del soldado ante el dilema terrible de la postrera y decisiva derrota o el último triunfo, se apodera de mí.

Mis muchas anteriores fuerzas han fenecido, mis ilusiones y esperanzas, por la adversidad heridas, quedaron con las alas rotas al lado del camino, la fogocidad de antaño casi se consumió en el fragor de la lucha; en las ásperidades de las rocas se quedaron los girones de mis otrora halagadores sueños, han disminuido notablemente los bríos con que inicie esta carrera, creyendo en el triunfo y embelesado por la futura gloria, la conquista y el porvenir.

En estos días, he hecho desfilar ante mi imaginación el diesmado ejército de mis energías, de mis anhelos y mis espe

ranza, evaluando con lo que cuento para el asalto final, asalto imprescindible, para alcanzar la meta tanto deseado y de cuyo éxito dependerá la ventura o la desgracia de tres años de lucha y sacrificios.

Dos condiciones espirituales se apoderan de mi persona al ver el estado deprorable de ése mi ejército:

SAIISFACCION: Porque puedo considerar como una victoria contra la fortuna, el encontrarme donde ahora me hallo, después de muchas luchas, pasando por campos enemigos de distinto género y poderosos todos, abandonado por uno y olvidado por -- otros de los principales generales de mi tropa (los más queridos), deberían haberme aniquilado antes, mucho antes de llegar a la mitad siquiera del camino.

Las batallas no han sido ruidosas, los triunfos en -- ellas tampoco lo fueron un Laurel hasta el momento no he tenido de la gloria, y me basta solo la gran satisfacción muy particular por cierto de no haber sido derrotado por las circunstancias en que hice mi carrera, en éste medio tan lleno de entusiasmo -- y caracteres viriles que enerva y debilita los espíritus y los cuerpos produciendo un estado muchas veces de sopor intelectual y moral.

TRISTEZA: Porque nos aislaremos mis hermanos residentes siempre todos tan queridos, los cuales sin duda alguna constituyeron parte importante para llegar a donde hoy me encuentro y algunos de los cuales nunca vere más. Tristeza porque yo había soñado en que el trabajo con el que terminara mi entrenamiento de Pediatría sería algo que dejara huella luminosa en el libro de mis recuerdos; algo que llevara en sí, al menos la semilla de un progreso a la ciencia, una idea que no hubiera palpitado ya en otros cerebros, el resumen de verdades y conocimientos adquiridos por experiencia propia; en fin algo que valiera la pena leerse.

El destino no me permitió se cumplan mis ambiciones - y hoy al emprender éste trabajo que presento al Hospital Infantil de México -mi casa- y a la Universidad Autónoma de México, trataré de saldar aunque sea en mínima parte mi enorme deuda para con ellos, también para con mi orgullo y mi conciencia.

Elegí para asunto a tratar en mi trabajo La Pericarditis Amibiana. Enfermedad que aqueja a nuestros nenés más desvalidos económica, social y nutricionalmente, problema que se les presenta como si fuera poca aún la carga que la deprivación social les impone, y el cual despertó mi interés al pasar por los servicios de Cardiología y Medicinas Interna de este Hospital - por sus muy peculiares características epidemiológicas, fisiopatológicas, terapéuticas y su gran letalidad. Haré por conocer lo más del problema en cuestión para hacer de este trabajo el menos incompleto, más si al aposteriori leerse el mismo surge críticas acervas, no serán en mi opinión manifestaciones de hostilidad, sino pruebas de interés para él.

Sentiría mucho no haber acertado en la elección de mi trabajo de recepción, porque sería motivo de desacierto ya que sería gastar tiempo y energías y puesto que considero al tema - muy digno de estudio.

Prólogo ha sido éste muy extenso y preciso terminar, que corto no es el camino por recorrer.

Si este trabajo no tiene las cualidades ambicionadas, y no sólo eso, sino que nada nuevo o útil se encuentran en él, sírvame siquiera como expresión de mi buen deseo y de mi gratitud y quedeme la satisfacción de haber hecho lo posible por realizar y concretar mis mejores intenciones y valga también para mi audacia al emprender un trabajo reservado a otras energías - y otras plumas.

A M I B I A S I S

INTRODUCCION

TERMINOLOGIA.

El término de amibiasis representa el estado de infección en el hombre por Entamoeba Histolytica, independientemente del sitio y naturaleza de las lesiones, del grado de intensidad y de las manifestaciones clínicas de la misma.

La Amibiasis tiene su sitio primario de infección en el intestino y la amibiasis secundaria incluye numerosos focos fuera del mismo, cuyas localizaciones pueden ser en el hígado, pulmón, cerebro, genitales, piel y más raramente otros órganos.

La amibiasis es una enfermedad cosmopolita y es falso que se encuentre limitada a países tropicales, aunque en éstos se encuentra más frecuentemente.

La frecuencia de la amibiasis es mayor en el sexo masculino y no por que éste sea más susceptible sino porque en él las posibilidades de adquirirla son mayores.

Esta enfermedad representa un problema importante por su gran incidencia en estratos socioeconómicamente bajos y en áreas rurales.

ETIOLOGIA.

El agente responsable de la amibiasis es un elemento microscópico unicelular, al que comunmente se le señala la siguiente posición taxonómica:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FILUM.....	Protozoa.
CLASE.....	Sarcodina.
SUBCLASE.....	Rhizopoda.
ORDEN.....	Amoebina.
FAMILIA.....	Endamoebidae.
GENERO.....	Entamoeba.
ESPECIE.....	Histolytica.

La entamoeba cuenta con 4 estudios en su ciclo biológico:

- a).- Trofozito o estado libre.
- b).- Fase prequística.
- c).- Etapa quística, y
- d).- Estadio metaquístico.

El trofozoito es la forma adaptada para vivir en los tejidos, presenta movilidad propia a través de pseudópodos, multiplicándose tanto en el intestino como en el seno de los tejidos del huésped.

El enquistamiento de la amiba solamente ocurre en la luz del intestino y nunca en los tejidos del huésped en tanto que el quiste es la forma de resistencia de este parásito que persiste en la naturaleza. El quiste puede contener de 1 a 4 núcleos y sólo algunas veces tiene entre 6 y 8. Durante el desenquistamiento, cada uno de los 4 núcleos que escapan al desgarrarse la membrana del quiste original se divide a su vez dando lugar a 8 núcleos; el resultado final de este proceso es la formación de 8 amibas pequeñas, cada una con su núcleo "hijo".

Es el hombre el principal reservorio de la infección aunque se encuentran amibas de morfología casi idéntica en el perro, el gato, cerdo y varias especies de monos. El número de quistes arrojados con las heces es muy variable y va desde va--

rios millares hasta algunos millones.

PATOGENIA.

Esta parasitosis se adquiere por aguas contaminadas - al tomarlas o lavar alimentos con ellas, los desinfectantes que se utilizan para potabilizar el agua no tienen efectos destructores sobre las formas quísticas de la amiba. Se puede adquirir también al ingerir alimentos manejados por portadores asintomáticos de quistes. Existe otra vía que es a través de moscas y cucarachas, dado que estos animales se alimentan de materia fecal, adquieren los quistes, pueden conservarlos durante 48 horas y es probable que al ponerse estos insectos en contacto - con los alimentos los contaminen con sus evacuaciones. (Ref. 1)

HISTORIA DE LA AMIBIASIS.

Históricamente parece haber sido Lambl⁽²⁾ el primero en señalar la presencia de amibas en contenido intestinal del hombre en 1859, pero es Losch⁽³⁾ en 1875 quien da importancia - al parásito al aislarlo de las heces disentéricas de un paciente y recuperarlo de las úlceras intestinales del mismo en la -- autopsia, reproduciendo la infección en un perro al inocularle en el recto el material infectante.

Kartulis⁽⁴⁾ encuentra el trofozoito en tejidos subyacentes a las úlceras y le considera responsable de la disentería tropical y más tarde, al encontrarle en abscesos hepáticos y cerebrales, hace la correlación de estos diversos procesos patológicos.

Councilman y La Fleur⁽⁵⁾ en 1891, establecen en su monografía en Johns Hopkins Hospital, la diferencia entre disentería amibiana y disentería diftérica o cruposa (identificada esta última después como bacilar o Shigellosica). Strong⁽⁶⁾ en - 1900, distingue la amiba patógena de la no patógena al experi--

mentar en gatos con las amibas encontradas en el intestino del hombre. Schaudinn⁽⁷⁾, en 1903 reconoce los quistes del parásito.

En 1913 Walker y Sellards⁽⁸⁾ demuestran en voluntarios humanos que los quistes de E histolytica son infectantes para el hombre y los de E Coli son inofensivos.

Dobell⁽⁹⁾ en 1918 señala la diferencia. En 1925 Boock y Drbohlav⁽¹⁰⁾ cultivan la amiba en medios artificiales por período indefinido, y Craig en 1927-28 señala la prueba de fijación del complemento para el diagnóstico de amibiasis, usando como antígeno el extracto de cultivo de parásito⁽¹¹⁾. En nuestro país parece ser que la primera descripción de este problema fue hecho por Mateo Alemán en 1611 al estar en contacto y cuidar a Fray García Guerra, Arzobispo de México y Virrey de la Nueva España quien padeció de diarrea y "supuración hepática"⁽¹²⁾.

Miguel Jiménez, médico mexicano describe ya en 1844 "un abceso hepático abierto a brónquio"⁽¹⁴⁾.

Varias amibas pueden parasitar al hombre; pero solamente E, histolytica y Naegleria gruberi son capaces de enfermarlo e invadir sus tejidos. Esta última puede producir meningocefalitis primaria y eventualmente diseminación hematogéna⁽¹⁵⁾; sin embargo, en nuestro país no se ha encontrado. Acorde a lo estipulado por Sepúlveda "Amibiasis Invasora" es todo proceso ocasionado por la penetración de E histolytica patógena en los tejidos del hombre⁽¹⁶⁾. Sin embargo la presencia en las heces de quistes de E. histolutica no significa necesariamente la existencia de enfermedad, ya que la forma patógena única invasora es el trofozoito hematófago.

Esta parasitosis se encuentra extendida en todo el mundo y se considera endémica entre el paralelo 40°Norte y el 30° Sur. Cerca del 20% de la población mundial se encuentra infestada por el parásito, pero solo una mínima parte de los pará

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sitos dan evidencias de invasión a los tejidos y el número de -- personas infectadas y el que da manifestaciones de la enfermedad es muy variable en los diferentes países; una gran proporción - de infestados son portadores sanos.

En nuestro país la tasa de infección es de 20% y la - frecuencia y gravedad de la forma invasora representa un verdadero problema. El índice seguro para juzgar la prevalencia y - gravedad de la amibiasis invasora en un área geográfica determi- nada, es la cantidad de abscesos hepáticos amibianos y de acuer- do a este criterio, México es uno de los más duramente afecta- dos. Eldson⁽¹⁷⁾ en su trabajo de la Epidemiología de la Ami- biasis plantea como conclusión que México es el principal foco en las Américas. Salas, en el H.I.M. en 2,866 autopsias encuen- tra en 60 niños absceso hepático amibiano (2.09% del total)⁽¹⁸⁾, en tanto que Flores-Barroeta en el C.M.N. de la Ciudad de Méxi- co encuentra 120 abscesos (4%) en 3,000 autopsias⁽¹⁹⁾.

En la Dirección de Bioestadística de la S.S.A. se - - cuenta con datos sobre la morbilidad por disentería en la Repú- blica Mexicana, glosada por años a partir de 1960; sin embargo, tiene el enorme inconveniente de que no está determinada la - etiología del proceso patológico, por lo que es imposible cole- gir la mortalidad real de la amibiasis en nuestro país. Las ta- sas de infestación oscilan entre el 5 y 75% de la población con predominio en los medios socio-económicos bajos, con aumento de la incidencia conforme avanza la edad (Investigación quistes de E Histolytica).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AUTOR	AÑO	GRUPO SOCIAL	NO. DE CASOS	% POSITIVOS
Bustos	1938	Niños clase media.	1000	57.3% (quistes)
Hegner	1940	Escolares zona residencial.	105	5.0% (quistes)
Hegner	1940	Escolares zona pobre.	109	20.5% (quistes)
Beltrán	1941	Escolares zona pobre.	410	47.0% (quistes)
Bayona	1946	Niños clase media.	2293	8.5% (quistes)
Biagi	1957	Niños con diarrea.	385	4.5% (trofozoitos)

Vértiz (1968-1970), en 1299 casos de diarrea encuentra que 317 lo fueron por amibiasis, 59.4% se presentó en menores de un año, 34.9% en preescolares y en escolares solamente - 5.7%⁽²⁰⁾ y resultados similares encuentra Gutiérrez G., en estudio efectuado en el I.M.S.S.⁽²¹⁾.

Alvarez y De la Loza⁽²²⁾ efectuaron un estudio de hospitales en todo el país y de 278,425 internamientos por amibiasis 1,804 (0.7%) fueron casos de absceso hepático amibiano. -- Del total de casos fallecieron 12,171 y de estos 114 (0.9%) por absceso hepático amibiano. El 74% de los casos fueron hombres y 26% mujeres. El padecimiento fue poco frecuente en niños, ya que de 1 a 19 años solamente alcanzaron el 10.5% de total. Sin embargo, la mortalidad en este grupo fue altamente considerable.

A nivel mundial las áreas más afectadas por esta parasitosis son Africa, Asia y América Latina y está presente en -- 400 millones de individuos, siendo responsable de 30,000 muertes anuales⁽²³⁾. La amibiasis intestinal puede estar presente clínicamente o no ser manifiesta, o puede ser seguida de amibiasis hepática por extensión de la infección al hígado por vía -- porta.

En México, los índices de mortalidad por este problema hasta 1970 variaron entre 0.9%⁽²²⁾ y 12.8%⁽²⁴⁾ en hospitales modernos; sin embargo, la última década presentó cifras reducidas de 3.8% secundarias a diagnósticos más certeros, la introducción de metronidazol, y a la disminución gradual de la aspiración y drenaje quirúrgico de los abscesos.

La amibiasis invasora es más común en los niños que lo que se había creído antes. En la Ciudad de México del 2 al 15% que requirieron de internamiento fueron debidas a infección por *E. histolytica*⁽²⁵⁾.

El absceso hepático no es raro en los niños como lo demuestra el estudio de 67 casos en donde 22 eran menores de dos años, 21 entre 2 y 5 años, y los restantes 24, más de 5 años; la mortalidad ha descendido de 24% antes de 1970 a 2% en nuestros días, en hospitales adecuadamente dotados⁽²⁵⁾.

NIVELES SOCIOECONOMICOS Y AMIBIASIS.

La amibiasis está claramente relacionada con la sanidad y el nivel socioeconómico. Esto se confirma por un estudio efectuado en la ciudad de México entre estratos sociales y económicos diversos. El porcentaje de anticuerpos anti-amibianos en San Angel (barrio residencial con casas privadas y alto nivel socioeconómico) fue de 1.68%; en Netzahualcóyotl (área proletaria con instalaciones sanitarias deficientes y bajo nivel socioeconómico) fue de 7.52%⁽²⁶⁾. Esta alta prevalencia de amibiasis en los estratos bajos esta determinada más por la pobreza que por el clima. La pobreza trae consigo una alimentación deficiente en cantidad y calidad; pobre instrucción, pésima educación y niveles muy bajos de cultura, y nula o muy pobre higiene de personas, casa y comunidad.

DIAGNOSTICO DE LABORATORIO.

Este se efectúa por:

a).- Demostración de *E. histolytica* en evacuaciones - diarréicas, mediante la técnica de observación directa al microscopio, examen que se deberá efectuar como máximo dos horas, posteriores de haber sido emitidas las evacuaciones diarréicas por la labilidad del trofozoito a los factores ambientales.

b).- Obtención de muestra por cucharilla rectal:

Ideada por Olarte⁽²⁷⁾ con la cual se obtiene material rectal y se deposita en solución Isotonica salina a 27° y observación al microscopio (amiba en fresco).

c).- Obtención de material por redosigmoidoscopia: -- tomados del borde de las lesiones o donde se encuentre moco y -- sangre continuándose con el procedimiento arriba señalado.

Las amibas pueden ser teñidas por los siguientes colorantes: mertiolate-Yodo-formaledehido y azul de metileno amoriguado.

d).- La amiba *Histolytica* se puede cultivar en medios axénicos, monoxénicos y plurixénicos, con mayor aplicación -- práctica los segundos por su fácil elaboración; sin embargo, -- los cultivos de amiba no son rutinarios y se reservan a circunstancias especiales como cuando no se detecta el parásito por -- observación directa y hay cuadro clínico de amibiasis, o si el parásito no ha sido plenamente identificado en la preparación.

e).- REACCIONES INMUNOLOGICAS. Se detecta especialmente IgG y menos IgA e IgM.

f).- FLOCULACION CON PARTICULAS DE LATEX: Se coloca

una gota de suero con una gota de antígeno haciendo una mezcla homogénea con lectura dentro de los 5 minutos posteriores a la reacción.

La aglutinación se interpreta como positiva y la positividad no implica que haya enfermedad actual pues los anticuerpos permanecen durante 3 años en promedio. La negatividad excluye hasta en un 95% la amibiasis invasora.

g).- INMUNOELECTROFORESIS CRUZADA: De igual o mayor sensibilidad que otras pruebas, es de ejecución sencilla y rápida. En pacientes con amibiasis invasora se detectan títulos de hasta 1:16.

En los últimos años se publicaron trabajos sobre aspectos inmunológicos en amibiasis como los de Lia Angarita, - Hashimoto y García Tamayo⁽²⁸⁾ sobre proteínas de fase aguda en suero de pacientes con absceso hepático amibiano quienes encuentran significativamente elevadas, justificando esta elevación por daño hepático provocado, presentando los autores que estas proteínas participan como mecanismos defensivos poco estudiados en amibiasis invasora. Hashimoto y Col⁽²⁹⁾ encuentran elevación de las IgG con Inversión de la relación albumina-globulina y un aumento de los porcentajes de las fracciones alfa-a, alfa-2 y gamma.

Sargeaunt y Williams han diferenciado 11 zimodemos -- (subespecies de *E. histolytica* distinguibles por isoenzimas) -- mediante electroforesis en gel de los sistemas: isomerasa de la glucosa fosfato fosfoglucomutasa y reductasa de ácido málico. - Se encontró que el zimodemo 11 fue el único asociado con cuadros clínicos compatibles con la amibiasis intestinal^(30, 31, 32).

CUADRO CLÍNICO.

Este puede ser muy variado y está condicionado por la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

una gota de suero con una gota de antígeno haciendo una mezcla homogénea con lectura dentro de los 5 minutos posteriores a la reacción.

La aglutinación se interpreta como positiva y la positividad no implica que haya enfermedad actual pues los anticuerpos permanecen durante 3 años en promedio. La negatividad excluye hasta en un 95% la amibiasis invasora.

g).- INMUNOELECTROFORESIS CRUZADA: De igual o mayor sensibilidad que otras pruebas, es de ejecución sencilla y rápida. En pacientes con amibiasis invasora se detectan títulos de hasta 1:16.

En los últimos años se publicaron trabajos sobre aspectos inmunológicos en amibiasis como los de Lia Angarita, - Hashimoto y García Tamayo⁽²⁸⁾ sobre proteínas de fase aguda en suero de pacientes con absceso hepático amibiano quienes encuentran significativamente elevadas, justificando esta elevación por daño hepático provocado, presentando los autores que estas proteínas participan como mecanismos defensivos poco estudiados en amibiasis invasora. Hashimoto y Col⁽²⁹⁾ encuentran elevación de las IgG con Inversión de la relación albumina-globulina y un aumento de los porcentajes de las fracciones alfa-a, alfa-2 y gamma.

Sargeaunt y Williams han diferenciado 11 zimodemos -- (subespecies de *E. histolytica* distinguibles por isoenzimas) -- mediante electroforesis en gel de los sistemas: isomerasa de la glucosa fosfato fosfoglucomutasa y reductasa de ácido málico. - Se encontró que el zimodemo 11 fue el único asociado con cuadros clínicos compatibles con la amibiasis intestinal^(30, 31, 32).

CUADRO CLÍNICO.

Este puede ser muy variado y está condicionado por la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

interacción, agente, huésped, ambiente, presentándose el caso de portadores asintomáticos, amibiasis intestinal invasora, con sus variantes rectocolitis o diarrea disentérica, y las complicaciones por la llegada de los trofozoítos al hígado, pulmón o pericárdio, cerebro y a otras partes del cuerpo como mediastino, riñón, piel, etc.

Enfocaré el comentario del cuadro clínico al absceso hepático y en especial al que se drena a pericardio, motivo de este trabajo.

El absceso hepático amibiano ha sido estudiado ampliamente en nuestro medio como lo demuestran los reportes de Portillo Ledezma y Beltrán⁽³³⁾, en 100 casos encuentran mayor incidencia en los lactantes con un total de dos terceras partes de los casos (14% lactantes menores y 30% lactantes mayores), el paciente menor fue de dos meses y el mayor de 12 años predominó como en otras series el sexo masculino (62/38) sobre el femenino, la desnutrición fue hallazgo constante, siendo de 3º grado en 42 casos, de 2º grado en 33 casos y en 25 de primer grado; - los síntomas predominantes fueron hepatomegalia 98%, fiebre 95%, dolor en área hepática 87%, distensión abdominal 55%, edema y red venosa colateral local 43%, disnea 40% e ictericia 14%. De las complicaciones a tórax la que revistió matices más dramáticos fue el drenaje a pericardio presente en 6 casos.

Los datos de laboratorio más constantes fueron leucocitosis en 82 casos, neutrofilia en 90, (66-80%), en 49 se encontró el trofozoíto de amiba y los datos radiológicos más constantes fueron: hepatomegalia en 72 casos y elevación e hipocinesia de hemidiafragma derecho en 52 casos.

Kumate, Troncoso y Leon Díaz⁽³⁴⁾ analizan y confirman la aceptable correlación gamagráfica en los distintos estadios evolutivo del absceso hepático amibiano, y Garcia Herrera analiza en 22 casos las complicaciones pulmonares⁽³⁵⁾.

Mención especial merece el estudio de Sotero y Cols⁽³⁶⁾

sobre complicaciones torácicas del absceso hepático amibiano -- en 150 casos quienes coinciden con otros autores al encontrar -- predominio del sexo masculino sobre el femenino y sintomatología similar a la previamente descrita, valiendo la pena mencionar para los fines de nuestro estudio que en esta casuística -- hubo un caso de drenaje a pericardio que falleció a pesar de -- punción pericárdica representando el 0.6% del total de casos, 6 pacientes presentaron pericarditis serofibrinosa y concluyen en tre otras cosas que las complicaciones torácidas más graves del absceso hepático amibiano son la apertura a pericardio y cavidad pleural. Ibarra, Pérez y Col⁽³⁷⁾, reportan 11 casos de drenaje a pericardio de absceso hepático amibiano y describen el cuadro clínico constituido por vomitos, diarrea, fiebre, dolor en cuadrante superior derecho, hepatomegalia, leucocitosis, seguido por signos de compresión cardiaca y taponamiento, frecuentemente asociados con coque séptico. En la mayoría de los casos el diagnóstico no se sospecho en vida y el manejo quirúrgico fue a base de punciones pericardicas, ventanas pericardicas y tubos de drenaje o pericardiectomias parciales con tubos de drenaje. De sus casos, sin embargo solo 3 fueron niños.

Por último Salas y Angulo⁽⁴⁾ reportan el análisis de 44 casos de Amibiasis en niños en un excelente trabajo publicado en 1958 y sus conceptos no difieren de los de otros autores en cuanto a patogenia, cuadro clínico, etc. Además de los estudios sobre absceso hepático amibiano en niños africanos efectuado por Scragg⁽³⁸⁾ y el pericarditis amibiana llevado a cabo por Macleod⁽³⁹⁾.

MATERIAL Y RESULTADOS.

<p style="text-align: center;">TESIS CON FALLA DE ORIGEN</p>

MATERIAL:

Se revisaron los expedientes de pacientes con diagnóstico de absceso hepático amibiano abierto a pericardio que ingresaron al Hospital Infantil de México, en los últimos 40 años, consultándose los archivos clínicos de los Departamentos de Cardiología y Patología. Surgieron 13 casos: el diagnóstico etiológico se estableció en todos y la complicación pericardica se corroboró al estudio postmortem en 8 casos y a la cirugía en los 5 restantes.

Los abscesos hepáticos amibianos abiertos a pericardio constituyeron el 0.69% de un total de 1867 casos de absceso hepático amibiano diagnosticados en el período de tiempo mencionado.

RESULTADOS:

EDAD Y SEXO. 7 pacientes pertenecieron al sexo masculino y 6 al femenino. El paciente más pequeño fue de 8 meses y el mayor de 12 años; esta complicación amibiana se observó con más frecuencia en el lactante (8 casos) y en el pre-escolar (4 casos), en tanto que ocurrió en la edad escolar en sólo un caso.

GRADO DE DESNUTRICION: La mayoría de los casos mostraron desnutrición la cual fue catalogada como muy severa (grado III) en 5 casos, marcada (grado II) en 3 casos y moderada (grado I) en 4, en tanto que un caso fue considerado eutrófico.

MOTIVO DE CONSULTA: Cinco casos llegaron al Hospital

por presentar fiebre, diarrea y dolor abdominal; cuatro casos, todos ellos lactantes obviamente no referían dolor abdominal - y de éstos, 3 presentaron distensión abdominal y en uno la madre notó una tumoración abdominal; en otro caso que ingresó con datos de choque, tampoco pudo recabarse el dato de dolor abdominal.

La diarrea estuvo presente en todos los casos, excepto en tres, uno de los cuales acudió al hospital por presentar fiebre y datos de insuficiencia cardiaca, en tanto que otros -- dos refirieron solamente fiebre y dolor abdominal.

DATOS CLINICOS AL INGRESO: En 8 casos se encontraron datos de insuficiencia cardiorespiratoria (taquipnea, edema, egtertores y taquicardia). En tanto que en los 5 restantes la insuficiencia cardiorespiratoria apareció varias horas después -- del ingreso, en dos y en los 3 restantes a los 3 - 5 y 30 días de su ingreso.

En todo estaba presente una hepátomegalia masiva pero se refiere dolor del área hepática en 7, estando ausente en 6. En 4 pacientes fue posible delimitar la tumoración correspondiente al absceso. La distnesión abdominal, habitualmente asociada a red venosa colateral, estuvo presente en 9 casos y el edema periférico se reconoció en 6, en tanto que la ictericia - estaba presente en sólo 2 casos.

SIGNOS Y SINTOMAS: Todos los pacientes presentaron - un curso febril, siendo la fiebre generalmente superior a 38.5°C. Los antecedentes o presencia de diarrea durante su evolución -- intrahospitalaria ocurrió en 11 de los casos; sin embargo, en - solo 5 la presencia de moco y sangre sugerían su característica disinteriforme.

El dolor abdominal estuvo presente en 7 de los casos siendo de tipo difuso en uno y localizado a hipocondrio derecho o epigastrio en los 6 restantes. La disnea ocurrió en algún mo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

mento de la evolución de todos los casos; por el contrario, me rece especial mención el hecho de que ninguno de los pacientes refirió dolor en área precordial.

La hepátomegalia en 7 casos fue de 8 ó más centímetros y fue de menor grado en los 5 pacientes. La matidez de hemitórax derecho fue de un hallazgo frecuente (8 de 13) pero no siempre correspondió a la presencia de derrame.

De los datos clínicos cardiovasculares, no se consiguieron en la mayoría de los casos la valoración de los pulsos periféricos y el grado de ingurgitación yugular. En 7 casos en los que se valoró la tensión arterial sólo 4 mostraron una tensión arterial diferencial corta o la presencia de hipotensión. El velamiento de los tonos cardiacos fue recabado a la exploración durante la evolución de 9 de los 13 pacientes, en tanto que el edema facial, pretibial o generalizado se refiere en 6 casos. Dos casos cursaron con ictericia.

Finalmente es importante señalar que sólo un paciente presentó frote pericardico (Cuadro 1).

DATOS DE LABORATORIO Y GABINETE.

BIOMETRIA HEMATICA. En 13 pacientes se practicó este examen y en 8 de ellos se encontraron cifras de Hb inferiores a 10 gramos por decilitro y dentro de éstos el paciente -- con anemia más marcada presentó Hb de 5.4. Seis pacientes presentaron leucocitosis y neutrofilia moderada, en uno fue severa, en tanto que un caso mostró leucopenia extrema y 4 restantes - cifras normales.

PRUEBAS FUNCIONALES HEPATICAS. Solamente un paciente presentó alteraciones desde el punto de vista laboratorial, con elevación de la TGO y TGP moderadas. En 4 casos se efectuó serameba (latex) resultado positiva en todos.

RADIOGRAFIA DE TORAX. En 11 pacientes la radiografía de torax mostró cardiomegalia masiva en 6, aire en cavidad pericárdica en dos e imagen de doble contorno en dos (Fig. - pág.). En 4 casos en los que se practicó fluroscopía se -- apreció reducción de la movilidad de la silueta cardiaca en to dos.

En 5 casos se describe elevación o reducción en la - movilidad de un hemidiafragma (4 del lado derecho y 1 del iz-- quiendo). En todos existía hepatomegalia masiva, en 3 de - - ellos con una imagen hidro-aérea intrahepática, correspondien- te al sitio del absceso.

ELECTROCARDIOGRAMA. Se contró con electrocardiogra- mas seriados en 5 casos. En todos se observó marcada reduc- - ción del voltaje QRS, en 4 aparecieron desniveles ST en deriva- ciones I - II y avF y ondas q en II - III y avF indicando que existía una "corriente de lesión" en la cara diafragmática del corazón, congruente con la localización del absceso hepático.

En algunos casos hubo una mejoría notable de los vol- tajos de QRS y de las alteraciones de la repolarización mencio- nados, después de una pericardiocentesis (Fig. 2, pág.).

ESTUDIOS RADIO-ISOTOPICOS. La gamagrafía hepática - se practicó en 3 casos. En todos ellos mostró el defecto de - captación correspondiente al absceso, así como la separación - entre las cavidades cardiacas y la cara superior del hígado, - evidenciando la presencia de derrame pericardico. (Fig. 3, - - pag.).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 1
PERICARDITIS AMIBIANA
SINTOMAS Y SIGNOS EN 13 CASOS

SINTOMAS*	NO. DE CASOS.
Fiebre	13
Disnea	13
Diarrea	11
Sanguinolenta	5
Dolor Abdominal	7
Hepatomegalía	13
Dolorosa	5
Dimensión Abdominal	9
Tumoración Hepática	4
Red Venosa Abdominal	4
Tonos cardíacos velados	9
Matidez de Hemitórax derecho	8
Edema	6
T.A. Corta o hipotensión	4
Frote pericárdico	1
Ictericia	2

CATERISMO CARDIACO. En dos pacientes se llevó a -- cabo valoración hemodinámica después de la pericardiocentesis, con el objeto de valorar la severidad del proceso. En ambos se encontró evidencia de engrosamiento pericárdico y reducción del volumen sistólico y diastólico a la cineangiografía. Se encontró además marcada elevación de las presiones auriculares y telediastólicas ventriculares, así como el acortamiento de la presión arterial diferencial en territorio sistémico. (Cuadro 2).

BUSQUEDA DE AMIBA. En 8 casos se efectuó parasitoscopia en heces, siendo 6 negativos y 2 positivos, uno a quistes - y un segundo a trofozoitos.

PUNCION PERICARDICA. En 8 pacientes se efectuaron -- un total de 9 punciones pericárdicas. La cantidad de material obtenida vario de 4 a 175 mls.; en 4 fue de color café verdoso y aspecto purulento, en 3 fue citrino o serohemático y en sólo un caso fue "achocolatado", la búsqueda de amiba en el líquido de derrame fue positiva en solo un caso.

Se efectuaron 9 punciones hepáticas en 6 pacientes -- (7 cerradas y 2 a cielo abierto). Se obtuvo un máximo de - -- 300 cc de pus y un mínimo de 40 ml. El aspecto del pus fue - - "achocolatado" en 3 casos y verdosos en 4; en sólo 3 casos se - obtuvo el trofozoito de la amiba.

En 4 casos se practicó pericardiotomía, observándose trofozoitos al estudio microscópico del espécimen quirúrgico en solo dos casos.

Los estudios de serameba (latex) fueron practicados - en 4 pacientes siendo positivos en todos.

En suma se comprobó directamente la presencia de trofozoitos en vida de los pacientes en 8 casos, en los 5 restantes coadyuvaron al diagnóstico el latex en dos y en los 3 restantes la evidencia apareció solamente al estudio post-mortem. (Cuadro 3).

CUADRO 2

PERICARDITIS AMIBIANA

DATOS HEMODINAMICOS

	PRESIONES (MMHg)					
	CASO 8		CASO 6		CASO 6	
Auricula derecha.	a = 12	v = 12	m-14	a = 18	v = 16	m = 16
Ventriculo derecho.	32/20 (Td)			20/14 (Td)		
Arteria Pulmonar	32/12	m - 20		28/12		m = 16
Auricula izquierda.	a = 24	v = 20	m-17	a = 15	v = 15	m = 15
Ventriculo izquierdo.	80/24 (Td)			90/15 (Td)		
Arteria Femoral.	98/50	m = 45		-----		

Abreviaturas Td = Telediastólica; m = media.

CUADRO 3

BUSQUEDA DE AMIBA EN ONCE CASOS DE PERICARDITIS AMBIANA

EXAMEN	NO. DE CASOS	POSITIVA.
Examen parasitoscópico	8	2 (25%)
Punción pericárdica	8	1 (12.5%)
Punción hepática	6 (9 puncio <u>n</u> es).	3 (50%)
Espécimen Pericardico	4	2 (50%)
Serameba (latex)	4	4 (100%)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TRATAMIENTO.

El tratamiento médico fue variado (Cuadro 4), predominando la administración de Emetina, siendo recibida por 10 de los pacientes, cloroquina se administró a 4 metronidazol ofrecido a 3, uno solo recibió etofamida y 6 de los casos además de los antiamibianos se les administró una penicilina y/o un amino glucosido.

El tratamiento quirúrgico (evacuación abierta del pericardio o pericardiotomía) se llevo a cabo en 8 casos. Otros procedimientos cerrados y los resultados de evolución aparecen en el Cuadro 4.

EVOLUCION.

De los 13 pacientes sobreviven 3 en dos se desconoce sus condiciones actuales y uno se encuentra actualmente a 14 años del problema sin hallazgos cardiacos anormales.

Diez pacientes fallecieron y las causas del deceso se muestran en el Cuadro 4.

HALLAZGOS POST-MORTEM.

En el Cuadro 5 aparece el número y localización de los bascosos hepáticos, el aspecto macroscópico del pericardio y otros hallazgos patológicos de 9 casos que llegaron a la autopsia.

CUADRO 4

No.	EDAD AL INGRESO	Tx. MEDICO	Tx. QUIRURGICO	EVOLUCION
1. Masc.	52	9/12 Emetina. cloroquina.	Pericardiocentesis Toracotomía.	Falleció post-toratomía.
2. Masc.	2a	1/12 Metronidazol Emetina. Ampicilina Gentamicina	Punción Hepática (2)	Falleció en insuficiencia - cardiorespiratoria.
3. Fem.	6a	11/12 Metronidazol Eaitana. Ampicilina. Gentamicina	Pericardiocentesis Toracotomía Pericardiectomía Punción Hepática	Vive. Se desconoce estado actual.
4. Masc.	2a	6/12 Emetina. Cloroquina Penicilina - S.C. Kanamicina	Punción Hepática. Punción pericardica. Pericardiectomía.	Falleció post-pericardiecto mia.
5. Fem.	2a	Emetina Penicilina - S.C.	Pericardiocentesis. Toracotomía.	Falleció por taponamiento.
6. Fem.	1a	6/12 Emetina.	Pericardiocentesis. Pericardiectomía. Caterismo cardiaco.	Vive sin hallazgos cardia-- os anormales.
7. Fem.	2a	1/12 Metronidazol Emetina Ampicilina Gentamicina	Pericardiocentesis Caterismo cardiaco Pericardiectomía Punción Hepática	Sobrevive a pericardiectomía fallece por causas ajenas al padecimiento.
8. Masc.	2a	1/12 Emetina Krofamida Ampicilina	Pericardiocentesis (?) Punción Hepática (2) Toracotomía.	Vive se desconoce su estado actual.
9. Masc.	1a	1/12 Ninguno	Ninguno	Falleció en shock séptico.
10. Masc.	8/12	Ninguno	Ninguno	Falleció en shock séptico.
11. Masc.	1a	7/12 Emetina Cloroquina Terramicina	Rectosigmoidoscopia	Falleció por taponamiento e insuficiencia respiratoria.
12. Fem.	11/12	Emetina Cloroquina Terramicina	Punción Hepática (2) Toracotomía.	Falleció por taponamiento e insuficiencia respiratoria
13. Masc.	1a	11/12 Ninguno	Punción pericardica	Falleció por taponamiento -- cardiaco.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CASO NO. Y LOCALIZACION DEL ABSCESO HEPATICO

ASPECTO DEL PERICARDIO

CASO	NO. Y LOCALIZACION DEL ABSCESO HEPATICO	ASPECTO DEL PERICARDIO
1.	Uno en LI	Necrosado, con exudado purulento y Pneumopericardio.
2.	Múltiples en ambos lóbulos.	Grandes áreas de Necrosis (positiva a Amiba histolytica).
4.	Uno en LI	Engrosado, exudado purulento (positivo a A. Histolytica, células hepáticas).
5.	Uno en lóbulo izquierdo (12 cms.); múltiples en lóbulo derecho.)	Muy engrosado, exudado purulento, pneumopericardio. (positivo a A. Histolytica).
9.	Uno en lóbulo derecho (6 cms.)	Con zonas hemorrágicas; engrosado. (positivo a A. Histolytica).
10.	Unico en lóbulo derecho.	Edematoso con exudado amarillo verdoso. (positivo a Amiba H.).
11.	4 abscesos ambos lóbulos (el mayor de 7 cms).	Engrosado. Exudado fibrino-purulento amarillo.
12.	Unico en LD.	Adherencias pericardiacas basales, exudado purulento
13.	Uno en LI (6 cms de diámetro múltiples en lóbulo derecho - (positivos a Amiba).	Necrosado; aspecto granuloso con exudado purulento.

Abreviaturas: LI-Lobulo Izquierdo. LD-Lobulo derecho.
A-Amiba.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PNEUMOPERICARDIO



FIGURA 1.- Notese la imagen aérea entre corazón y pericardio y con asteriscos la vía de continuidad entre estómago, hígado y cavidad pericardica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ELECTROCARDIOGRAMAS EN PERICARDITIS AMIBIANA.

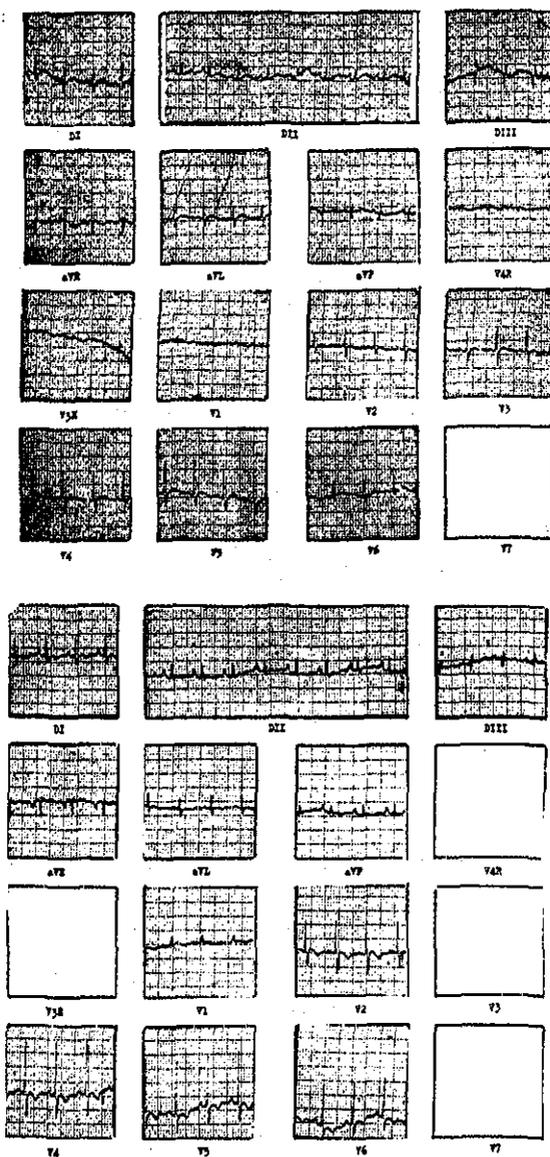


FIGURA 2.- Notense los complejos QRS de bajo voltaje y desniveles ST.

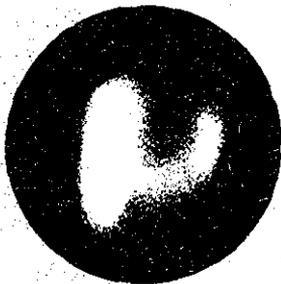
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AURORA PINEDA SOTO
7-12-76

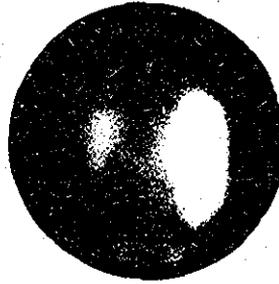
CAVIDADES CARDIACAS E HIGADO



FIGURA 2.- Nótense los defectos de captación - el defecto de captación en lóbulo izquierdo en continuidad con el área cardiaca.



Proy. Anterior.



Proy. Posterior.

FIGURA 2-B.- Vistas anterior y posterior de gammagrama hepático. Se observa la falta de captación del isótopo en las áreas abscedadas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

D I S C U S I O N

FRECUENCIA DE LA PERICARDITIS AMIBIANA.

Desde la primera descripción patológica de un "absceso tropical del hígado abierto a pericardio" por Rouis en 1860, se habían descrito sólo 128 casos hasta 1966 en la literatura universal, y de ellos solo 5 son niños⁽³⁹⁾; desde entonces las publicaciones de casos en niños han sido muy esporádicas.

Por otra parte la complicación pericárdica de un absceso hepático ha variado en distintas casuísticas entre 0.2% y 2.8%⁽³⁹⁾. En nuestro medio se llegó a citar que el 6% de niños con absceso hepático habían presentado "complicación pericardica"⁽³³⁾, sin embargo en la revisión actual la frecuencia fue de 13 casos entre 1867 pacientes con Dx de absceso Hepático Amibiano que representan el 0.69%, lo cual confirma la impresión general debida a la literatura en cuanto a mucho menor frecuencia de Pericarditis Amibiana en el niño que en el adulto.

EDAD Y SEXO:

La enfermedad se presentó ante todo en el lactante (8 de 13), en tanto que hubo un predominio ligero de pacientes masculinos, sin observarse en esta serie la casi exclusividad del sexo masculino que se reporta en casuísticas de adultos⁽³⁹⁾.

CUADRO CLINICO.

Siendo esta la casuística pediátrica más voluminosa de que se tiene conocimiento, conviene revisar las diferentes clínicas que existen entre nuestro material y los casos adultos publicados.

Mientras que la mayoría de los adultos describen dolor retroesternal, epigástrico o en el hombro izquierdo⁽³⁹⁾ en nuestros casos el dolor fue generalmente abdominal difuso y -- ocasionalmente epigástrico. Esta diferencia puede atribuirse en parte a la corta edad de los pacientes y a su dificultad -- para referir dolor en áreas específicas, pero en otros casos -- obedecía seguramente a la presencia de abscesos hepáticos múltiples, algunos abiertos a peritoneo o pulmón y pleura.

A la exploración física, los tonos cardiacos velados, al igual que en adultos, fueron frecuentes en nuestros pacientes, pero su interpretación como indicativo de presencia de derrame no siempre se llevó a cabo. En cambio, la presencia de frote pericárdico, dato mucho más específico estuvo presente -- en sólo un caso en tanto que en adultos, se cita hasta en el -- 76% de los casos⁽³⁹⁾.

RADIOGRAFIA DE TORAX.

La imagen radiográfica del corazón puede verse uniformemente crecida o bien observarse una prominencia selectiva del borde izquierdo, que en el adulto ha sugerido incluso un aneurisma de ventriculo izquierdo. Por otra parte la imagen -- en doble contorno es infrecuente. Tres de nuestros casos, con fistula pericardio-hepato-gastrica, presentaron un pneumopericardio lo que permitía juzgar el grosor del pericardio parietal. En otros casos, se valoró este dato inyectando aire en -- la cavidad pericárdica tras haber evacuado el absceso.

Es de gran valor etiológico la búsqueda de una imagen hidro-aérea intrahepática vecina al diafragma. Esta se -- contró en varios de los pacientes aquí estudiados.

La elevación de los diafragmas y una gran hepátomegalia con otros de los datos radiográficos importantes. Y estuvieron presentes en la mayoría de los casos.

ELECTROCARDIOGRAMA.

El electrocardiograma es útil para confirmar la presencia de derrame al mostrar reducción de voltajes de QRS y -- alteraciones de repolarización. Consideramos está indicado en todo caso con diagnóstico de absceso hepático amibiano o insuficiencia respiratoria, edema periférico o velamientos de tonos cardiacos; además es de utilidad en el seguimiento con trazos repetidos en pacientes con absceso hepático del lóbulo izquierdo cercano al diafragma.

La evacuación del derrame pericárdico frecuentemente es seguida de un aumento dramático de los voltajes de QRS y mejoría de los trastornos de ST y T.

ECOCARDIOGRAFIA.

En ninguno de nuestros casos fue practicado un estudio ultrasonográfico. El examen es de gran valor ya que muestra la presencia de derrame bajo la forma de un espacio libre de ecos rodeando al corazón. Cuando existe taponamiento, aparecen diversas alteraciones que permiten su fácil diagnóstico.

Finalmente, es un excelente método para seguir la -- evolución del derrame o para juzgar el éxito de las punciones evacuadoras.

GAMAGRAFIA HEPATICA.

Como lo ha enfatizado Kumate y Cols⁽³⁴⁾, la gamagrafía hepática practicada con Au 198 o rosa de Bengala I131 es útil en la localización del absceso hepático y correlaciona -- bien con la evolución. En nuestros casos de apertura del absceso al pericardio el estudio fue particularmente valioso al -- confirmar la existencia de líquido pericárdico delimitando un amplio espacio sin captación alrededor del corazón a la vez --

que señaló el defecto de captación correspondiente al absceso que había drenado al pericárdio.

El estudio es recomendable en todo caso con síntomas o signos de absceso hepático izquierdo (tumorción epigástrica, elevación de hemidiafragma izquierdo, etc.), para juzgar la vecindad al pericardio y normar la conducta terapéutica, ya que de encontrarse muy cercano al diafragma o ser muy grande, está indicada la punción inmediata.

La sospecha de abscesos hepáticos múltiples nos parece también una indicación de hepatogamagrafia, ya que uno de los abscesos podría estar situado cerca del pericardio y pasar desapercibido si predomina uno mayor en el lobulo derecho.

PNEUMOPERICARDIO:

Esta complicación de la amibiasis hepática no ha sido previamente reportada en la literatura. Tres de nuestros casos la presentaron. En dos el diagnóstico se estableció ante-mortem por la imagen radiográfica; en uno se confirmó con la obtención de 150 cc de aire a la pericardiocentesis y en otro, con episodios agudos de taponamiento cardiaco por aire, el drenaje continuo a través de una sonda naso-gástrica fue seguido de mejoría de los síntomas compresivos cardiacos. Un último caso fue hallazgo de autopsia.

En los tres casos existía una fistula entre pericardio, la cavidad del absceso y el estómago. De dos casos uno sobrevivió a la pericardiectomia, sutura del diafragma y estómago con gastrostomia temporal.

El mecanismo de formación del Pneumopericardio podría ser, además de la vía fistulosa ya descrita, la apertura de un absceso pulmonar amibiano abierto a pleura mediastinal y a pericárdio.

TRATAMIENTO

La pericarditis amibiana constituye una emergencia médico-quirúrgica que requiere de un pronto reconocimiento y tratamiento apropiado.

La punción evacuadora confirma el diagnóstico sólo al obtenerse pus "acholotado" o en "pure de anchoas" o bien aislando del mismo el trofozoito de amiba. Debe recordarse, sin embargo que la amiba se aísla en una minoría de los casos y que las características del exudado pueden variar. Sin embargo la apreciación de hepátomegalia masiva, fundamentalmente si se asocia a tumor epigástrico debe siempre hacer sospechar la etiología amibiana del derrame pericárdico. El hepátogramagrama confirma la relación entre el absceso hepático y el derrame pericárdico.

En todos los casos debe instituirse de inmediato terapia anti-amibiana.

Las punciones pericárdicas y hepáticas repetidas han sido la base de la terapéutica en muchos casos descritos en la literatura que han sobrevivido como el caso de uno de nuestros pacientes que presentó un curso favorable con este manejo.

Consideramos sin embargo, que el método ideal de manejo es la pericardiectomía parcial, asociada a drenaje del pericardio y el absceso hepático por las siguientes razones:

a).- El derrame pericárdico muy denso dificulta la evacuación en muchos casos.

b).- La contricción pericárdica subsecuente ha ocurrido en 25% de los casos que han sobrevivido a pericardiocentesis repetidas, de allí que preferimos la decorticación parcial del corazón para evitar nuevos episodios de taponamiento o evolución torpida hacia la constricción.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuando el derrame pericárdico es seroso y de escasa cantidad, a la pericarditis se le ha llamado "pre-supurativa", y es secundaria a la vecindad muy próxima de un absceso que ha establecido ya contacto con el absceso correspondiente. En -- En estos casos, consideramos que debe seguirse estrechamente - la evolución del caso con evacuaciones del absceso hepático y con punciones pericárdicas repetidas para reconocer precozmente la aparición del pus en cuyo caso se procedería a la pericardiectomia parcial, en tanto que si continua obteniéndose sólo exudado seroso o sero-hemático, no es necesario recurrir a la cirugía.

C O N C L U S I O N E S

1.- Se presenta la casuística pediátrica más numerosa de pericarditis amibiana (13 casos) que tenemos conocimiento y los 3 primeros casos de Pneumopericardio descritos, secundarios a la apertura simultánea del absceso hepático a pericardio y estómago.

2.- El padecimiento ocurrió fundamentalmente en lactantes con desnutrición severa.

3.- La afección pericárdica fue más frecuentemente resultado de la apertura de un gran absceso del lóbulo izquierdo (8 casos); a probable siembra hematógena en dos casos de amibiasis invasora letal (con afección multivisceral) y en 3 casos la necrosis pericárdica fue secundaria a patología pleuro-pulmonar severa (pericarditis por continguidad).

4.- Desde el punto de vista diagnóstico, se enfatiza la pobre signología clínica que pudiera orientar al Pediatra hacia la presencia de Pericarditis y la importancia de la radiografía, electrocardiografía, ecocardiografía, hepátogamagrama, punción pericárdica y pericardioectomía parcial con drenaje.

5.- Tal como se menciona en la literatura, la verificación del trofozoito del derrame pericardico; de las heces fecales, fue poco frecuente en nuestros casos; teniendo que recurrir a la búsqueda de amiba en el pus del absceso hepático, en los exámenes quirúrgicos del pericardio o en el estudio post-mortem, para lograr establecer el diagnóstico Etiológico. Por el contrario los estudios serológicos fueron positivos en todos los casos que se practicaron.

6.- Finalmente se propone la pericardioectomía parcial y drenaje del absceso hepático vecino como el método de -

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

elección en el manejo de la ruptura del absceso hepático a pericárdio. Las pericarditis pre-supurativas pueden manejarse - con sólo la evacuación del absceso hepático y vigilancia estrecha del derrame pericárdico con exploraciones clínicas frecuentes y punciones repetidas.

Todos los casos deben por supuesto recibir quimioterapia a dosis y por tiempo suficiente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Salas M., Angulo H. y Col: Patología de la Amibiasis en los niños. Bol. Méd. Hosp. Infant. (Méx), 15: 185-220, 1958.
- 2.- Lambl W.D.- Beobachtungen und Studien aus dem, Franz-Joseph Kiderspital, Theili I, 1860 Observaciones y estudios del Hospital del niño Franz-Joseph parte I).
- 3.- Losch, F.-Massenhafte Entwicklung von Amoben in Dickdarm. Virchows Arch. F. Path. Anat., 65:196, 1875.
- 4.- Kartulis, S.1) Ueber Riesen bei chronischer Darmentzung Virchows Arch. F. Path. Anat., 99:145, 1885.
- 5.- Councilman, W.T. y Lafleu, H.A.: Amebic dysentery John Hopkins Hosp. Report, 2: 395, 1891.
- 6.- Strong, R.P.-Amoebic dysentery, in Modern Medicine, ed W -- Osler and Mc Crae. Philadelphia, LEA, 1:488, 1907.
- 7.- Schaudinn, F.- Untersuchungen über die Fortpflanzung Cini- ger Rhizopoden. Arg. a. d. k. Gsndtsamt, 19: 547, 1902-1903
- 8.- Walker, E.L.- Comparative study of Amoebae in Manila water supply in intestinal tract of healthy persons, and in Amoebic dysintery. Philippine J. Sc., 6: 259, 1911.
- 9.- Dobell, D., y Jepps, M.W.- Study of diverser races of E. -- histolytica distinguishable from one another by dimensions of their cysts. Parasitology, 10:320, 1917-18.
- 10.- Boeck, W.C., y Drobhlav, J.: Cultivación of Endamoeba histolytica. A, J. 5: 371-407, 1925.
- 11.- Craig, C.F.- 1)Hemolytic, citologic and complement binding properties - of extracts of E. histolytica. Am J. Trop. Med., 7:225, 1927 y Complements fixation in diagnosis of infections with E. histolytica. Am. J. Trop. - Med., 8: 29, 1928.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- 12.- Fornier, V.R.: Bibliografía Mexicana del Absceso Hepático, México. La Prensa Médica Mexicana, 1956.
- 13.- Jimenez, M.F.: Absceso del hígado en comunicación con los bronquios. Periódico de la Academia de Medicina de México I 2a Serie, Núm. 8, 1842.
- 14.- Duma, R.J.; Ferrel, H.W; Elifford, N.E. y Jones, M.M.: - - Primary amebic meningoencephalitis. N. Engl. Med., 281: 1315, 1969.
- 15.- Sepulveda, B. La amibiasis invasora por Entamoeba histolytica. Gac. Méd. Méx., 100: 201, 1970.
- 16.- Eldson-Dew, R.: The epidemiology of Amebiasis. En: B.Daves (Ed): Advances in parasitology, New York, Academy Press, - 1968, P1.
- 17.- Salas, M.: Comunicación personal.
- 18.- Flores-Barroeta, F.: Ovasión de E. Histolytica a diversos órganos y tejidos en Sujetos Humanos. Seminario sobre Amibiasis. México, 1970.
- 19.- Prado Vertiz, A y Silva Martinez, C.: Amibiasis en el niño. Gac. Méd. de Méx., 103: 287, 1972.
- 20.- Gutiérrez G.: Amibiasis Intestinal Invasora en el niño. - Gac. Méd. de Méx., 103: 300, 1972.
- 21.- Alvarez Alva, R de la Loza Saldívar A: Frecuencia del - - Absceso hepático Amibiano en hospitales del IMSS en la -- República Mexicana.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 22.- Walsh JA, Warren KS: Selective primary health care: Amin--
terim Strategy for disease control in developing Countries.
N. England J Méd. 1974; 301: 967-74.
- 23.- Lee Ramos Af, Gonzalez de Montesinos F.: Pronóstico en la
Amibiasis Invasora del hígado. Arch. Inv. Méd (Méx) 1970;
I (supl): s199-s204.
- 24.- Gutiérrez Trujillo G: Características principales de la --
Amibiasis Invasora en el niño. Actualización de algunos -
conceptos clínicos y Epidemiológicos. Arch. Invest. Med -
(mex) 1980: 11 (Supl 1): 281-286.
- 25.- Gutiérrez G. Ludlow A. Espinoza G. Herrera, Muñoz, O, - --
Rattoni N, Sepúlveda B: National serologic Survey. II. -
Search for antibodies against E. histolytica en Méx.
Proceedings of the International Conference of Amibiasis. -
IMSS México, D.F.:1976; 609-618.
- 26.- Olarte, J.: Nuevo dispositivo para la obtención de mues---
tras para coprocultivo. Bol. Med. Hosp. Infant., Méx., 9:
537, 1952.
- 27.- Lía Angarita, Hashimoto Y, García Tamayo F.: Proteínas de
Fase Aguda en sueros de pacientes con absceso hepático -
Amibiano. Bol. Med. Hosp. Infan. de Méx. Vol. 39-No. 9 - -
Sept-1982.
- 28.- Ashimoto Y., Perrillat A.M., Carrillo J. García Tamayo F.
Electroforesis de Proteínas y concentración de Ig en Suero
de niños con absceso hepático amibiano. Bol. Med. Hosp. --
Infant., Vol. 38-No.5 Sept-Oct., 1981.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 29.- Sargeaunt, P.G. y Williams, J.E.: Electrophoretic Izoenzyme patterns of the pathogenic intestinal amoebae of Man -- Trans. Roy. Soc. Trop. Med Hyg., 73: 225, 1979.
- 30.- Sargeaunt, P.G. y Williams, J.E.: The differentiation of Invasive and non invasive *E. Histolytica* by isoenzymes. -- Electrophoresis Trans. Roy Soc. Trop. Med. Hyg, 72: 519,1978.
- 31.- Sargeaunt, P.G. y Williams, J.E. Kumate, J. y Jiménez E.: The Epidemiology of *E. Histolytica* in México City. A pilot Survey Trans Royal. Soc. Trop. Med Hyg 74: 653, 1980.
- 32.- Portillo L.J., Beltran B.F. Absceso hepático amibiano: Observaciones sobre 100 casos. Bol. Med. Hosp. Infant.
- 33.- Kumate J, Troncoso P, León Díaz F, Rivas A.E.: Actividad en un absceso hepático y correlación gamagrafica. Bol. Med. - - Hosp. Infant.
- 34.- García H.E.: Absceso Amibiano hepático en el niño sus complicaciones pulmonares. Bol. Med. Hop. Infant.
- 35.- Sotero V.O., Ibarra y Col.: Complicaciones Torácicas del -- Absceso hepático Amibiano. Prensa Méd. Méx. No. 9-10 Sept--Oct. 1978, 316-23.
- 36.- Ibarra P.C., León G.S., Calvillo J.M., Vargas de la C.J. - Diagnosis and Treatment of rupture of Amebic Abscess of the liver into The Pericardium. The Journal of Thoracic and - - Cardiovascular Surgery. Vol. 64, number 1, July 1972. P. - 11-17.
- 37.- Salas M., Agulo H. y Col.: Patología de la Amibiasis en los niños. Bol. Med Hosp. Infant. (Méx), 15:185-220,1958.

38.- Joan Scragg.: Amoebic Liver Abscess in African Childrens.
Arihives of Disease in childhood Vol. 35, 171-176,1960.

39.- Macleod, A.J. Wilmont y Col. Amebic Pericarditis.
Warterly Journal of Medicine Vol. 35, 293-309, April. 1966