

73  
2ej

11227



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
SECRETARIA DE SALUD**

**“FACTORES DE RIESGO DE COMPLICACIONES DE  
ABSCESO HEPATICO AMIBIANO. UN ESTUDIO  
RETROSPECTIVO DE 1994 A 1997”**

SECRETARIA DE SALUD **T E S I S**  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
ORGANISMO DESCENTRALIZADO **QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA  
ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA**

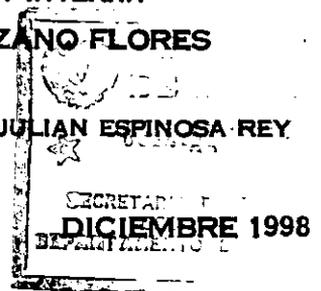


**P R E S E N T A:  
DR. MIGUEL ANGEL REYES MARTINEZ**

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
DE MEDICINA INTERNA  
DR. JORGE LOZANO FLORES**

**ASESOR DE TESIS: DR. JULIAN ESPINOSA REY**

**MEXICO, D. F.**



**HGM**

ORGANISMO DESCENTRALIZADO

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

780975



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.

FACTORES DE RIESGO DE COMPLICACIONES DE ABSCESO HEPATICO  
AMIBIANO. UN ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 1994 A 1997.

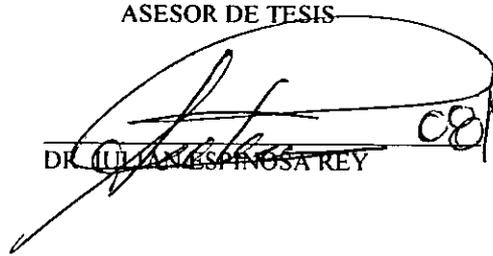
El contenido y presentación del siguiente trabajo son responsabilidad exclusiva del autor y asesor del mismo, por lo que su reproducción total o parcial necesita de la autorización escrita de ambos.

AUTOR

  
MIGUEL ANGEL REYES MARTINEZ

08/01/99

ASESOR DE TESIS

  
DR. ULISES ESPINOSA REY

08/01/99

RECIBIDA:

Fecha:

12/01/99

  
DR. JORGE LOZANO FLORES

Profesor Titular del Curso Universitario de  
Postgrado de Medicina Interna  
Hospital General de México

## AGREDECIMIENTOS

A mis padres y hermanos

A Patricia

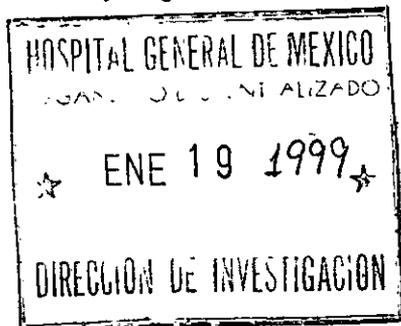
Por su comprensión y cariño que me han motivado a seguir siempre adelante.

A la Dra. América Arroyo

Por su amistad y la ayuda brindada en la asesoría y análisis estadístico de este trabajo.

Al Dr. César Rivera Benitez.

Por ser maestro y amigo durante mi formación como internista.



## INDICE.

1. INTRODUCCION.....	1
2. JUSTIFICACION.....	8
3. OBJETIVOS.....	9
4. MATERIAL Y METODOS.....	10
5. RESULTADOS.....	11
6. DISCUSION.....	13
7- CONCLUSIONES.....	15
8. ANEXOS.....	16
9.BIBLIOGRAFIA.....	17

## 1. INTRODUCCION.

La amibiasis intestinal es una parasitosis causada por el protozooario *Entamoeba histolytica*, que se manifiesta por lesiones inflamatorias y ulcerativas en el colon y el absceso hepático amibiano es la forma de amibiasis extraintestinal más frecuente aunque no la única, que ocurre cuando el parásito abandona el colon y viaja hasta el hígado a través de la vena porta. En este órgano forma un área bien circunscrita de necrosis, rodeada por un halo hemorrágico que progresa a una cavidad llena de detritos celulares, formando un líquido característico espeso, achocolatado e inodoro (1,2,3,4)

Es un serio problema de salud pública ya que el 10% de la población mundial se encuentra infectada con este parásito, un 30% en áreas subtropicales y hasta un 50% en áreas endémicas, en las que se incluye nuestro país. Estudios realizados en la ciudad de México reportan que un 5% de la población presenta alguna forma de amibiasis invasora cada dos años (3,4,5,6). Actualmente es la causante de una tercera parte de las muertes por parasitosis después de la esquistomiasis y el paludismo. En la República Mexicana hasta 1970 se reportaban 2400 muertes por amibiasis al año y de éstas el 33% fueron por absceso hepático, llegando a ser la cuarta causa de muerte en el Hospital General de México, después de neoplasias, tuberculosis y cirrosis alcoholonutricional (12, 13,15).

En la última década la mortalidad ha disminuido hasta un 4 a 7% en abscesos hepáticos amibianos no complicados, y un 14% cuando hay alguna complicación entre las que destacan choque séptico y ruptura a cavidades pleural, pericárdica y peritoneal (3,4,7,8,10).

Estudios epidemiológicos indican que los factores que influyen para el desarrollo de esta enfermedad son el nivel socioeconómico, la virulencia del parásito y las condiciones ambientales, donde predomina la falta de higiene (4,6). El área más afectada en México es la zona centro que incluye al Distrito Federal, Estado de México, Guanajuato, Hidalgo, Puebla, Tlaxcala, Querétaro y Morelos (7).

La amibiasis intestinal cursa asintomática en el 90% de los casos y sólo el 10% presenta una gama de cuadros clínicos que van desde la disenteria hasta el absceso hepático amibiano, con todas sus complicaciones. Infesta el colon de hombres y mujeres por igual, sin embargo, el desarrollo de otros síntomas abdominales incluyendo la formación del absceso hepático amibiano es más frecuente en hombres con una relación que antes de 1970 era de 10:1 y en la actualidad de 3:1 (1,2,3,4). La edad media de aparición es de 32 años y se encuentra relacionada con desnutrición y alcoholismo (100% y 84% respectivamente) (6,7). Aproximadamente una tercera parte de los pacientes con absceso hepático amibiano presentan enfermedades coexistentes que condicionan inmunodeficiencias entre las que destacan tuberculosis, cirrosis, diabetes mellitus, neoplasias y SIDA (7,8,12,12,14).

El cuadro clínico depende de la localización del absceso, pero generalmente se caracteriza por dolor abdominal en hipocondrio derecho con irradiación en hemicinturón, a hombro ipsilateral o epigastrio, acompañado de síntomas generales como son malestar general, anorexia, pérdida de peso, fiebre, náusea y vómito; dificultad respiratoria y tos seca.

A pesar que el sitio de infección inicial es el colon, el síndrome disentérico se presenta sólo en un 20% (4,6,12). A la exploración física se observa palidez, y en un 20% ictericia.

En tórax hay matidez con ascenso de la línea basal, que dependiendo de la localización del absceso puede ser derecha, izquierda o bilateral.

En las series estudiadas reportan abscesos del lóbulo hepático derecho en un 83%, izquierdo en un 10% y de ambos 7%. En abdomen hay hepatomegalia dolorosa. Los abscesos del lóbulo izquierdo se presentan como una tumoración dolorosa en epigastrio (7,8,15). Pueden presentarse datos de irritación peritoneal como es hiperestesia, hiperbaralgia y maniobra de rebote positiva, sobretodo en casos donde se complica con ruptura del absceso a cavidad peritoneal (7,14).

Los estudios de laboratorio orientan al diagnóstico, y al monitoreo del paciente para detectar el desarrollo de probables complicaciones. Hay leucocitosis en un 85%, con una cuenta media de 16,500 y aumento en el porcentaje de formas jóvenes (bandas) en la cuenta diferencial; anemia en el 50% que puede ser multifactorial.

En un 75% de los casos hay alteraciones de las pruebas de funcionamiento hepático sin presentar un patrón específico, así como elevación de algunos reactantes de fase aguda como es fosfatasa alcalina, velocidad de sedimentación globular (con un promedio de 48mm/h) y una disminución de la cuenta plaquetaria hasta en un 80% (7-12,19,31). Las pruebas diagnósticas definitivas son estudios serológicos y de imagen. Las pruebas serológicas más útiles son las de hemaglutinación y ELISA con rangos de positividad de 1:250 para amibiasis intestinal

(colitis, amebomas) y 1:15,000 para amibiasis extraintestinal (absceso hepático). Estas pruebas han demostrado una sensibilidad del 100% y especificidad del 98%, con sólo el 1.6% de falsos negativos. En absceso hepático persisten títulos elevados hasta por dieciocho meses (8,10,19 20,21).

Los estudios de imagen incluyen la telerradiografía de tórax en la que se observa hasta en un 80% alteraciones como son elevación del hemidiafragma derecho, bandas de atelectasia y derrames pleurales. La ultrasonografía (USG) con una sensibilidad del 100% en que capta como zonas hipocogénicas la zona del absceso. La tomografía axial computarizada (TAC) con mayor definición, sin embargo indicada solamente en el caso de múltiples abscesos, abscesos tabicados y aquellos muy profundos que se dificulten visualizar por el ultrasonido. La gamagrafía y la resonancia magnética son estudios muy sofisticados, útiles en el diagnóstico pero que no superan al USG y TAC ya que son más costosos y con estos no puede realizarse el drenaje percutáneo guiado como es con los anteriores (7,22,23,24).

La complicación más frecuente es el involucro pleuropulmonar que se presenta en un 20% a 45% de los pacientes y de éstos el 27% corresponde a derrame pleural y el 20% a invasión por contigüidad y ruptura a cavidad pleural. La fistula hepatobronquial puede causar tos productiva con abundante esputo de material necrótico. Los abscesos rotos a cavidad abdominal se presentan en un 12%. La ruptura a cavidad pericárdica en el 0.8% y se relaciona con abscesos del lóbulo izquierdo.

La ruptura a cavidades requiere drenaje quirúrgico y tratamiento médico agresivo ya que pueden evolucionar a choque séptico y en el caso de la ruptura a pericardio a tamponade cardiaco, con una mortalidad mayor al 95% (7,16,17).

Con respecto al tratamiento más del 90% de los pacientes responde en forma adecuada al tratamiento médico con metronidazol a una dosis estándar de 750mg tres veces al día por 15 días con el que se observa en muchos casos disminución de la fiebre y el dolor en las primeras horas de tratamiento (1,2,3,24,25). En el absceso hepático se recomienda reforzar el tratamiento con dehidroemetina a dosis de 1 a 1,5mg/kg/día durante 7 días.

Se continúa el tratamiento con cloroquina a dosis inicial de 600mg de al día durante los dos primeros días y posteriormente 300mg por día durante dos a tres semanas. En un trabajo de 200 casos de absceso hepático realizado en Corea se recomienda el tratamiento con drenaje percutáneo del absceso y cloroquina a dosis habituales por diez días ya que se demostró que este antiamebiano alcanza concentraciones en el hígado 500 veces más altas que las plasmáticas (24,25).

El drenaje del absceso puede ser percutáneo, guiado por USG o TAC o quirúrgico. El drenaje no demuestra ventajas significativas con respecto al tratamiento médico solo, y existen complicaciones por la punción en un 2% en las que destacan hemoperitoneo e infección secundaria (8). El tratamiento quirúrgico es de utilidad cuando fracasa el tratamiento médico, cuando el absceso es de gran tamaño, con inminencia de ruptura hacia alguna cavidad o cuando ya se encuentra complicado (ruptura o sepsis).

Se reporta en un estudio 25% de los casos las complicaciones mencionadas, con una mortalidad en tratamiento médico del 5.5% y en el tratamiento quirúrgico del 15.4% y en varios estudios la mortalidad global es del 7 al 10% (3,7,8,10) y curación del 80 al 90%. En la mayoría de los casos la estancia hospitalaria de un absceso no complicado es de 30 días en promedio y la resolución total del mismo es aproximadamente de 90 a 120 días (7,8,10, 27-31).

Con el fin identificar en forma oportuna los pacientes de absceso hepático amibiano que tienen riesgo de desarrollar complicaciones, se ha intentado en trabajos previos (31,32) establecer un sistema de evaluación de la evolución clínica, tal como lo es la escala de Ramson para la pancreatitis aguda. En la escala que se propone las variables que se encontraron útiles como factores pronósticos y su puntaje correspondiente son los siguientes:

VARIABLE	PUNTO DE CORTE	CALIFICACION
Edad (años)	Igual o mayor de 50	1
Irritación peritoneal	Presente	5
Albúmina (g/dl)	Igual o menor de 2.2	5
Fosfatasa alcalina (mU/ml)	Igual o menor de 188	3
Porcentaje de bandas	Mayor de 7	2
Plaquetas	Menor de 300,000	4
VSG* (mm/h)	Mayor de 38	1
Número de abscesos	Mayor de 2	3
	Unico	2
Tamaño de los abscesos (cm)	Igual o mayor de 9	2

\*Velocidad de sedimentación globular.

Cada variable tiene un valor preestablecido y la suma de ellos va de 0 a 28, donde a mayor calificación obtenida, mayor riesgo de presentar complicaciones. Se menciona que si se contabilizan 20 puntos o más el riesgo de presentar complicaciones es muy elevado. Se realiza la evaluación al ingreso y a los diez días de tratamiento para determinar si la respuesta terapéutica es adecuada o no y evitar así el riesgo de desarrollar complicaciones como lo es el choque séptico y la ruptura a cavidades que aumentan en forma importante la mortalidad de esta enfermedad. (31,32).

## 2. JUSTIFICACION.

La amibiasis representa un grave problema de salud en áreas endémicas como lo es la República Mexicana en la que el 50% de la población es afectada. Una enfermedad causada por este parásito es el absceso hepático amibiano que se presenta aproximadamente 2500 casos por año, con una mortalidad del 4% al 7% en casos no complicados y aumenta hasta el 14% cuando se complica, principalmente por ruptura a cavidades corporales y choque séptico.

Con el fin de identificar en forma oportuna aquellos pacientes con absceso hepático amibiano que pudan desarrollar complicaciones, se pretende valorar la utilidad de una escala de evaluación de la evolución clínica

### 3. OBJETIVOS.

Valorar la utilidad de una escala de evaluación de la evolución de los pacientes con absceso hepático amibiano para detectar el desarrollo de complicaciones.

#### 4. MATERIAL Y METODOS

Se recabarán del archivo central los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de absceso hepático amibiano internados en las tres Unidades de Medicina Interna en el periodo comprendido de enero de 1994 a diciembre de 1997, tomando en cuenta al ingreso las variables de la escala de evaluación propuesta con su calificación correspondiente ( ): edad en años mayor de 50 (1), presencia de irritación peritoneal (5) albúmina menor de 2.2g/dl (5), Plaquetas menor de 300,000 (4), Fosfatasa alcalina menor de 188mU/ml (3), pocentaje de bandas (2), velocidad de sedimentación globular mayor de 38mm/h (1), absceso único (2), dos o más abscesos (3) y tamaño de los abscesos en mm igual o mayor de 90 (2). Posteriormente se recabarán a los diez días de tratamiento las mismas variables con el mismo puntaje para calificar. Se tomará en cuenta la calificación final que puede ir del 0 al 28, siendo el 0 sin riesgo de presentar complicaciones y 28 el mayor riesgo de desarrollarlas. Se comparará esta calificación con la evolución real del paciente, registrando si hubo alguna complicación del absceso hepático, que tipo de complicación presentó y si egreso el paciente por mejoría, defunción o máximo beneficio hospitalario. Si la escala propuesta resulta efectiva quiere decir que en aquellos pacientes que sumen de 0 a 20 puntos tendrán pocas o ninguna complicación, pero en aquellos que sumen más de 20 puntos presentarán complicaciones del absceso hepático amibiano.

## 5. RESULTADOS.

Se revisaron cuarenta expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de absceso hepático amibiano de las tres unidades de Medicina Interna durante el periodo comprendido de enero de 1994 a diciembre de 1997, de donde se recabó la siguiente información:

Con respecto a las variables estudiadas encontramos que la edad promedio fue de  $42 \pm 17$  años y se observó una mayor frecuencia en el sexo masculino con una relación de 5:1. Ocho pacientes (20%) presentaron a su ingreso irritación peritoneal la cual remitió en todos ellos a los diez días de tratamiento, lo que representa una significancia estadística con una  $p=0.005$ . La albúmina sérica al ingreso fue de 3.8 mg/dl en promedio y al final de 4.1mg/dl, con una elevación mínima de 0.3mg/dl ( $p=0.8$ ) no significativa. La cuenta plaquetaria al inicio fue de 284 000/mm<sup>3</sup> y al final de 398 000/mm<sup>3</sup> lo que representa una elevación en promedio de 14 000 unidades con una significancia estadística ( $p=0.001$ ). La fosfatasa alcalina reportó al inicio un promedio de 303 mg/dl y al final de 257 mg/dl, con una disminución de 46 mg/dl no significativa ( $p=0.2$ ). El porcentaje de bandas en la cuenta diferencial de la biometría hemática fue de 4% al inicio y 3% al final con una disminución de 1% no significativa ( $p=0.1$ ). Así mismo, la velocidad de sedimentación globular tuvo al inicio un promedio de 44 mm/h y al final de 38 mm/h con una disminución no significativa de 6 mm/h ( $p=0.4$ ); sin embargo, cabe aclarar que solo 12 expedientes (28%) presentaban esta variable. El número de abscesos al inicio fue en promedio de 1.5 y al final de 1.4 sin significancia estadística ( $p=0.6$ ).

El tamaño de los abscesos disminuyó de 64 x 38 mm al ingreso a 28mm x 29 mm posterior al tratamiento pero tampoco este dato fue significativo con una  $p=0.1$ .

De acuerdo al promedio de puntos sumados en la escala de evaluación propuesta, se obtuvo al ingreso una calificación de 10 puntos y disminuyó a 5 puntos a los diez días de tratamiento con una significancia estadística de  $p=0.00001$ . Se presentaron complicaciones en 11 pacientes (27.5%); de éstas 4 por choque séptico (10%), 4 por ruptura a cavidad peritoneal (10%) y 3 por ruptura a cavidad pleural (7.5%). Los tres que murieron presentaron complicaciones a pesar del tratamiento.

Se observó que el promedio de calificación total al ingreso de los pacientes no complicados fue de 8 y el de los pacientes que presentaron complicaciones fue de 13 con una significancia de  $p=0.001$ .

La localización de los abscesos fue central en tres pacientes (7.5%), periférica en 27 (67.5%), ambas en 4 (10%) y no se documentaron en 5 pacientes por falta de estudios de imagen (20%).

Con respecto al lóbulo afectado, se encontraron 27 pacientes con absceso del lóbulo derecho (77%), en un paciente con abscesos de lóbulo izquierdo (2.5%) y siete pacientes con afección a ambos lóbulos (17.5%).

## 6. DISCUSION.

Con respecto a estudios previos se observó una diferencia en la edad media de aparición de diez años y la relación de acuerdo al sexo aún se mantiene en el rango establecido, con una mayor frecuencia en hombres de 5:1 con respecto a mujeres.

El porcentaje de complicaciones presentadas (27.5%) estuvo de acuerdo con la literatura consultada. Considerando el tipo de complicaciones en este trabajo se observó una mayor frecuencia de ruptura a cavidad peritoneal y choque séptico, y no hubo ningún caso de ruptura a pericardio. El porcentaje de defunciones fue menor que los reportes previos consultados (7.5% vs 14% respectivamente), considerando que las defunciones presentaron complicaciones previas en todos los casos.

Dentro de las variables estudiadas para la escala de evaluación que se propone, sólo fueron estadísticamente significativas en forma aislada la irritación peritoneal ( $p=0.005$ ) y la cuenta plaquetaria ( $p=0.001$ ). Sin embargo, en la suma de todas las variables el puntaje final obtenido tuvo una significancia estadística importante con una  $p= 0.00001$  por lo que debe considerarse la utilidad de esta escala de evaluación en un estudio prospectivo donde se registren en forma sistemática las nueve variables propuestas al ingreso y a los diez días de tratamiento, ya que los expedientes clínicos recabados carecen de algunas variables, como se hizo notar en la velocidad de sedimentación globular y algunos estudios de imagen que no especifican en su reporte el tamaño en milímetros y la localización exacta de los abscesos.

De acuerdo a los casos que se complicaron tuvieron en promedio una calificación de 13 puntos al ingreso, en comparación con los casos que no se complicaron en los que se obtuvo una calificación al ingreso de 8 puntos, por lo que debe tomarse en cuenta este dato al ingreso del paciente, ya que con una calificación de 13 o más puntos representa un mayor riesgo de cursar con complicaciones a pesar del tratamiento, que aquéllos que tengan una puntuación de 8 o menos.

## 7. CONCLUSIONES.

Se cumple con el único objetivo específico del trabajo al comprobar la utilidad de la escala de evaluación de los pacientes con absceso hepático amibiano para detectar el desarrollo de complicaciones.

## 8. ANEXO I

## HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

NUMERO DE EXPEDIENTE:

NOMBRE DEL PACIENTE:

	Calificacion inicial	Calificación a los diez días de tratamiento
Edad de paciente		
Irritación peritoneal		
Albúmina		
Plaquetas		
Fosfatasa alcalina		
Bandas		
VSG		
Número de abscesos		
Tamaño de abscesos		
<b>CALIFICACION TOTAL</b>		

LOCALIZACION:    CENTRAL \_\_\_ PERIFERICA \_\_\_    AMBAS \_\_\_

LOBULO:            DERECHO \_\_\_ IZQUIERDO \_\_\_    AMBOS \_\_\_

COMPLICACIONES:        SI        \_\_\_        NO        \_\_\_

TIPO DE COMPLICACIONES:

RUPTURA A PLEURA        \_\_\_\_\_  
 RUPTURA A PERICARDIO    \_\_\_\_\_  
 RUPTURA A PERITONEO    \_\_\_\_\_  
 CHOQUE SEPTICO            \_\_\_\_\_

EGRESO:                    POR MEJORIA        \_\_\_\_\_

POR DEFUNCION        \_\_\_\_\_

## 9. BIBLIOGRAFIA

1. Piorde JJ. Amebiasis In: Harrison editors. Principles of Internal Medicine. Mc Graw Hill. 1992. 13ª ed. Cap. 173. pp 883-885.
2. Navin TR. Infecciones parasitarias. En: Kelley editores. Medicina Interna Editorial Médica Panamericana. 1992. 2ª ed. Cap. 313. pp 1672-1676.
3. Ravdin JI, Petri WA: Entamoeba histolytica (amebiasis) In: Mandell/Douglas/Bennett. Enfermedades Infecciosas, principios y práctica. Editorial Médica Panamericana. 1991. 3ª ed. Cap. 249 pp 2159-2173.
4. Petterson M, Schoppe LE: The presentation of amebiasis. Med Clin North Am 1982; 66:689-705
5. Gaxiola R. Historia del Absceso hepático amibiano. Rev Med Hosp Gral 1980; 43(1-2): 53-58.
6. Erosa-Barbachano A: Amibiasis, epidemiología. Rev Med Hosp Gral 1980; 43(1-2):40-41.
7. Cerecedo CV, Gaxiola R: Absceso hepático amibiano. Estudio de 1,128 pacientes. Rev med Hosp Gral 1980; 43(1-2): 18-22.

8. Higuera RF, Lagunas RA, Romero ZJL, Sánchez CJ, Cruz VA: Absceso hepático amibiano. Estudio retrospectivo clínico-epidemiológico. Rev Med Hosp Gral 1986; 49 (1):25-31.
9. Villalobos PJ, García P, Maqueo M, Campos A, Hervella LM: absceso hepático amibiano en 84 enfermos estudiados en el Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán. Rev Invest Clin (Mex) 1982; 34:39-41.
10. Dehesa M, Cario A, Wolpert E: estudio retrospectivo de 125 enfermos con absceso hepático amibiano. Rev Invest Clin (Mex)1975; 27:129-133.
11. Santoyo RE, Villalobos LM, Vázquez AM:Consideraciones acerca de 100 casos de absceso hepático. Rev med Hosp Gral 1960; 23(6): 469-482.
12. Cerecedo CV: Absceso hepático amibiano. Cuadro clínico de 190 enfermos. Leído en la Sociedad Médica del Hospital General de México,SS el 15 de octubre de 1962.
13. Ridaura SC, López CE: Análisis de la mortalidad en el Hospital General de México, S.S.A. Observaciones de once años. Rev Med Hosp Gral 1968; 31(4): 259-265.
14. Juimo GA, Gervez F, Fobuzshi AF: Extraintestinal Amebiasis. Radiology 1992;182: 181-183.

15. De León A, Perches A: Asociación de amibiasis invasora del hígado con otros padecimientos. Arch Invest Med (Mex) 1971;2(1):387-394.
16. Gaxiola R, Cerecedo CV: Absceso hepático del lóbulo izquierdo. Rev Med Hosp Gral 1980; 43(1-2):26-28.
17. García GB, Chávez EJ, Ramírez MP, Chávez FJ: Absceso hepático amibiano complicado a tórax. Rev Med Hosp Gral 1980; 43(3): 76-82.
18. Nolan SM, Fitzgerald FT: Fever of unknown origin Postgraduate medicine 1987;81(5):190-205.
19. Sánchez YL: Estudio hematológico del absceso hepático amibiano y sus complicaciones. Rev Med Hosp Gral. 1980;43 (1-2):4-17
20. Sepúlveda A: Reacciones de hemaglutinación y de precipitación con antígeno amibiano axénico en amibiasis invasora. Arch Invest Med (Mex) 1970; 1(Supl):S11-S17.
21. Gutiérrez QM: Pruebas inmuinológicas en la amibiasis. Rev Med Hosp Gral 1980; 43(1-2): 37-39.
22. Huch Böni RA, Peter J, Marincek B: Amebic abscess of the liver manifested by hemoptysis, US, CT and MRI findings. Abdom Imaging 1995; 20: 214-216.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

23. Méndez RJ, Schiebler ML, Outwater EK, Kressel HY: Hepatic abscess: MRI imaging findings. *Radiology* 1994; 190: 431-436.
24. Kovaleski T, Malangoni MA, Wheat LJ: Treatment of an amebic liver abscess with intravenous metronidazole. *Arch Intern Med* 1981, 141(1): 132-134.
25. Crane PS, Lee TY, Seel DJ: Experience in the treatment of two hundred patients with amebic abscess of the liver in Korea. *Am J Surg* 1972; 123: 332-337.
26. Nordestgaard AG, Stapleford L, Worthen N, Bongard FS, Klein SR: Contemporary management of amebic liver abscess. *Am Surg* 1992; 58(5): 315-320.
27. Van Allan RJ, Katz MD, Johnson MB, Laine LA, Liu Y, Ralls PW: Uncomplicated amebic liver abscess: Prospective evaluation of percutaneous therapeutic aspiration. *Radiology* 1992; 183: 827-830.
28. García CR: Tratamiento quirúrgico de la amibiasis hepática no complicada. *Rev Med Hosp Gral* 1980; 43(1-2): 42-44.
29. Sheehy TW, Parmley LF, Colonel MC: Resolution time of an amebic liver abscess. *Gastroenterology* 1968; 55(1): 26-34.

30. Ralls PW, Quinn MF, Boswell WD, Colletti PM, Radin DR, Halls J: Patterns of resolution in successfully treated hepatic amebic abscess: sonographic evaluation. *Radiology* 1983; 149: 541-543.
  
31. González ChA, Pereyra A, Amancio ChA, Higuera RF, López BJ: La respuesta plaquetaria como factor pronóstico en la amibiasis invasora del hígado. *Arch Invest Med (Mex)* 1990; 21 (supl 1):127-131.
  
32. González ChA, Pereyra NA, Amancio ChA: Trombocitosis como factor predictivo de la evolución de la respuesta al tratamiento del absceso hepático amibiano. (Memorias del Congreso Nacional de Medicina Interna 1988). *Revista AMIM* 1988; 4(4):70.