



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

11237



2ej
57

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

ABSCESO HEPATICO AMIBIANO
Evaluación Pre y Post Quirúrgico

TESIS

Que para obtener el Título de la Especialidad de
Pediatria Médica

Presenta

Dr. Carlos Cruz Cervantes

Hermosillo, Sonora

Febrero de 1998.

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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

11237

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado

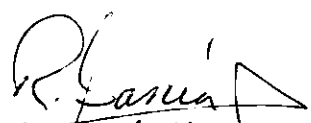
HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

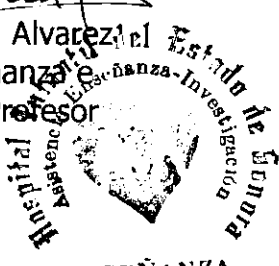
**"ABSCESO HEPATICO AMIBIANO
Evaluación Pre y Post Quirúrgica**

TESIS

Que presenta para obtener el Titulo de Especialidad en Pediatría

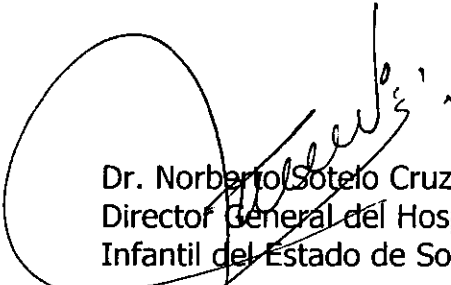
Dr. Carlos Cruz Cervantes

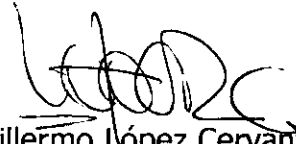

 Dr. Ramiro García Álvarez
 Director de Enseñanza e Investigación, y Profesor Titular del Curso



ENSEÑANZA

Dr. Andrés Cordero Olivares
Asesor


 Dr. Norberto Sotelo Cruz.
 Director General del Hospital Infantil del Estado de Sonora


 Dr. Guillermo López Cervantes
 Asesor

Hermsillo Sonora. Febrero de 1998

A mis Padres, Esposa e Hijos y Hermanos;
porque han sido durante éstos largos años
un estímulo constante.

**Al Hospital Infantil del Estado de Sonora, Pediatras
y demás Personal,** que lo forma por ser quienes dan
vida a dicha institución.

A mis Asesores, ambos digno de admiración y respeto
en agradecimiento a sus constantes aportaciones.

A los Niños, razón de la existencia de nuestra Profesión.

A Dios, porque entre más estudio, más creo en su
existencia.

INDICE

	Página
INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	15
RESULTADOS	18
DISCUSION	38
CONCLUSIONES	45
BIBLIOGRAFIA	47

ANTECEDENTES

La amibiasis es una infección causada por el protozooario parásito entamoeba histolytica; su distribución es mundial, principalmente en país subdesarrollados teniendo como manifestación más frecuente del padecimiento la disenteria y el absceso hepático amibiano y este segundo como complicación de las lesiones intestinales aunque no todos los pacientes con absceso hepático presentan amibiasis intestinales activa.

En México se han observado variaciones en la frecuencia de la infección amibiana que va de un 5.95% con promedio de 27%.

El 1950, el absceso hepático fue al parecer una rareza ya que apareció en México la primera publicación de un infante ; la frecuencia en los niños ha aumentado y hasta 1972 existen 400 casos reportados en los archivos del Hospital Infantil de México.

En 1841, Miguel Jiménez Médico mexicano describió un absceso hepático abierto a bronquio.¹ Mucho se debe al médico Ruso Frederich Losch, quién hace aportaciones sobre Entamoeba Histolytica dibujado al trofozoito con detalle y demostró además su poder patógeno en 1875. 1-4

En 1970, señaló Sepulveda nuestro país es una de la zona geográficas más cruelmente azotadas por la amibiasis y el estudio acuciosos de esta enfermedad ha sido preocupación continua del médico mexicano sin embargo, se dice que "el

único índice seguro para juzgarla prevalencia y la gravedad de la amibiasis en una área geográfica es la cantidad de absceso hepáticos amibianos. 1

En el trienio 1975-1997 las unidades médicas del IMSS notificaron 11,518 casos, la incidencia mensual más alta se registró en el trimestre de Noviembre a Enero y la más baja fue en Mayo con solo 4.7%, la letalidad en los niños puede ser tan alta como 1.1 a 26%. 2

En cuanto a la distribución geográfica mundial una elevada frecuencia se menciona en Controamérica Sudamérica afectando principalmente a México, Venezuela y Colombia. 5

La edad de presentación es variable encontrándose en la literatura un caso reportado de un paciente de 23 días de vida en el que se informo la etiologia amibiana. 6

Para los modelos de amibiasis hepáticos, se han utilizado el hamster y el jerbo como animales susceptibles y la rata y el coballo como animales resistentes. El análisis morfológico de las lesiones hepáticos en los animales susceptibles mostró que las células inflamatorias del huésped participan en la producción del daño hepático.

La lisis de las células inflamatorias asociadas a las amibas sugirió que la destrucción del tejido hepático se debe por lo menos en las etapas inciales a la acción de las potentes enzimas provenientes de la destrucción de las células inflamatorias del huésped más que aún efecto directo de las amibas sobre los hepatocitos. 7

DEFINICION

Es una lesión única (78%) ó múltiple de diferentes tamaños producida por entamoeba histolytica (generalmente en lóbulo hepático derecho 77%) en la lesión se encuentra necrosis celular, que en la mayoría de los casos tiene aspecto "achocolatado". 8

EPIDEMIOLOGIA

- Prevalece en áreas endémicas del mundo como México, suroeste de américa, sur de Asia y suroeste de Africa.
- A cualquier edad más frecuente en el segundo año de vida.
- No hay predominio de sexo.
- Más frecuente en condiciones higiénicas deficientes.
- Los meses en que predomina son Noviembre, Diciembre y Enero.

Muñoz O. Epidemiología de la amibiasis 1986.

SECUENCIA FISIOPATOLOGICA

- Ingestión de quistes
- Desenquistamiento en la luz intestinal
- Formación de trofozoitos
- Invasión de pared colónica

- Ulcera amibiana
- Migración extraintestinal
- Absceso hepático
- Daño en otros órganos.

Tutsumi V. Slas MS. Amibiasis Tercer Reunión de Expertos 1996.

El Absceso hepático es producido por entamoeba histolytica en el caso amibiano y por estafilococo en primer lugar, posteriormente gram negativos, bacterias anaerobios y en adolescentes los informes más recientes involucran además al estreptococo en el caso piogeno. 9

Actualmente hay estudios en los cuales se aborda el tema de absceso hepático incluyendo las causas amibianas y piogena ya que los síntomas son muy similares en ambos casos incluso algunos datos de laboratorio y gabinete. 9

Así existe fiebre, dolor en hipocondrio derecho, ataque al estado general, hepatomegalia, hipoventilación basal derecha, leucocitosis con neutrofilia, velocidad de eritrocimentación elevada, telerradiografía de tórax y abdomen alteradas en ambas entidades. 9

CUADRO CLINICO

Fiebre mayor 38.5°C	100
Hepatomegalia	97%
Dolor en hipocondrio derecho	85%
Hipoventilación basal derecha	71%
Tumoración visible o palpable	38%
Ictericia	16%
Diarrea mucosa/sangre en heces	76-55%
Ataque al estado general	
Otras manifestaciones	
a) Respiratorias	
b) Cardiacas	
b) Abdominales	

(10)

También existen datos importantes que orientan a un proceso piogeno muy diferentes del amibiano como ictericia en un 43% de los casos, es más agresiva, poco frecuente en la infancia. a menor edad mayor frecuencia y que actualmente empieza a ser privativa de los sujetos portadores de anemia de células falciformes, diabéticos y pacientes con enfermedad granulomatosa crónica. 9 Tal es el caso reportado por Lana el cual desarrolló absceso hepático piogeno en un niño con anemia de células falciformes el cual ameritó drenaje percutaneo guiado con ultrasonido en el que el cultivo del aspirado desarrolló gran cantidad de bacterias sensibles a penicilina y metronidazol. 11

Actualmente para el diagnóstico de absceso hepático amibiano se recurre al diagnóstico inmunológico como fijación de complemento hemaglutinación indirecta, difusión en agar, inmunolectroforesis y otras, pero la prueba más

reciente para detectar anticuerpos y más actualizada es la prueba de ELISA que sirve para detectar tanto anticuerpos como antígenos. 12

En cuanto a la persistencia de anticuerpos séricos contra *Entamoeba histolytica* existe una gran variabilidad en las cifras publicadas y se ha referido que puede demostrarse su existencia hasta 3-5 años después de un episodio de enfermedad amibiana, existiendo además variaciones con respecto a la técnica utilizada para hacerlos evidentes, ya que aparentemente es mayor la sensibilidad de la técnica de hemaglutinación indirecta., con la que se describe que pueden hacerse evidentes anticuerpos contra este protozooario hasta por un tiempo mayor de 3 años. En una serie publicada por Muñoz y colaboradores utilizando C.I.E. se pudo observar la positividad de estos anticuerpos de 4-18 meses después de la enfermedad amibiana. 13

La búsqueda de amiba en fresco en una muestra es positiva en el 30-50% y 60-70% en tres muestras que deben tomarse en el mismo día.

La seroamiba positiva indica infección presente o pasada, la hemaglutinación indirecta se encuentra positiva en un 98% con títulos mayores de 1.128. la biometría hemática completa se encuentra con leucocitosis, neutrofilia y anemia.

14

Se han realizado estudios retrospectivos en los que se ha juzgado si los pacientes con complicaciones podrían ser identificados tempranamente para disminuir la morbi-mortalidad; esto mediante datos clínicos y de laboratorio principalmente pruebas de funcionamiento hepático mientras que clínicamente han relacionado la ictericia.

La Hb, Hto, Tiempo de protombina, albumina, DHL, BUN, anticuerpos contra Entamoeba histolytica fueron más alterados en pacientes que presentaron complicaciones; clínicamente la ictericia y otros datos como grandes o múltiples abscesos, abdomen agudo, falla hepática y sepsis fueron más frecuentes en pacientes con complicaciones. 15

Algunas publicaciones refieren la Rx de torax y abdomen que puede haber elevación de hernia diafragma derecho derrame pleural derecho e imagen en "sbrero de charro" en caso de absceso hepático. 16

También podemos acudir como diagnóstico a los estudios de gabinete en donde la gamagrafía hepática muestra absceso mayores de 2 cm de diámetro y se reporta la utilidad específica por cada estudio como lo son el ultrasonograma, la tomografía hepática con opacificación corporal total que han mostrado su utilidad específica tanto en el diagnóstico como en el seguimiento de los casos. 17

DIANGOSTICO

- BHC, se reporta con leucocitosis neutrofilia y anemia.
- PFH, anormales con la mayoría de los pacientes, principalmente F. alcalina, a veces la bilirrubina directa se incrementa pero no mayor de 5 y algunas ocasiones desiente albumina. tromboplastina.
- VSG, aumentada en la mayoría de los casos.
- Pruebas serológicas 95% efectividad o más.
- Rx de tórax con elevación de hemidiafragma derecho, opacidad basal derecha, derrame pleural.
- Rx de abdomen hepatomegalia., rechazo de vísceras, íleo paralítico principalmente.
- USG hepático indica número, localización, diagnóstico, distancia con cápsula, guía para punción no invasivo, se puede repetir tiene 2% falsos negativos.
- Abscesografía se administra material contraste al absceso para ver ruptura a algún lugar.
- Gamagrafía hepática 2% falsos negativos, mismas características de ultrasonido.
- TAC con opacificación corporal total muy efectiva 95%
- Movilidad diafragmática Hipomovilidad diafragma derecho. 18

DIAGNOSTICO SEROLOGICO

Hemaglutinación indirecta
Fijación de complemento
Inmunofluorescencia
Inmunoelectroforésis (ELISA)
Aglutinación con látex
Electroforésis contracorriente
Inmunodifusión

Díaz BA, Profilaxis integral de la amibiasis. Amibiasis III Reunión de Expertos 1996.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

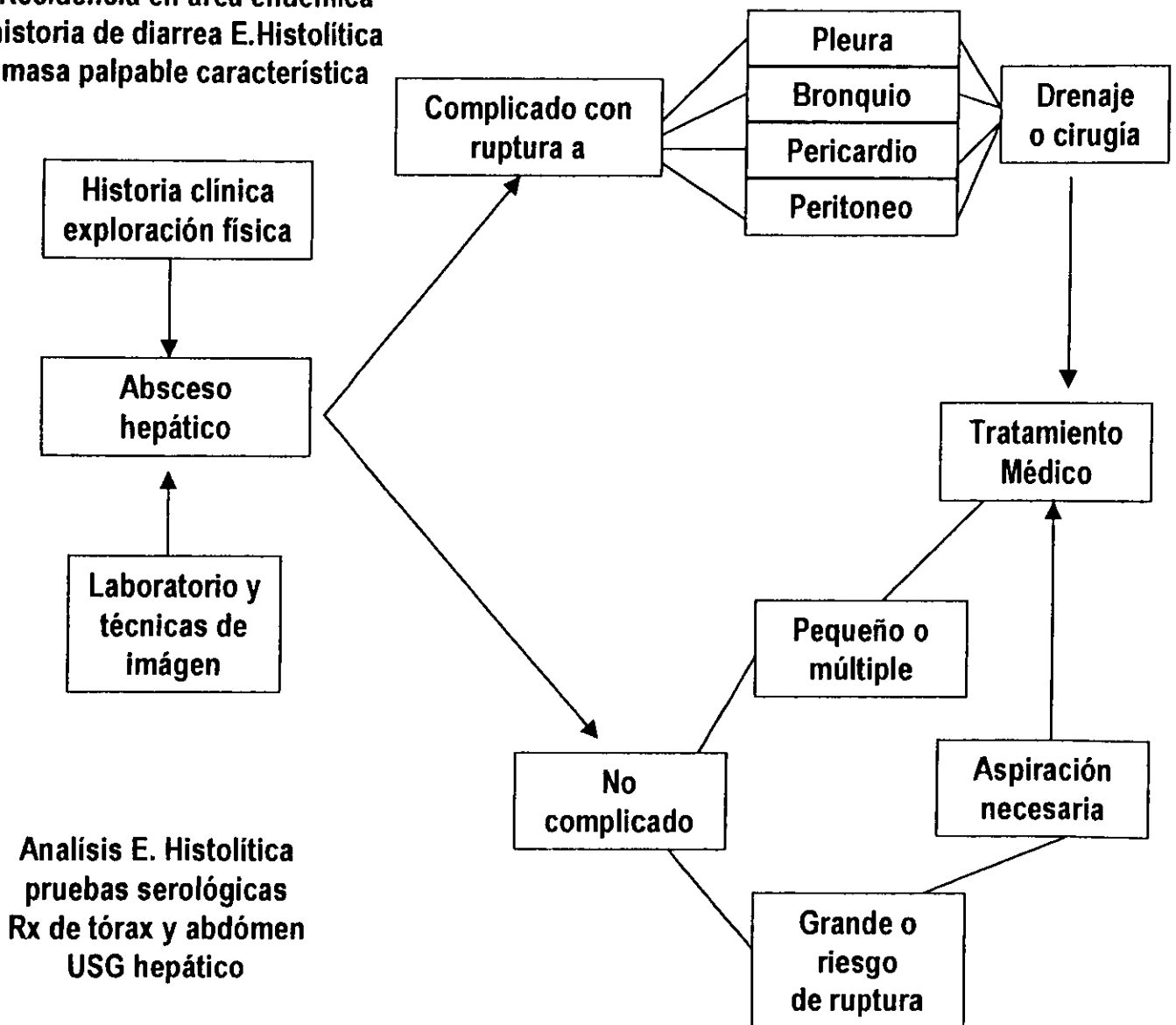
- Absceso hepático piógeno
- Fasciola hepática
- Quiste hidatídico
- Leishmaniasis visceral
- Neoplasias hepáticas

El cuadro clínico completo, antecedentes, enfermedad de fondo, gabinete, serología de estas entidades difieren de la amibiasis hepática.

Gamboa JD, Adell GA. Absceso H-A. Urgencias en Pediatría. Hospital Infantil de México. Federico Gómez. 1996.

Algoritmo del manejo

Residencia en área endémica
historia de diarrea E.Histolítica
masa palpable característica



Análisis E. Histolítica
pruebas serológicas
Rx de tórax y abdomen
USG hepático

*Porras R G, Hernandez H M, Porras H J,
Absceso Hepático Amibiano en niños, 1995 Puebla, México.*

El tratamiento del absceso hepático a evoluciones considerablemente, así antes de 1969 los enfermos afectados internados en diferentes hospitales tenían una mortalidad de 20% ó más y en 1988 se redujo a 1.01% disminución que podemos atribuir a la experiencia adquirida al evaluar los estudios terapéuticos que fueron diseñados y sujetos al método científico. las recaídas fueron muy raras con cualesquiera de los esquemas terapéuticos. Se registraron 0.3% del total de casos. 19

El tratamiento de las formas extraintestinales de amibiasis es preciso tanto médico como quirúrgico y de este último recurso punción laparatomía (19, 20,21,22,23,24) así como las posibilidades de curación que tiene cada una de ellas o en combinación de las mismas. (19,20,21)

TRATAMIENTO MEDICO

Medicamentos	Efectividad
Emetina	68
Dehidroemetina	70
Hidrocicloroquina	70
Metronidazol	89
Dehidroemetina + Cloroquina	83
Dehidroemetina + Metronidazol	96

(21)

Los fármacos que se usan en el tratamiento de la amibiasis se dividen en tres tipos, de acuerdo con el sitio donde ejercen su actividad terapéutica.

I.- Los que tiene su acción en la luz intestinal, son administrados por vía bucal y no se absorben por el intestino. Comprende este grupo a las oxiquinoleinas, algunos antibióticos, las amidas cloradas, la diloxamida, el teclosan y los arsenicales.

II.- Los que tiene acción en los tejidos como la pared intestinal y el hígado; emetina, dehidroemetina y cloroquina.

III.- Los de acción mixta como metronidazol y otros derivados del nitroimidazol.

La emetina y la dehidroemetina se usan a la misma dosis: 1mg por kg de peso corporal por día por 10 días. La inyección muscular es igualmente dolorosa con ambas, no se recomienda la vía endovenosa por el riesgo de producir miocarditis; la dehidroemetina es menos toxica que la emetina, la dosis máxima diaria es 60 mg.

El metronidazol y los otros derivados del nitroimidazol, el secnidazol, nimorazol, tinidazol, se usan a igual dosis y tiene efectividad semejante.

Algunos casos responden desde el tercer día del tratamiento, pero se necesitan cinco días para obtener 85% de curaciones y para llegar al 95% de ellas, se requieren diez días de tratamiento con cualesquiera de los derivados del nitroimidazol mencionados.

Como la amibiasis hepática implica el paso de las amibas a través del colon, es necesario agregar al tratamiento un fármaco de acción luminal, si se ha usado

emetina, dehidroemetina, cloroquina o si se han usado derivados del nitroimidazol por lo menos 10 días. 19

El tratamiento específico es de acuerdo a la etiología desencadenante por lo cual en ocasiones tendremos incluso que acudir al drenaje con catéter percutáneo entre otras de las indicaciones de este procedimiento quirúrgico o la punción evacuadora. 23,24

INDICACIONES ESPECIFICAS PARA PUNCIONARLO

- Necesaria en 25-35% de los casos
- Ruptura inminente a piel, esto es cuando la piel se haya hiperemica y al palpar el absceso fluctua.
- Ruptura a cavidad pleural, esta será indicación de punción pleural y colocación de sonda pleural, conectada a sello de agua.
- Todo paciente que persista febril despues de 3 a 5 días de tratamiento médico, se punciona siempre y cuando el sitio sea accesible.
- Paciente con AHA que súbitamente presente choque séptico
- Absceso grande en lóbulo izquierdo que produce irritación del pericardio
- Que origine insuficiencia respiratoria.
- Serología negativa inicial o como diferenciación piógena.
- Absceso mayor 6 cm. 22

INDICACIONES PARA DRENARLO QUIRURGICAMENTE

- Abierto a cavidad abdominal
- Con indicación para puncionarlo pero inaccesible.
 - Localizado en áreas peligrosas; pegado a pericardio o grandes vasos, ya que de romperse espontáneamente la mortalidad sería altísima.

Nota: Al drenar quirúrgicamente un absceso hepático amibiano se recomienda abordaje extraperitoneal para no cotaminar más de lo indispensable la cavidad abdominal.

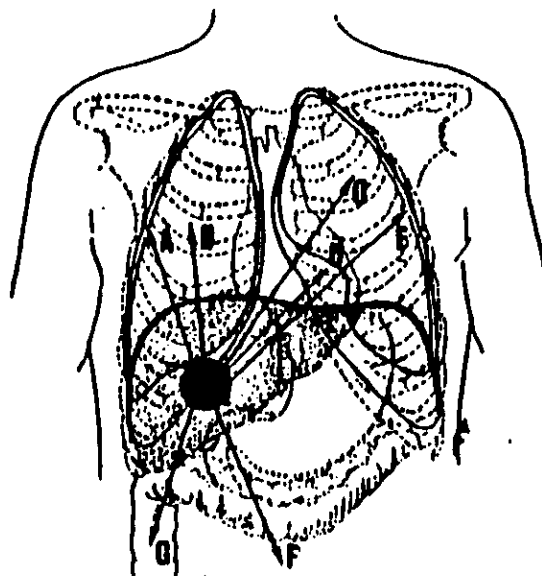
Si a pesar de todos se contamina la cavidad abdominal habra que lavar con por lo menos 2 litros de solución fisiológica.

Dejar suficientemente drenada la cavidad peritoneal con pen rose y en el absceso con una sonda de Nelaton dentro de un pen rose (saratoga). 22

COMPLICACIONES

La complicación más frecuente del AHA es la perforación.

Complicación raras son las propagación hacia pericardio y cavidad plerual izquierda.



MATERIAL Y METODOS

Se revisaron 89 expedientes del archivo clínico de la bitácora anestésica quirúrgica y de patología con el diagnóstico de absceso hepático vistos por el Departamento de Pediatría del Hospital Infantil del Estado de Sonora, durante el período de Noviembre de 1978 a Octubre de 1997.

Con la finalidad de encontrar variables recolectados en una hoja de datos que incluyó desde sintomatología previa a su ingreso, exploración física general, abdominal específica, antecedentes familiares, personales patológicas, enfermedad de fondo, hallazgos de laboratorio y gabinete, etiología bacteriana, amibiana y otros además de métodos terapéuticos indicaciones quirúrgicas, seguimiento evolutivo morbilidad y mortalidad, variables que una vez obtenidas se agruparon en gráficas y se obtuvieron a su vez porcentajes con la finalidad de estudiar el seguimiento adecuado.

Se realizó así un estudio retrospectivo, transversal, observacional, abierto y descriptivo.

OBJETIVOS GENERALES

Los objetivos generales son:

Analizar el comportamiento médico quirúrgico y los hallazgos histopatológicos en relación con su epidemiología en pacientes pediátricos del Hospital Infantil del Estado de Sonora.

Objetivos Particulares fueron:

- 1.- Conocer la incidencia y su epidemiología del absceso hepático.
- 2.- Analizar variaciones o cambios en el proceso quirúrgico en toda su historia desde su formación (Noviembre 1977) hasta la fecha actual (Noviembre de 1997).
- 3.- Comparar si existen diferencias entre los diferentes grupos de edad, año y mes de presentación.
- 4.- conocer la evolución que ha tenido cada caso desde su identificación hasta su tratamiento.
- 5.- Al recopilar información del diagnóstico y tratamiento médico quirúrgico, su análisis servirá para abordar medidas estratégicas para mejor manejo del paciente pediátrico dependiendo de los resultados.

LOS CRITERIOS DE INCLUSION FUERON LOS SIGUIENTES

Todos aquellos hospitalizados y egresados con absceso hepático demostrado por clínica, radiológica y quirúrgicamente desde la edad de recién nacidos hasta los 18 años en el Hospital Infantil del Estado de Sonora, en las fechas comprendidas de Noviembre de 1977 a Octubre de 1997.

LOS CRITERIOS DE EXCLUSION FUERON LOS SIGUIENTES:

Todos aquellos pacientes que sean mayores de 18 años de edad o que no se haya confirmado el diagnóstico. los transferidos a otra institución por ser derechohabientes o defunciones en que no se autorizó la autopsia y no se concluyó el diagnóstico aunque hubiera sintomatología orientadora.

RESULTADOS

En nuestro estudio excluimos 7 pacientes los cuales no cumplieron con los criterios establecidos quedando un grupo total formado por 89 pacientes pediátricos teniendo como lugar de origen el porcentaje de los mismos 52.80% la ciudad de Hermosillo, Sonora y el resto de los municipios aledaños a esta ciudad.

Cuadro I.

Cuadro 1

LUGAR DE ORIGEN DE 89 PACIENTES PEDIATRICOS CON TRATAMIENTO MEDICO Y MEDICO QUIRURGICO

Hermosillo	47	Agua Preita	2
Miguel Alemán	7	Magdalena	2
Guaymas	6	Villa Hidalgo	2
Caborca	4	Nogales	1
Empalme	3	Puerto Peñasco	1
Baviácora	3	Mazatán	1
Navojoa	2	Nácori Chico	1
Carbó	2	Cananea	1
Ures	2	Sahuaripa	1
		San Miguel de Horcasitas	1

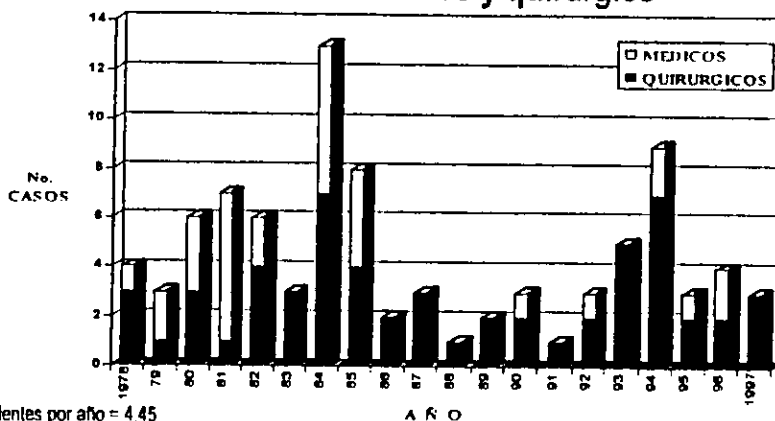
Fuente: Archivo Clínico, HIES.

Las enfermedades acompañantes como anemia se reportó en 89.88%, neumonía basal derecha en 49.43% y DN en 23.59% predominó en los quirúrgicos.

La distribución total en los 20 años se observó irregularidad con un solo caso en 1989 y 1991, con un pico máximo en 1984 y 1994, con 13 y 9 casos respectivamente con un promedio de 4.45 casos año, como es de observarse.

Gráfica 2. Así mismo el procedimiento quirúrgico fue realizado en 58 pacientes 65.16% (la mayor parte de los mismos teniendo un promedio equivalente a 2.9 casos año, el que a su vez no tuvo variante significativa en los 20 años. Gráfica 1

**ABSCESO HEPATICO AMIBIANO
EVALUACION PRE Y POST QUIRURGICO**
Distribución por año, durante 20 años en 89 pacientes
con tratamiento médico y quirúrgico

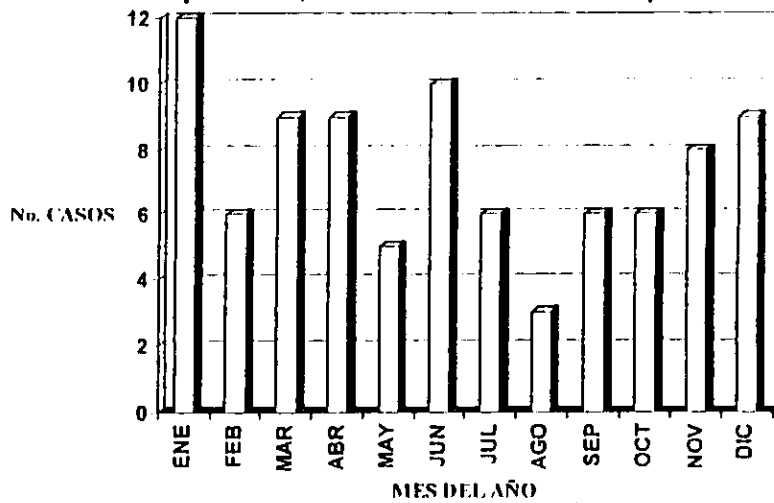


Pacientes por año = 4.45
Quirurgicos Año = 2.9

Fuente: Archivo Clínico y Bioestadística H.I.E.S.

La distribución mensual en nuestro hospital fue con el mínimo de casos en Agosto (3 casos) y el máximo en Diciembre y Enero (9 y 12 casos respectivamente) con un pico aislado en Marzo, Abril y nuevamente en Junio. Gráfica 2

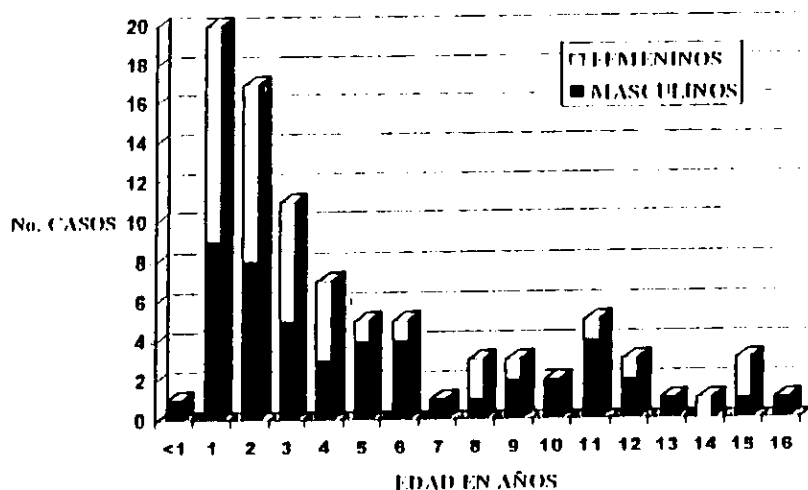
Distribución por mes, durante 20 años en 89 pacientes



Fuente: Archivo Clínico y Bioestadística H.I.E.S.

En cuanto al sexo observamos 46 masculino vs. 43 femenino con una relación de 1.06 a 1 como lo podemos observar en la Gráfica 4. La edad menor fue 9 meses, un caso y la mayor de 16 años un caso también, con una mediana de 4 años mostrando mayor prevalencia durante el primero y segundo año de vida correspondiendo a 22.47% y a 19.10% respectivamente. No predomino el procedimiento quirúrgico en relación con la edad. Gráfica III

Distribución por edad y sexo en 89 pacientes



Fuente: Archivo Clínico y Bioestadística II F S

El estado nutricional estuvo manifiesto en forma óptima en 68 casos (76%) afectando así a 21 (24%) de estos casos con desnutrición 80.95% ameritó tratamiento médico quirúrgico, no siendo por si sola la desnutrición criterio quirúrgico. Cuadro 2

Cuadro 2

**ESTADO NUTRICIONAL EN 89 PACIENTES PEDIATRICOS,
EXPRESADO EN PORCENTAJE**

ESTADO NUTRICIONAL		QUIRURGICOS	MEDICOS	TOTAL
Eutrofos		70.68	87.09	76%
Desnutridos	I	18.96	3.22	13.4%
	II	6.89	3.22	5.6%
	III	2.24	6.45	4.4%
		100.00	100.00	100.0

Fuente: Archivo clínico, HIES.

Las enfermedades asociadas fueron principalmente anemia, neumonia basal derecha, y desnutrición con un 89, 49% y 23% repectivamente, prevaleciendo las tres citadas en el grupo quirúrgico. Otras entidades asociadas fueron la moniliasis oral con 7 y 2 casos, pediculosis capitis con 4 y 1 caso, insuficiencia cardiaca con

3 y 2 casos y septicemia con 2 y 1 caso respectivamente quirúrgicos vs no quirúrgicos. Cuadro 3.

Cuadro 3
ENFERMEDADES ASOCIADAS EN 89 PACIENTES PEDIÁTRICOS,
EXPRESADO EN PORCIENTO

ENFERMEDAD	QUIRURGICOS (58 casos)	MEDICOS (31 casos)	TOTAL (89 casos)
Anemia	91.37	87.09	89.88%
Neumonía basal derecha	56.89	35.48	49.43
Desnutrición	29.31	12.90	23.59

Otras entidades asociadas: **a)** Moniliasis oral, **b)** pediculosis capitis, **c)** insuficiencia cardíaca congestiva venosa, **d)** septicemia, **e)** crisis convulsivas, **f)** hepatitis crónica activa, **g)** neuroinfección, **h)** Tiña en el cuerpo..

Fuente: Archivo Clínico HIES.

De igual manera se analizaron las manifestaciones en las que fiebre dolor y hepatomegalia aparecieron aproximadamente el 98% de los casos seguidas de hipoventilación basal derecha con 70% de los casos .

separando los casos quirúrgicos vs no quirúrgicos observamos como predominaron en los quirúrgicos manifestaciones tales como red venosa colateral, tumuración hepática e ictericia, no así el resto de las manifestación

Cuadro 4.

Cuadro 4

**HALLAZGOS CLINICOS EN 89 PACIENTES PEDIATRICOS
EXPRESADO EN PORCIENTOS**

HALLAZGOS	QUIRURGICOS (58 Casos)	MEDICOS (31 Casos)	TOTAL
Fiebre	98.27	100.00	98.87%
Dolor	98.27	100.00	98.87%
Hepatomegalia	98.27	100.00	94.38%
Distensión abdominal	67.24	87.00	61.74%
Diarrea	67.24	77.41	70.78%
Astenia, adinamia, hiporexia	63.79	51.61	59.55%
Moco en heces	55.17	61.29	57.30%
Sangre en heces	22.41	38.70	41.57%
Red venosa colatral	12.50	38.70	8.98%
Tumoración hepática	10.70	9.60	10.40%
Ictericia	1.72	0.00	1.12%

Fuente: Archivo Clínico, HIES.

Las alteraciones manifiestas por laboratorio principalmente la BCH como estudio preliminar de todo proceso infeccioso se encontró anemia, leucocitosis y neutrofilia con 89, 85 y 83% siendo mas frecuentemente encontradas en el grupo quirúrgico. Cuadro 5

Cuadro 5

**HALLAZGOS HEMATOLOGICOS EN 89 PACIENTES PEDIATRICOS
EXPRESADO EN PORCENTAJES**

BIOMETRIA HEMATICA	QUIRURGICOS (58 Casos)	MEDICOS (31 Casos)	TOTAL (89 Casos)
Anemia	91.37	87.09	89.88%
Leucocitosis	86.20	83.87	85.39%
Neutrofilia	84.48	80.64	83.14%

Fuente Archivo Clínico HIES.

De igual forma las pruebas de funcionamiento hepático se reportaron alteradas con mayor frecuencia en el grupo quirúrgico el total de las misma; siendo de esta la fosfatasa alcalina, transaminasa glutámico pirúbico y glutámico oxalacético así como albumina la mas afectada ; la Bilirrumina se incremento en 5 pacientes de las cuales solo 1 se manifesto clínicamente como ictericia como se mencionó anteriormente no sobrepasado de 3 gr. Cabe hacer mención que ninguna de las pruebas se relizaron en el 100% de los casos por dificultades técnicas de laboratorio principalmente por falta de reactivos químicos. Cuadro 6

Cuadro 6

PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPATICO EXPESADO EN PORCIENTO

EXAMEN DE LABORATORIO	QUIRURGICOS (58 Casos)	MEDICOS (31 Casos)	TOTAL (89Casos)
Hipoalbuminemia	86.11%	62.50%	78.84%
TGO Aumentada	76.92%	53.84%	79.41%
Fosfatasa alcalina aumentada	63.80%	58.82%	62.26%
TGP aumentada	60.78%	18.75%	40.40%
Hipoproteinemia	43.18%	23.52%	37.70%
Bilirrubinas aumentadas	10.86%	3.84%	8.33%
Hipoprotrombinemia	5.55%	0.00%	4.22%

Fuente Archivo Clínico HIES.

En la búsqueda directa e indirecta en Entamoeba Histolityca como lo es búsqueda de trofozoito en heces se encontro en 9.52% del total de los casos, en material de punsi3n en el 11.4% mientras que en la búsqueda indirecta de E. Histolityca como anticuerpos antiameba en 86% del total delos casos prevaleciendo esta última en los casos quirúrgicos. Cuadro 7

Cuadro 7

**METODOS DIAGNOSTICOS EN 89 PACIENTES PEDIATRICOS
EXPRESADOS EN PORCIENTO**

BUSQUEDA DIRETA Y INDIRECTA DE LA ENTAMOEBA HISTOLYTICA	QUIRUGICOS (58Casos)	MEDICOS (31 Casos)	TOTAL (89 Casos)
Trofozoitos en heces	9.7%	9.0%	9.52%
Trofozoito en material de punción	11.4%	0.00%	11.4%
Anticuerpos antiameba	92.85%	81.25%	86.66%

Fuente Archivo Clínico HIES.

El tratamiento de nuestros pacientes se tomó en dos grupos aquellos con tratamientos medico quirúrgico 58 pacientes 65.16% y aquellos tratamiento médico 31 casos 34.83%. Cuadro 8

Cuadro 8

**EVALUACION PRE Y POST QUIRURGICO
TRATAMIENTO EN 89 PACIENTES PEDIATRICOS**

Tratamiento	Casos	Porcentaje
Quirugicos	58	65.16
Médicos	31	34.83
Total	89	100.0

Fuente: Archivo clínico, HIES.

En los dos grupos se establecieron medicamentos de acción mixta (tisular e intraluminal) como metronidazol en el 100% de los casos, siendo seguido por orden de frecuencia por medicamentos de acción tisular como dehidroemetina en 97.75% y cloroquina en 46.06%; siendo esta última agregada al manejo al finalizar dehidrometina. Cuadro 9

Cuadro 9

**TRATAMIENTO MEDICO EN 89 PACIENTES
PEDIATRICOS EXPRESADOS EN PORCIENTO**

Medicamentos	Quirurgicos (58 Casos)	Médicos (31 Casos)	Total (89 Caso)
Metrinidazol	100.00	100.00	100.00%
Dehidroemetina	96.55	100.00	97.75%
Cloroquina*	46.55	45.16	46.06%
Antimicrobianos	89.55	45.16	74.65%

* Medicamentos agregados al finalizar dehidroemetina.

Fuente: Archivo clínico, HIES.

Las combinaciones fueron más frecuentes entre metronidazol y dehidroemetina con 50.56% (45 de los 89 pacientes) siendo en el grupo con tratamiento médico quirúrgico menos empleado que en el grupo con tratamiento de médico, la combinación seguida en orden de frecuencia fue metronidazol, dehidroemetina y cloroquina con 41.57% (37 de los 89 pacientes) aviéndose agregado cloroquina al finalizar dehidroemetina o en su defecto aún no terminando esquema con dehidroemetina debido a la dificultad que presenta para conseguirse en esta Ciudad. La diyodohidroxiquinoleina medicamento con acción exclusiva a nivel de

la luz intestinal fue asociada con menor porcentaje al tratamiento tisular (5 casos de 89 totales) la causa de su uso no fueron coproparasitoscópicos positivos durante la estancia. El único medicamento que llegó a usarse por sí solo fue el metronidazol en un solo caso. Cuadro 10

Cuadro 10

**TRATAMIENTO MEDICO EN 89 PACIENTES PEDIATRICOS
EXPRESADO EN PORCIENTO**

Medicamentos	Quirurgicos (58 Casos)	Médicos (31 Casos)	Total (89)
Metronidazol, Dehidroemetina	48.27	54.38	50.56%
Metronidazol, Dehidroemetina, Cloroquina	43.10	38.70	41.57%
Metronidazol, Dehidroemetina, Diyodohidroxiquinoleina	3.44	3.22	23.37%
Metronidazol, Dehidroemetina, Cloroquina, Diyodihidroxiquinoleina	1.72	3.22	2.24%
Metronidazol, Cloroquina.	1.72	0.00	1.12%
Metronidazol	1.72	0.00	1.12%
Total	100.00	100.00	100.0%

Fuente: Archivo clínico. HIES.

La asociación de antimicrobianos fue en 74.15% de los casos siendo más frecuente el uso de ampicilina aminoglicocidos seguido por frecuencia penicilina G sódica cristalina en 22 pacientes 24.71% todos administrados de acuerdo al tipo de infección agregada: sepsis, neumonía basal derecha, etc. y no solo por la sospecha clínica de absceso piógeno. Cuadro 11

Cuadro 11

**TRATAMIENTO MEDICO EN 89 PACIENTES
PEDIATRICOS EXPRESADO EN PORCENTAJE**

Medicamento Antimicrobiano	Quirurgico (58 Casos)	Médicos (31 Casos)
Aminoglicósidos	72.41	19.35
Ampicilina	44.82	35.48
Penicilina G	27.58	35.48
Oxacilina	17.24	3.22
Cefalosporina	12.06	3.22
Dicloxacilina	10.34	0.00
Cloramfenicol	3.44	0.00
Clindamicina	1.72	0.00
Carbencilina	1.72	3.22

Fuente: Archivo clínico, HIES.

El criterio quirúrgico predominante fue volumen mayor de 6 cm en 39 casos (67%) seguido en orden de frecuencia por ruptura a torax 6 casos complicados, mala respuesta al tratamiento médico 4 casos, localización en lóbulo izquierdo 3, otros 3 casos en los que no se especifica en el expediente, 2 con derrame pleural en los que se realizó punción torácica y punción hepática y un caso con ruptura inminente, cabe mencionar que en algunos casos con localización en lóbulo izquierdo se incluyeron en el grupo criterio volumen mayor de 6 cm ya que contaban con ambos o más criterios quirúrgicos mientras que hubo pacientes que no se sometieron a procedimiento quirúrgico por el hecho de contar con un solo criterio y clínicamente haber mostrado mejoría significativa. Cuadro 12

Cuadro 12

CRITERIO QUIRURGICO EN 58 PACIENTES PEDIATRICOS

Criterios	Casos
Mayor de 6 centímetros	39
Ruptura a tórax	6
Mala respuesta a tratamiento médico	4
Localización en lóbulo izquierdo	3
No especificado	3
Derrame pleural	2
Ruptura inminente	1

Fuente: Archivo clínico, HIES.

El procedimiento quirúrgico predominante en los 58 casos fue la punción hepática en 53 casos, siendo establecida como procedimiento único en 44 casos 75.86%, 9 casos ameritaron sello de agua 5 además de punción torácica y 4 además de punción hepática de los cuales 6 fue por la presencia de ruptura a torax derecho y 3 por la presencia de derrame pleural, Así como hubo 3 casos en los que se realizó punción torácica por la presencia de derrame pleural ameritando a su vez punción hepática.

En 2 casos se realizó punción hepática y laparatomía uno por haberse roto a cavidad abdominal (específicamente a colon transversal ángulo esplénico y hepático y otro por realizarse biopsia hepática como diagnóstico diferencial con hepatocarcinoma. Cuadro 13

Cuadro 13

**PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EN 58
PACIENTES PEDIATRICOS**

Procedimiento quirúrgico	Casos
Punción hepática	44
Punción torácica y sello de agua	5
Punción hepática y sello de agua	4
Punción hepática y punción pleural	2
Punción hepática y laparatomía	1
Punción hepática, laparatomía y biopsia	1
Total	58

Fuente: Archivo clínico, HIES.

En cuanto al número de punciones hepáticas por caso fue de 1.46 promedio por caso, siendo de una punción en 38 casos (64.51%) hubo 1 caso en el que se realizó hasta 4 punciones y en 2 casos hasta 5, cabe mencionar que nuestro hospital en años anteriores no contaba con USG para guiar el procedimiento punción hepática y además algunos pacientes contaban con dos o más abscesos de gran tamaño. Cuadro 14

Cuadro 14

**NUMERO DE PUNCIONES HEPATICAS POR CASO
EN 58 PACIENTES PEDIATRICOS**

No. Punciones	Casos	Total Punciones
1	38	38
2	9	18
3	2	06
4	1	04
5	2	10
Total	52	76

Promedio de punciones por caso = 1.46

5 Pacientes, se les realizó exclusivamente sello de agua 8.62%

1 Paciente, se le realizó exclusivamente punciónm torácica 1.72%

Fuente: Archivo clínico, HIES.

Las características del absceso en cuanto a número fueron: un solo absceso en 70 casos (78%), dos abscesos en el 11.23% y 3 o más abscesos en el 5.61%, no se encontró el dato número de abscesos en 4.49%. En los quirúrgicos predominaron los casos con dos abscesos y en los no quirúrgicos los casos con un absceso. Cuadro 15

Cuadro 15

**NUMERO DE ABSCESES EN 89 PACIENTES PEDIÁTRICOS
EXPRESADO EN PORCENTAJE**

Número de Absceso	Quirúrgicos (58 Casos)	Médicos (31 Casos)	Total (89 Casos)
1	74.13	87.09	78.65%
2	15.51	3.22	11.23
3 o más	3.44	9.67	5.61%
No reportado*	6.89	0.00	4.49

* En dos casos, no se realizó gabinete especializado y en otros dos, no se encontró el dato (número de abscesos)

Fuente: Archivo clínico, HIES.

El lóbulo hepático mayormente afectado fue el derecho en 73%, en el izquierdo 12.3% y el restante 15% en ambos lóbulos, central o no reportado. Cuadro 16

Cuadro 16

LOBULO HEPÁTICO AFECTADO EN 89 PACIENTES PEDIÁTRICOS

LOCALIZACIÓN	QUIRÚRGICOS (56 Casos)	MÉDICOS (31 Casos)	TOTAL (89 Casos)
Lobulo derecho	67.24	83.87	73.03%
Lobulo izquierdo	13.79	9.67	12.35%
Ambos lóbulos	6.89	0.00	4.49%
+No reportados	6.89	6.45	6.74%
Central	5.17	0.00	3.37%
Total	100%	100%	100%

+No definieron localización

Fuente: Archivo clínico, HIES.

En cuanto a tamaño se reporto que los menores de 6 cm predominaron en el grupo con tratamiento médico como debiera de ser y viceversa los absceso con volumen superior a 6 cm predominaron en el grupo quirúrgico existieron 20 casos con absceso mayor de 6 cm en el grupo con tratamiento médico. Cuadro 17

Cuadro 17

**TAMAÑO DEL ABSCESO EN 89 PACIENTES PEDIATRICOS
EXPRESADO EN PORCENTAJE**

Tamaño	Quirúrgicos (58 Casos)	Médicos (31 Casos)
1 - 5 cm.	8.62	35.48
6 - 10 cm-	46.55	19.35
11- 15 cm.	20.68	9.67
No reportado	24.13	35.48
Total	100.00	100.00

Fuente: Archivo clínico, HIES.

Las complicaciones fueron 8 casos 8.98% del total estudiado siendo 7 los rotos a torax derecho (6 a pleura y uno a bronquio) y 1 a abdomen (colon transversos).

Cuadro 18

Cuadro 18

DIRECCION DE ROTURA

SITIO	CASOS	PORCENTAJE
Pleura derecha	6	6.74
Pulmon derecho (bronquio)*	1	1.12
Colon transverso	1	1.12
Total	8	8.98
*Defunción		

Fuente Clínico. HIES.

El caso roto a bronquio fue el único defunción. GRAFICA 22 abiendo a si obtenido una mortalidad de 1.12%, este caso fue quirúrgico. Cuadro 19

MORTALIDAD EN 89 PACIENTES PEDIATRICOS

	Casos	Porcentaje
Tratamiento quirúrgico	1*	1.12
Tratamiento médico	0	0.00

* Paciente con ruptura a pulmón (bronquio derecho=.

Fuente: Archivo clínico, HIES.

En cuanto a la estancia intrahospitalaria fue de 25.46 días para los quirúrgicos y de 23.80 días para los de tratamiento médico con 7 días de estancia como mínimo en ambos casos mientras que en el mayor de ellos fue de 102 días para el grupo de pacientes con tratamiento médico debido a la presencia de septicemia, insuficiencia cardiaca, desnutrición, etc el volúmen de los 3 abscesos que presentó este caso eran de escasos centímetros y en lóbulo derecho. Cuadro 20

Cuadro 20

ESTANCIA HOSPITALARIA DESDE INGESO - EGRESO

Tratamiento	Días EIH Promedio	Rango		Mediana
		Mínimo	Máximo	
Quirúrgicos (58 casos)	25.46	7	65	23.5
Médicos (30 casos)	23.80	7	102	20.0

* 1 caso fúe transferido al segundo día de su ingreso.

Fuente: Archiv clínico, HIES.

DICUSION

El absceso hepático amibiano en niños en México fue a partir de 1841, con el Dr. Miguel Jiménez quién describió un caso en un niño el cual se haya abierto a bronquio.¹ A partir de esta fecha surgen múltiples estudios en niños con variables que hasta entonces se tenían conocidas en adultos registrándose incremento en la incidencia de casos diagnosticados.²

La variación en los años de presentación fue común un pico o alza en nuestro estudio cada 10 años siendo poco valorable por ser 20 años de duración lo cual no encontramos reportado en otros artículos siendo así la alza en 1984 y 1994 Gráfica I y en cuanto a la presentación por mes próximo a lo reportado en la literatura con prevalencia en el trimestre Noviembre a Enero y con una más en mayo con mínimo de casos en Agosto. 2 Gráfica II, siendo así poca la diferencia en el comportamiento en este hospital. 3 - 5

Sin duda el estado nutricional repercute de manera importante en la aparición del absceso junto con factores como MSEB, mal tratamiento del agua potable, condiciones higiénico dietéticas deficientes que generalmente van asociadas.⁵

La edad de presentación predominó también en los niños de 1 a 2 años con la menor de edad 9 meses, pudiéndose confirmar la frecuencia por igual en ambos sexos con una relación 1:1 a 1 hallazgos similares a otros autores. Gráfica III

Son muchos los animales que se han usado como modelos experimentales de amibiasis hepática estudios, gracias a los cuales podemos comprender mejor la fisiopatología de la enfermedad que nos flagela, sin embargo no existe un modelo específico que cumpla todos los requisitos siendo aún muchas las interrogantes. 7

Con lo que respecta a la definición en nuestro estudio; igualmente el 78% de los abscesos fue único y en el 73% fue en lóbulo derecho Vs 77% de la literatura. 8

En nuestro reporte no se determinó una bacteria específica predominante en los casos con cultivo de material purulento ya que fueron pocos los resultados recabados y además no se encontró enfermedad de fondo como anemia de células falciformes, diabéticos, enfermedad granulomatosa. 9

El cuadro clínico observando correspondió al descrito por otros autores.10 Se observó predominio del syndrome fébril, dolor y hepatomegalia en aproximadamente 98% de los casos, seguidos de hipoventilación basal derecha existiendo datos relevantes en los pacientes que finalizaron en tratamiento médico quirúrgico como lo fue red venosa colateral, tumoración hepática e ictericia no así el resto de las manifestaciones. (Cuadro 4)

El diagnóstico de absceso hepático aparte de los antecedentes de cuadro clínico puede realizarse con bastante certeza mediante los estudios serológicos que determinan anticuerpos circulantes contra la amiba histolytica a títulos elevados, 12,13 en esta serie solo fue posible contar con el método seroameba el que fue positivo en el 86.66% de los casos sin especificar títulos.

Los datos de laboratorio coincidieron con lo publicado en otras revisiones así por ejemplo la BHC mostró anemia, leucocitosis y neutrofilia (en ese orden de frecuencia) con aproximadamente 85% de los casos, (Cuadro 5) Mientras que la amiba en fresco fue positiva en 9.5% contra lo reportado 30% en una sola muestra. 14 Las pruebas de funcionamiento hepático mostraron elevación de fosfatasa alcalina en el 62% pero el estudio que predominó fue la hipoalbuminemia con 78.84% y la hipoprotrombinemia (alargamiento de TP) fue tan solo en 4.22%. (Cuadro 6)

Comparando el grupo de pacientes con tratamiento médico y con tratamiento médico quirúrgico., con y sin complicaciones, caso con defunción y casos que sobrevivieron, hemos sido capaces de identificar algunos parámetros clínicos y de laboratorio que pueden alertar al clínico para identificar tempranamente pacientes con potencial de complicarse, así predominaron alteraciones clínicas en el grupo quirúrgico como ictericia, red venosa colateral, tumoración y laboratoriales la prueba de funcionamiento hepático, BHC, serológicas, etc. 15 (Cuadro 5-7)

Las imágenes radiológicas de tórax son de gran interés en las que observamos elevación de hemidiafragma derecho en la mayoría de los casos, derrame pleural derecho en 4 casos y ruptura a tórax en 7 casos imágenes sugestivas que se confirman con gabinete especializado. 16 Conociéndose de antemano las ventajas de cada estudio como lo es el USG hepático y otros, este primero con mayor frecuencia en nuestra institución por el hecho de ser barato, no invasivo, detectar lesiones mayores de 2 cm, definir diagnóstico, número de lesiones, localización,

distancia de la cápsula de Glibson, dar seguimiento al caso, sirve como guía para punción, tiene solo 2% de falsos negativos, define consistencia del absceso lo que es de suma importancia para valorar si puede o no puncionarse en cuanto a si se haya op no en proceso de licuefacción.

El abordaje quirúrgico más utilizado en los 58 pacientes fue la punción hepática en 53 casos procedimiento que actualmente es guiado mediante USG por lo que disminuye riesgos. El procedimiento es basado en hallazgos clínicos, radiológicos y de imagen especializada, este procedimiento tiene indudables ventajas, se evita la contaminación pleural o peritoneal, el área quirúrgica es mínima, el riesgo de diseminación del material purulento es menor, al igual que es menor la mortalidad postpunción.

Aunque el mayor número de los abscesos fueron únicos 78.65% (Cuadro 15) y localizados en lóbulo derecho 73% (Cuadro 16) debe insistirse en la localización en lóbulo izquierdo lo que en ocasiones solo o junto con otro criterio hace indicativo el procedimiento quirúrgico.

En nuestra experiencia de este hospital 48 casos (53.9%) fueron abscesos mayores de 6 cm, 16.7% menores de 6 cm y 28% no reportarlo cabe mencionar que 9 casos tenían criterio quirúrgico "Mayor de 6 cm" que se manejaron con tratamiento médico exclusivamente evoluciona no satisfactoriamente (Cuadro 17), por lo que se deduce que algún criterios quirúrgicos referidos no son absolutos, mientras que por otra parte los pacientes con absceso menor de 6 cm evolucionaron muy bien con tratamiento médico.

Se refiere en la literatura que las complicaciones ocurren frecuentemente y su detección temprana y predicción de las mismas no son algo fácil, en nuestro estudio fueron 8 casos 8.98% del total estudiados, 7 rotos a tórax derecho, y uno a abdomen baja respecto a otros estudios. (Cuadro 18)

La única defunción fue en un paciente quirúrgico previamente complicado con ruptura a bronquio derecho además de ICCV, sépsis, etc. (Cuadro 19) quién tuvo una evolución severa con una estancia hospitalaria de 7 días.

La mortalidad quirúrgica secundaria al procedimiento quirúrgico fue del 0%.

La estancia intrahospitalaria fue de 25.40 días para los quirúrgicos Vs 23.8 días para los pacientes con tratamiento médico con 7 días mínimo en ambos casos mientras que en el mayor de ellos fue de 102 días para el segundo grupo debido a septicemia, ICCV, DN, cabe mencionar que este paciente tuvo 3 abscesos en lóbulo derecho y de escasos centímetros. (Cuadro 20) La estancia intrahospitalaria fue prolongada para todos los casos, por lo que debemos agilizar el diagnóstico temprano, e inicio temprano del tratamiento médico y/o quirúrgico en su debido momento este último.

La abscesografía no se realizó en ningún caso, la gamagrafía hepática con las mismas características del USG no es indispensable al contar con este último y la TAC con opacificación corporal total es muy efectiva 95% pero muy alto su costo y no contamos con ella en nuestra institución por lo que solo fue para mínimo de casos. 18

El tratamiento a evolucionado considerablemente teniendo cada caso una forma variable e impredecible y los datos clínicos de laboratorio y gabinete son orientadores en alguna etapa (Vgr mayor de 6 cm.) mientras que en otras son determinantes (Vgr rot a tórax) siendo actualmente el manejo esencialmente médico. Ha disminuído la necesidad del drenaje o laparatomía (en nuestro estudio 2 pacientes 4.49%) y la aspiración percutanea es recomendada para un grupo determinado de pacientes que en nuestro estudio fueron escasos (2 laparatomias) los que disminuyó aún más las complicaciones.

En nuestro reporte de casos el tratamiento médico fue bien llevado a cabo así todos sin excepción en el grupo quirúrgico había recibido tratamiento médico específico previo a la intervención quirúrgico empleando combinaciones de metronidazol a la dosi de 20-40 mg/K/día, emetina y cloroquina a las dosis correspondientes. En casos específico no se usí la dehidroemetina de primera instancia con metronidazol por no contar con ella en nuestra ciudad, pues es conocido desde 1977 que de hecho se logra la curación con ambos medicamentos en un 96% de los casos. 19-21 (Cuadro 3) 9,10 pero por otra parte los criterios quirúrgicos son bien específicos y de no llevarse a cabo o no realizarse en su momento preciso incrementarían las complicaciones y así la morbomortalidad. 19-24 (Cuadro 4,5) En los casos que tenían diagnóstico agregado de sepsis o algún foco bacteriano se agregó tratamiento específico generalmente con doble esquema antimicrobiano o medicamento de amplio

espectro. (Cuadro 11), El porcentaje de pacientes con antimicrobianos agregado fue de 74%.

Esto dá una idea de la gravedad de este padecimiento de no actuar debidamente, cuyo tratamiento más efectivo debe ser la profilaxis mediante campañas sanitarias y mejoramiento de la salud pública.

Los criterios quirúrgicos fueron variados, predominando el tamaño del absceso en 39 casos, solo 6 con ruptura a tórax, 4 con mala respuesta al tratamiento médico. Algunos de los primeros 39 casos con volúmen mayor de 6 cm cumplían a su vez con otros criterios como localización en lóbulo izquierdo 2 casos presentaron derrame pelural y un caso ruptura inminente. (Cuadro 12) Cabe señalar que en todos los casos es preciso iniciar tratamiento médico inmediato en cuanto se sospeche el diagnóstico y continuar este después de la intervención quirúrgica hasta completarlo.

CONCLUSIONES

Se obtuvieron 89 casos con absceso hepático amibiano a lo largo de toda la historia de 20 años de nuestro hospital.

El absceso hepático predominó en las edades de 1 a 2 años, no hubo predominio de sexo.

Los meses de mayor afectación fueron Diciembre y Enero similar a la literatura.

El cuadro clínico cumple con lo establecido en la literatura publicada y así mismo la ictericia en el único caso presente fue índice de gravedad (paciente que ameritó tratamiento quirúrgico) mientras que la red venosa colateral fue índice de volumen del absceso y así mismo indicativo de proceso quirúrgico.

Las pruebas de funcionamiento hepático estuvieron mas alteradas en el grupo quirúrgico, así como la BHC en la que la anemia fue mas severa.

Se aisló trofozoito en material de punción en 11.40% contra menos del tercio así reportado en la literatura.

El tratamiento quirúrgico fue del 65% lo que se haya discretamente incrementado con lo reportado en otras casuísticas.

Los procedimientos quirúrgico estubieron fundados en los criterios quirúrgicos del tratamiento reportados por la literatura.

Los casos que se abrieron a otros sitios (tórax y abdomen) fueron 7.8%, mucho mas bajo a lo reportado en la literatura.

La mortalidad fue 1% que es la reportada dentro de los rangos; la mas baja.

En cuanto a la Estancia intrahospitalaria no hubo diferencia significativa entre los tratamientos médico quirúrgicos y médico 25.46 vs 23.8

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Kurta AD, Peña A. patología de la amibiasis. Bol Med Hosp Infant Mex. 1986; 43: 453-465.
- 2.- Cerrada BT. La amibiasis invasora como problema de salud publica. Bol Med Hosp Infant Mex. 1986; 46: 139-148.
- 3.-Tay L, Velasco G. Amibiasis, parasitología. Médica. Edit. MC 1985; (5):49-68.
- 4.- Alvarez CR, Amibiasis. Servicio de Parasitología, Criterios Pediátricos. Inst Nat Ped 1993; 9 (2): 7.
- 5.- Martínez PA. Amibiasis. Editorial Panamericana. 1986.
- 6.- Larracilla AJ, Terán RF, Michel DMV, Manzano SC. Amibiasis hepática a la edad de 23 días. Caso clínico. Gac Med Mex 1978; 114: 299-302.
- 7.- Tsutsumi V. Los modelos experimentales in vivo en la amibiasis. Trabajo de Ingreso. 1993: 450-453.
- 8.- Sepúlveda B: La amibiasis invasora por entamoeba histolytica. Gac Med Mex 1970; 100: 201.
- 9.- Gamboa MJ, Adell GA. Absceso hepático amibiano y piógeno. Urgencias en Pediatría en el Hospital Infantil de México. 4ta. Edición Interamericana Mc Graw Hill 1996; 46: 241-246.

- 10.- Godoy OLM. Absceso hepático amibiano. Manual de Infectología Hosp Infant Edo Son 1989: 80-85.
- 11.- Lama N. Absceso hepático en anemia de células falciformes una rara manifestación. Depto. Ped Guardia Nal. Arabia Saudita. 1993.
- 12.- Abreu LM, Guerrero LR, Tsutsumi V, Salas MS, Díaz BA, Botero D, González CE, Tanimoto WM, Salgado CR, Romero CR. Amibiasis. Era. Reunión de Expertos; Searle de Mexico: 1996.
- 13.- Muñoz HO, Gómez CL, Alanis CHF, Fierro HH, Martínez CS. Persistencia de anticuerpos séricos contra entamoeba histolytica. Bol Med Hosp Infant Mex 1978; 35: 659-664.
- 14.- Dohi FB, Godoy OLM: Parasitosis intestinal en el niño Parte I y II. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 1989; 6: 20-22. y 1990; 7: 12-17.
- 15.- Muñoz LE, Botello MA, Carillo O, Martínez AM. Detecciones tempranas de complicaciones en absceso hepático amibiano. Arch Rev Med 1992; 23: 252-253.
- 16.- Moreno MJA, Siqueiros LE. Amibiasis hepática. Manual Clínico de Infectología Pediátrica 1986: 41-42.
- 17.- Bustamante MGA. Absceso hepático amibiano en el niño. Utilidad de la tomografía hepática con opacificación corporal y otros métodos diagnosticados. Tesis UNAM Hosp Infant Edo Son 1989.
- 18.- Martínez PA. Absceso hepático amibiano. Amibiasis 1986: 140-144.

- 19.- Tanimoto WM. La evolución y tratamiento de la amibiasis. Rev Gac Mex 1995; 60: 19-20.
- 20.- Porras RG, Hernández HM, Porras HJ. Absceso hepático amibiano en niños. 1995 Puebla México.
- 21.- Landal. Tratamiento médico de la amibiasis. Resúmenes de diagnóstico y Terapéutico. Gac Med Mex 1977; 113: 313-314.
- 22.- González RG, Martínez GCR, Azuara FHM, Torres CLM. Absceso hepático amibiano. Principios de Cirugía Pediátrica. Editorial Trillas 1990: 100-102.
- 23.- Van Sonnenberg E, Muller PRT, Schiffman HR, Ferrucci JT, Casola G, Simenoe JF, Cabrera OA, Gosink BD. Intrahepatic amebic abscesses. Indication and results of drenaje cateter percutaneo. Radiology 1985; 156: 631-635.
- 24.- Van ARJ, Katz MD, Jhonson ME, Laine LA, Liu Y, Ralls P. Absceso hepático amibiano no complicado. Evolución prospectiva de la aspiración terapéutica percutánea. Radiology 1992; 183: 827-830.
- 25.- Sosa MMC. Pablos HJL, Santos AD. Guía para evaluar el protocolo de Investigación. Materiales y métodos, variables y su clasificación. Acta Ped Mex 1996; 17: 8-12.
- 26.- Schwartz SS. Abscfeso hepático amibiano. Patología Quirúrgica 1980.

SE
SALA