

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICINA INTERNA

**INSTITUTO NACIONAL DE LAS CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICION
SALVADOR ZUBIRAN**

PRESENTA

JOSE DE JESUS GARDUÑO GARCIA

**TRANSICION EPIDEMIOLOGICA DEL ABSCESO HEPATICO AMEBIANO EN
UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

**ASESORES DE TESIS
ALDO TORRE DELGADILLO
AURORA LOAEZA DEL CASTILLO**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DR. ALDO TORRE DELGADILLO
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA INCMNSZ

DRA. AURORA LOAEZA DEL CASTILLO
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNAINCMNSZ

DR. LUIS FEDERICO USCANGA DOMINGUEZ.
JEFE DE ENSEÑANZA INCMNSZ

DR. ALFONSO GULIAS HERRERO
SUBDIRECTOR MEDICO INCMNSZ.

AGRADECIMIENTOS.

A MIS PAPAS POR EL APOYO INCONDICIONAL

FLOR GRACIAS POR ESTAR A MI LADO SIEMPRE.

A LALO Y ANABEL SUERTE EN SU GRAN AVENTURA, QUE LA FELICIDAD
ESTE SIEMPRE CON USTEDES.

AL DR. TORRE GRACIAS POR EL APOYO Y TIEMPO BRINDADO PARA LA
REALIZACION DE ESTE TRABAJO.

INDICE

1.-Introducción.....	5
2.-Resumen.....	6
3.- Planteamiento del problema.....	7
4.- Marco Teórico.....	7
5.-Objetivos.....	11
6.-Justificación.....	11
7.-Material y métodos.....	11
8.-Resultados.....	12
9.-Discusión.....	17
9.- Conclusiones.....	20
10.-Anexos.....	21
11.- Bibliografía.....	24

INTRODUCCIÓN

La amebiasis continua siendo un problema de salud pública a nivel mundial, siendo una de la parasitosis más frecuentes en el planeta, se estima que aproximadamente 500 millones de individuos están infectados. En nuestro país en la década de los 90 se estimó que aproximadamente el 8 % de nuestra población cursaba con amebiasis, siendo el absceso hepático amebiano (AHA) la manifestación extraintestinal más grave y más frecuente de la amebiasis.

En el Instituto a la fecha se han publicado 2 series de casos de AHA, la primera reportando 125 pacientes en un período comprendido entre 1969 y 1972. Dicha cantidad de pacientes representaba aproximadamente el 1% de los enfermos atendidos en el hospital durante ese lapso de tiempo. La mortalidad global fue aproximadamente del 10%. Un segundo estudio analizó los casos comprendidos entre los años de 1976 y 1980, obteniéndose un total de 84 pacientes, lo que representó aproximadamente 3.9 casos por cada 1000 habitantes, la mortalidad estimada fue de 0%.

En los últimos 25 años no existen estudios que analicen las características de la amebiasis hepática, considerando que su incidencia puede incrementarse por la aparición de enfermedades que predisponen a inmunosupresión como es el caso del VIH, así como la modificación en el ámbito sociocultural que ha sufrido el país.

RESUMEN

TRANSICION EPIDEMIOLOGICA DEL ABSCESO HEPATICO AMEBIANO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

INTRODUCCIÓN: La amebiasis es una enfermedad de impacto mundial que es provocada por el parásito llamado *Entamoeba histolítica*. En ciertos casos puede presentarse invasión extraintestinal, siendo el absceso hepático la manifestación más común. En México se realizaron estudios en la década de los 90 estimando una prevalencia de 1200 casos por cada 100000 habitantes lo cual reflejaba más de 1 millón de casos de amebiasis a nivel nacional.

En nuestro hospital se han publicado 2 series de casos de AHA, la primera reportando 125 pacientes en un lapso comprendido entre 1969 y 1972. Dicha cantidad de pacientes representaba aproximadamente el 1% de los enfermos atendidos en ese periodo. La mortalidad global fue aproximadamente del 10%. Un segundo estudio analizó los casos entre los años de 1976 y 1980, obteniéndose un total de 84 pacientes, lo que representó aproximadamente 3.9 casos por cada 1000 habitantes, con una mortalidad estimada fue de 0%.

A partir de la década de los ochenta no existe una serie o publicación que hable de la transición epidemiológica del AHA, desconociendo su incidencia actual, presentación clínica, bioquímica, de imagen, grupos de riesgo, tratamientos empleados, morbilidad y mortalidad.

OBJETIVO: Analizar la transición epidemiológica, características clínicas, laboratoriales, y de gabinete, así como el tratamiento del AHA en los últimos 15 años en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y METODOS. Se realizó un estudio descriptivo revisando los expedientes comprendidos entre 1990 y 2005 que tuvieran el diagnóstico de AHA. Se consideró AHA como la determinación positiva de seroameba, o bien la conclusión diagnóstica final de la hoja de egreso considerando la historia clínica, estudios de laboratorio, examen de material drenado y respuesta al tratamiento. Fueron excluidos los expedientes de aquellos que presentaran como conclusión diagnóstica final absceso piógeno, o bien cursaran con amebiasis diferente a absceso hepático.

RESULTADOS. Se identificaron un total de 50 casos, con una edad promedio de 46 años (20-82). Treinta y tres (66%) del sexo masculino y 17 (34%) del sexo femenino. De las comorbilidades asociadas 2 pacientes presentaban DM (4%) y 3 cáncer (6%), no se encontró ningún paciente con infección por VIH-SIDA. Fiebre y hepatalgia fueron los hallazgos clínicos más constantes 94 y 82 % respectivamente. La diarrea precedente solo se presentó en el 15% de los pacientes. En cuanto a los estudios de laboratorio la seroameba fue positiva en el 78%. Se encontró leucocitosis moderada con un promedio de 12 258. La alteración en las PFH más constante fue la elevación de la fosfatasa alcalina. El USG fue positivo en el 90% de los pacientes. Encontrándose en 33 pacientes del lado derecho (64%), el resto en izquierdo y caudado. Fue necesario drenaje en 15 pacientes y cirugía en 5. La estancia hospitalaria promedio fue de 11 días y la mortalidad del 2%.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Describir las características actuales del AHA, y tratar de identificar si existe algún cambio en la epidemiología, presentación clínica, y la terapéutica utilizada en los últimos 15 años.

MARCO TEORICO

La amebiasis es una enfermedad de impacto mundial que es provocada por el parásito llamado *Entamoeba*. Esta infestación frecuentemente resulta en una colonización asintomática del intestino, pero en algunos pacientes puede haber invasión intestinal y provocar lesiones ulcerosas en el colon. En ciertos casos puede presentarse invasión extraintestinal, siendo el absceso hepático la manifestación más común⁽¹⁻⁴⁾.

La amebiasis continua siendo una de los principales problemas de salud publica en países en vías de desarrollo, se estima que aproximadamente 500 millones de personas en el mundo se encuentran infectadas, aunque gran parte permanecerán sin presentar síntomas a lo largo de sus vidas ⁽¹⁻³⁾.

Epidemiología.

La amebiasis es una enfermedad de carácter mundial, se estima que es la segunda causa de muerte por enfermedades parasitarias. Esta enfermedad va a tener una incidencia mucho mayor en países en vías de desarrollo. Se estima que entre 40000 y 100000 gentes fallecen cada año de amebiasis.

La colonización por *Entamoeba* es sumamente frecuente, calculándose que más de 500 millones de individuos están colonizados en el mundo, no obstante la mayoría se relacionan a colonización por *Entamoeba Dispar* siendo este germen no patógeno para el ser humano. Estudios serológicos en México estiman que 8% de la población es portadora de este microorganismo⁽¹¹⁾.

La manifestación extraintestinal más grave y frecuente es el AHA, se calcula que aproximadamente en México existen 3 a 4 casos por cada 100000 habitantes. En países asiáticos como Vietnam se han reportado incidencias hasta de 21 casos por cada 100000, siendo el país con series de casos con más pacientes reportadas^(11,12).

En nuestro hospital se han publicado 2 series de casos de AHA, la primera reportando 125 pacientes en un lapso comprendido entre 1969 y 1972. Dicha cantidad de pacientes representaba aproximadamente el 1% de los enfermos atendidos en ese periodo, siendo la mortalidad global de aproximadamente el 10%.⁽⁸⁾

Un segundo estudio analizó los casos entre los años de 1976 y 1980, obteniéndose un total de 84 pacientes, lo que representó aproximadamente 3.9 casos por cada 1000 habitantes, con mortalidad de 0%.⁽⁷⁾

Fisiopatología:

La amibiasis esta causada por la ingestión de quistes de *Entamoeba Histolítica* por transmisión fecal oral. El hombre es el principal huésped del parásito, se estima que un individuo elimina millones de huevos del parásito al día.

Los quistes del parásito al ser ingeridos son resistentes a los jugos gástricos, pasan de manera intacta al intestino en donde el medio alcalino de los jugos digestivos favorece a la liberación de trofozoitos. La enfermedad inicia cuando los trofozoitos se adhieren a lumen de las células epiteliales mediante una lectina⁽¹⁴⁾. Una vez realizada esta unión la amiba produce muerte celular por diversos mecanismos. Uno de los más importantes es la síntesis de enzimas proteolíticas como el caso de la cistein proteasa. A su vez el trofozoito sintetiza moléculas conocidas como amebaporos que son péptidos que se adhieren a la membrana de las células provocando destrucción de la mismas. El grado de la enfermedad va a depender de la respuesta inflamatoria del huésped. Son liberadas múltiples citocinas, siendo el trofozoito capaz de lisar neutrofilos lo cual va a perpetrar la inflamación a este nivel. ⁽¹⁻⁶⁾

El trofozoito penetra a la mucosa y a la submucosa viajando por la circulación portal, en este punto entran en acción otros sistemas de defensa del organismo como es el complemento, no obstante la amiba cuenta con diversas glicoproteinas en su pared celular que la protegen de la acción de este ultimo, a su vez tiene la capacidad de desactivar las proteínas del complemento mediante el uso de proteasas.

La afección al hígado involucra tres etapas: la inflamación, la formación de granulomas y el desarrollo del absceso. En el caso del hígado la respuesta inmunológica del huésped se cree que es diferente, la necrosis de los hepatocitos se lleva acabo mediante los productos de la lisis de los neutrofilos y no directamente por la acción de los trofozoitos, lo cual va a dar una afección caracterizada por hepatocitos muertos y detritus celulares los cuales van a estar rodeados por tejido normal y delimitadas por una pared con escasas células inflamatorias y trofozoitos. ^(3,6)

Manifestaciones clínicas:

El 80 % de los pacientes con absceso hepático, desarrollan síntomas los cuales pueden ser muy inespecíficos: Estos pueden estar presentes desde pocos días hasta semanas inclusive meses. El cuadro clínico clásico es caracterizado por fiebre acompañada de escalofríos, así como dolor abdominal en el cuadrante superior derecho, hepatomegalia y hepatodinia. En algunos casos puede manifestarse con síntomas muy inespecíficos, como pérdida de peso y ataque al estado general.

Manifestaciones menos comunes pueden estar asociadas al tamaño del tumor: un ejemplo de esto son los síntomas respiratorios que se han descrito hasta en el 30% de los pacientes, por ejemplo tos, disnea y dolor pleurítico.

Otros signos y síntomas gastrointestinales como la diarrea e ictericia son raros y se presentan en menos del 5% de los casos. Este ultimo refleja una enfermedad de gran tamaño, con involucro de la función hepática.^(8,6)

En los casos mas graves el absceso puede extenderse y romperse hacia órganos adyacentes, tales como peritoneo, pericardio, árbol bronquial y pleura. En estos casos puede manifestarse como abdomen agudo, tamponade cardiaco, con expectoración achocolatada o como derrama pleural respectivamente.

A la exploración física el signo mas constante es la hepatomegalia, se encuentra presente en la mayoría de los abscesos dependientes del lóbulo derecho, en el caso de los izquierdos puede llegar a palparse una masa dependiente de epigastrio.

Laboratorio

El hallazgo mas frecuente en la biometría hemática es la leucocitosis la cual suele ser de intensa a moderada con un promedio de 16 mil. En la diferencial es frecuente encontrar neutrofilia, no obstante la amiba es un parásito la eosinofilia es rara. A su vez es común encontrar anemia que generalmente es normocítica normocrómica. Las alteraciones en las pruebas de función hepática son poco específicas, siendo el hallazgo mas constante la elevación de la fosfatasa alcalina. El aumento en la cifra de las transaminasas y la disminución de la albúmina son poco frecuentes.(3,4)

Se han utilizado diversos métodos para detectar amibiasis. En el caso del absceso hepático menos del 30% de los pacientes es posible aislar el parásito en heces. Debido a esto se han desarrollado diversas técnicas para la detección de anticuerpos en suero contra el parásito. Existen diversas técnicas para la detección de dichos anticuerpos como: ELISA, Inmuno fluorescencia indirecta, aglutinación indirecta, aglutinación en latex, hemoaglutinación indirecta. En el pasado la prueba mas usada era la hemoaglutinación indirecta, la cual era positiva hasta en mas del 90% de los pacientes, no obstante esta prueba permanecía positiva hasta por 20 años lo que hacia difícil distinguir de una infección antigua a un evento reciente. (1,6)

Actualmente la prueba mas usada la determinación de anticuerpos por ELISA la cual es útil para detectar infecciones agudas, de esta manera la prueba se vuelve negativa tras 2 semanas de tratamiento.(2,15)

Evaluación Radiológica.

El ultrasonido es el primer estudio de elección debido a su bajo costo y su fácil accesibilidad, este método diagnostico es capaz de visualizar entre el 70 y 90 % de los abscesos. Puede diferenciar tumores sólidos de abscesos. La lesión típica suele ser redonda hipo ecoica y con bordes bien definidos. (18,19)

La TAC es un método confiable para la detección de abscesos y tiene la ventaja de que es capaz de detectar lesiones mas pequeñas que el USG, por lo que es útil para un diagnostico temprano. Las lesiones son redondas se describen como hipodensas, con bordes bien definidos y con un anillo periférico que refuerza.

La IRM es el método más sensible para la detección de abscesos. En T1 muestra una lesión hipo intensa homogénea, con bordes bien definidos, y en T2 muestra una señal hiperintensa

de apariencia heterogénea. No obstante de ser un estudio útil para el diagnóstico, su uso es limitado debido al alto costo y poca disponibilidad.

La radiografía de tórax es poco sensible y específica, el hallazgo más frecuente es la elevación del hemidiafragma derecho, también puede encontrarse derrame pleural e infiltrados pulmonares asociados.

Otro método útil para la evaluación de esta patología es el rastreo gammagráfico con Tc 99. Este es el único método útil para diferenciar entre un absceso hepático amibiano de un piógeno. Debido a que el absceso hepático no tiene leucocitos en su interior se describe como una imagen fría con un halo caliente alrededor, en el caso de los piógenos se describe como una imagen caliente.

Tratamiento

Farmacológico

El metronidazol es el fármaco de elección para el tratamiento de la amibiasis, este medicamento entra por difusión pasiva al parásito convirtiéndose en un radical citotóxico. Una dosis de 750 mg tres veces al día por aproximadamente 10 días ha demostrado la curación del 90% de los pacientes. La dosis intravenosa es de 500 mg cada 6 horas. Generalmente la respuesta es evidente en los primeros tres días. Otros imidazoles como el ornidazol, secnidazol y timidazol han tenido respuestas similares.

Se han usado medicamentos de segunda línea como la dihidroemetina y la cloroquina, en el caso de la primera no se ha demostrado mayor beneficio en combinación con metronidazol. En el caso de la cloroquina solo esta indicada en pacientes con abscesos grandes o múltiples.

Una vez cumplido el tratamiento para el absceso se recomienda el uso de fármacos con actividad intraluminal como iodoquinol, para erradicar colonizaciones asintomáticas y prevenir recaídas. (1,6)

Drenaje

Con la aparición de los imidazoles la necesidad de drenaje ha disminuido de manera significativa. Se consideran como indicaciones para el drenaje percutáneo: alto riesgo de ruptura del absceso, definido como un diámetro mayor a 5 cm, absceso hepático izquierdo, y la falta de respuesta al tratamiento médico por 5 a 7 días. En consideración especial se encuentra el embarazo debido a la alta toxicidad de los imidazoles en el producto.

La cirugía actualmente se encuentra relegada para aquellos pacientes que presentan complicaciones como ruptura a cavidad pleural o peritoneal. (18-20)

OBJETIVO

Analizar la transición epidemiológica del absceso hepático amibiano en un lapso de 15 años en los pacientes de un hospital de tercer nivel.

Determinar si ha habido cambios en la presentación clínica, bioquímica, radiológica, tratamiento, manejo de las complicaciones, y morbi-mortalidad intra y extrahospitalaria del AHA.

JUSTIFICACION

Si bien nuestro hospital es un centro de referencia de tercer nivel, no existen estudios actuales que hablen, comportamiento clínico bioquímico, las características en exámenes de gabinete y laboratorio, así como de la terapéutica actual del AHA.

Dado que seguimos siendo un país en vías de desarrollo es importante conocer las características de una patología que por muchos años ha sido un problema de salud pública en nuestro país

Existe la aparición de nuevas enfermedades como el VIH, que predisponen a inmunosupresión, no existe hasta el momento algún estudio en el país que considere a estos enfermos como grupo de riesgo para el desarrollo de AHA.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron retrolectivamente en el sistema de egresos hospitalarios los expedientes abarcados desde el año de 1990 hasta 2005 que tuvieran el diagnóstico de absceso hepático amebiano, o amibiasis no especificada.

Se obtuvieron un total de 117 expedientes, de los cuales un total de 50 expedientes que cumplían el diagnóstico de absceso hepático amebiano, en base a los siguientes criterios de inclusión:

Pacientes con absceso hepático con determinación de seroameba positiva.

Pacientes que en el expediente se haya dado como conclusión diagnóstica final en la nota de egreso de absceso hepático amebiano en base a la historia clínica, estudios de gabinete, y respuesta al tratamiento.

Fueron excluidos los expedientes que no se encuentran más en el archivo clínico del instituto por diversas circunstancias, además de aquellos que presentaran como conclusión diagnóstica final absceso piógeno, o bien cursaran con amibiasis diferente a absceso hepático.

Se recabaron los datos mencionados en la hoja de recolección (Anexo1), y se recabaron variables demográficas, laboratoriales, clínicas, de gabinete, y tratamiento, con análisis posterior de dichas variables a manera descriptiva utilizando variables de tendencia central.

RESULTADOS:

Se identificaron un total de 50 casos con el diagnóstico de AHA, comprendidos entre el año de 1990 y 2005. De estos 33 pacientes fueron de sexo masculino (66%) y 17 del sexo femenino (34%). La edad promedio fue de 46 años (con un intervalo de 20-82 años).

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

En cuanto a características sociodemográficas de nuestra población 17 pacientes (34%), eran de medio rural y 33 (66%), habitaban en medio urbano. La mayoría de los pacientes eran originarios del Distrito Federal (54%) (Tabla 1).

Tabla1: Entidades demográficas de pacientes con diagnóstico de AHA.

Ciudad	Total	Porcentaje
Distrito Federal	27	54
Estado de México	7	14
Michoacán	5	10
Hidalgo	5	10
Veracruz	4	8
Chihuahua	1	2
San Luís Potosí	1	2
	50	100

En relación a los servicios públicos básicos, el 18% no contaban con agua potable y 13% no contaban con drenaje. Se encontró alcoholismo positivo en 23 pacientes (46%), y tabaquismo en 22 (44%).

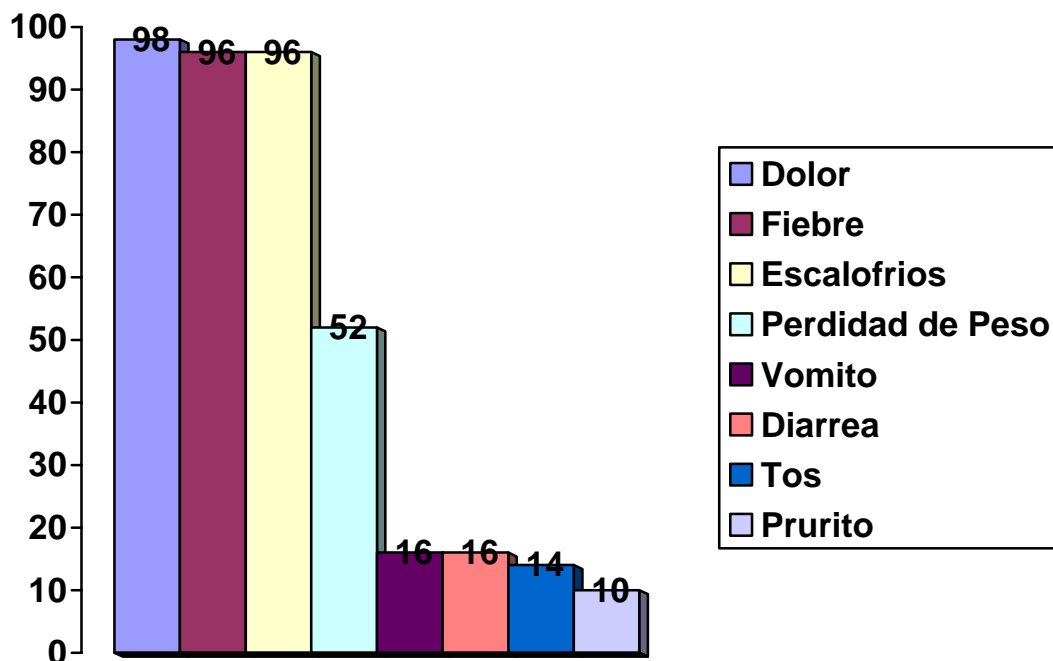
MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las enfermedades que predisponen a inmunosupresión se encontraron de forma muy esporádica: 2 pacientes con diabetes, 3 pacientes con algún tipo de neoplasia y ningún paciente con infección por VIH.

Las manifestaciones clínicas que con mayor frecuencia se encontraron, fueron fiebre en 96% de los pacientes y dolor abdominal en el 98%, la pérdida de peso fue común, encontrándose en el 52% de los pacientes, con una pérdida promedio de 8.2 Kg (1 a 17 kg). Manifestaciones como prurito en 10% de los casos (Grafica 1). La aparición de las

manifestaciones clínicas se presento en promedio 33 días antes de hacer el diagnostico, en algunos casos hasta tres meses .

Grafica 1: Manifestaciones clínicas del AHA.



En cuanto a los hallazgos a la exploración física la hepatomegalia se encontró en un 35% de los pacientes; hepatalgia en 84%. La ictericia fue poco habitual encontrándose tan solo en 11 pacientes. A su vez fue poco frecuente la encefalopatía, solo estando presente en 2 individuos. (Tabla 2).

Tabla 2: Hallazgos a la exploración física en AHA .

Signos	Total	Porcentaje
Hepatodinia	49	98
Hepatomegalia	35	70

Derrame	13	26
Ictericia	11	22
Encefalopatía	2	4
Ascitis	1	2

EXAMENES DE LABORATORIO

Dentro de los estudios de laboratorio la leucocitosis fue el hallazgo más frecuente encontrado en el 56% de los pacientes, la cifra promedio fue de 12,900 (con rango de 5,000-36,000). La anemia se encontró en 38% de los casos. Dentro de las pruebas de funcionamiento hepático la elevación de la fosfatasa alcalina y la hipoalbuminemia fueron las que se encontraron con alteración (44 y 52% respectivamente).

La prueba de seroameba fue positiva en el 78% de los pacientes. Durante los años de 1990 a 1998 la prueba fue reportada solo de manera cualitativa, posteriormente fue reportada como positiva a partir de 1:256.

ESTUDIOS DE GABINETE

Con respecto a los estudios de gabinete en la radiografía de tórax, la elevación del hemidiafragma derecho se presentó en el 30% y solo 18 % se evidenció derrame pleural.

Se realizó USG de hígado y vías biliares al 90% de los pacientes. De estos se encontró la lesión en el 66% en lóbulo hepático derecho, en el 30% en el lado izquierdo y 2% en el caudado. Se reportó en este estudio como absceso único en el 72 %, el 8% presentaron 2 abscesos y el resto 3 o más lesiones. El tamaño promedio de las lesiones fue de 8.2 cm. con un rango de 8 a 16 cm.

Se realizó TAC a 29 individuos, en el 72 % se evidenció lesión única y en el resto dos o más, con respecto a la localización el 64% se encontraron en el lado derecho y el resto en el izquierdo. El promedio de tamaño de las lesiones fue de 8.7 cm. con un rango de 4 a 19.

Solo se realizó IRM en un paciente en el que se encontró absceso único de 10 cm. en lóbulo izquierdo.

TRATAMIENTO

En cuanto a tratamiento treinta individuos fueron manejados solo con fármacos, en 15 se realizó drenaje guiado y en solo cinco fue necesario recurrir a tratamiento quirúrgico.

La principal indicación de drenaje fue el tamaño, en 5 de los 15 pacientes, otras indicaciones fueron persistencia de los síntomas, sobreinfección, duda diagnóstica y embarazo (Ver tabla 3).

Tabla 3: Indicación de drenaje percútanlo guiado en AHA

Indicación	Numero de pacientes	Porcentaje
Tamaño	5	33.3
Persistencia síntomas	3	20
Duda diagnostica	2	13.3
Embarazo	1	6.7
Sobre infección	4	26.7
Total	15	100

Fue necesaria la cirugía en 5 pacientes, 1 por sospecha de abdomen agudo, 2 por riesgo de ruptura y 2 por sospecha de neoplasia.

Con respecto al tratamiento medico todos los enfermos recibieron metronidazol, en 17 pacientes se uso como monoterapia y en los 33 pacientes restantes se uso en combinación con algún otro antibiótico. (Ver tabla 4).

Tabla 4: Tratamiento farmacológico en los pacientes AHA.

Medicamento	Numero de pacientes	Porcentaje
Amikacina	3	9.1
Ceftriaxona amikacina	3	9.1
Ofloxacino	2	6.1
Ceftriaxona ampicilina	1	3
Ampicilina- amikacina	4	12.1
Amoxicilina gentamicina	1	3
Ceftriaxona	17	51.5
Total	33	100

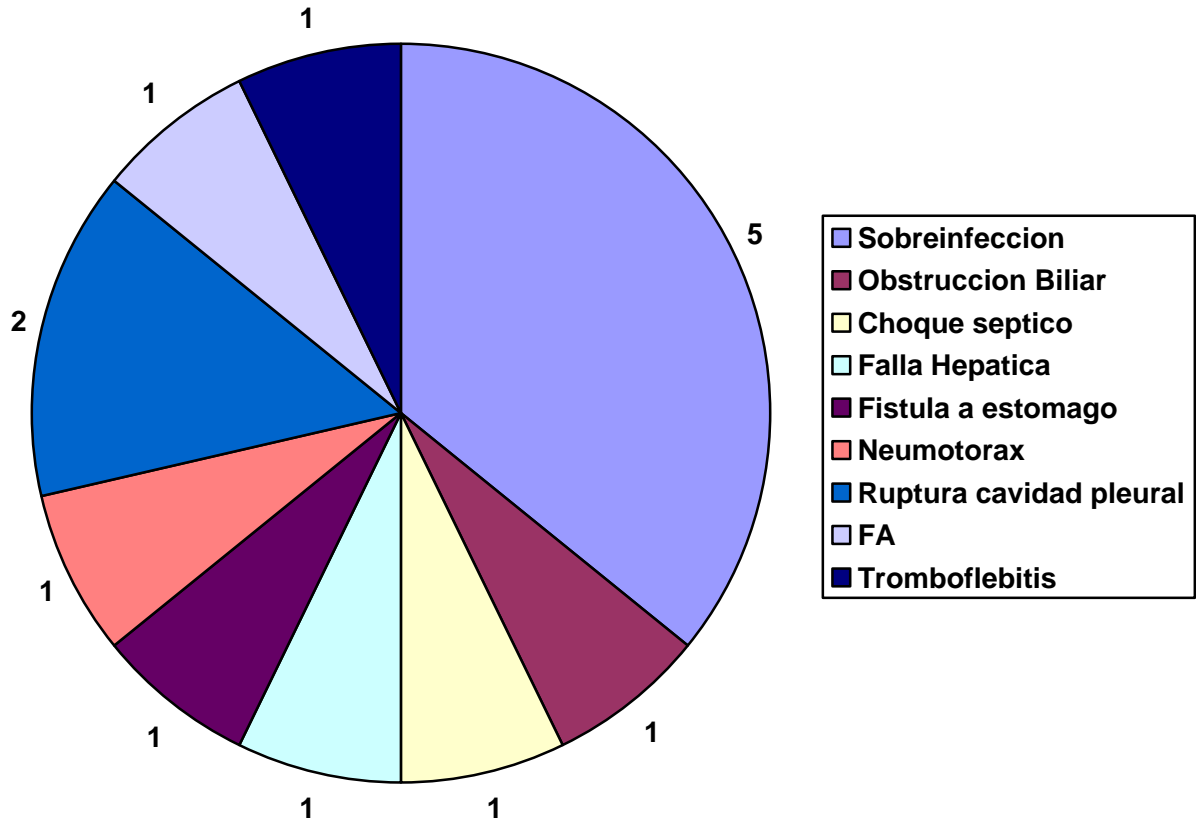
Los días promedio de tratamiento con metronidazol fueron de 18.6 con rango de 8 a 36, en el caso de terapia combinada los días promedio fueron de 14 con un rango de 1 a 30.

La estancia intrahospitalaria promedio fue de 14 días con un rango de 2 a 52. Solo dos pacientes requirieron manejo en terapia intensiva uno con una estancia de 10 y otro con una estancia de 28 días. El resto fueron manejados en piso.

COMPLICACIONES

De los 50 pacientes 14 presentaron algún tipo de complicación o evento adverso durante su internamiento. La complicación mas frecuente fue la sobreinfección en cinco pacientes, evidenciándose en uno de ellos sobreinfección por hongos, (Grafica 2).

Grafica 2: Complicaciones en pacientes con AHA



En cuanto a la mortalidad solo falleció un paciente en el día 29 de hospitalización, cabe mencionar que el individuo tenía hepatopatía crónica por alcohol en estadio avanzado. A otro paciente se decidió alta por máximo beneficio por petición de la familia, dicho paciente también tenía hepatopatía avanzada por alcohol crónica.

SEGUIMIENTO

Con respecto al seguimiento 70 % de los pacientes tuvieron seguimiento en los primeros 6 meses, 44% al año, 32% a los 2 años, y 26 % a los 3 años. Solo un paciente presentó un nuevo evento de absceso hepático amibiano en el primer año y fue tratado de forma ambulatoria con antibiótico vía oral sin complicaciones, el resto de los pacientes no presentaron ninguna complicación asociada al absceso y continuaron en seguimiento por el desarrollo de alguna otra patología independiente al problema hepático como por ejemplo desarrollo de Diabetes o Hipertensión

DISCUSIÓN

Dentro de los hallazgos importantes de la siguiente revisión cabe recalcar la incidencia del AHA es de 3.3 casos por año, cifra mucho menor en referencia a las series previamente publicadas de 35.7 casos por año entre 1969 y 1972 (8) y 16.8 casos por año en el período comprendido entre 1976 y 1980 (7). Esta cifra representando el 0.7% de los ingresos hospitalarios. Dicho hallazgo puede ser debido a la mejora notable en los hábitos higiénico-dietéticos de la población, así como los avances en urbanización en lo referente a agua potable y drenaje, no obstante se encontró que el 18 % de los pacientes no contaban con agua potable y el 13% no contaban con drenaje. Otra posible explicación a una menor frecuencia de AHA en nuestro hospital, el cual es centro de referencia de tercer nivel, podría ser debido al manejo médico presente en hospitales de segundo y primer nivel, dado que ante la sospecha diagnóstica el inicio imidazoles como tratamiento se ha descrito que logra un 90% de éxito en el tratamiento de los pacientes con AHA. (2)

El sexo masculino sigue predominando en relación 2:1, cifra menor a los reportes previos donde se llegaba a mostrar relaciones 6:1 y 4:1 (7,8). En la literatura internacional se han reportado proporciones hasta 17:1, lo cual se ha atribuido al mayor uso del alcohol en este sexo (1,2). Datos que se confirman en nuestro estudio en el cual se encontró alcoholismo positivo en hombres en el 60.6% y en mujeres solo en el 17%. Esto apoya la mayor prevalencia en este grupo debido a la translocación bacteriana que provoca el alcoholismo con endotoxemia circulante, la cual a través del sistema venoso portal alcanzar el lecho hepático, y afectar la actividad de las células de Kupffer.

La edad promedio se establece en 46 años acorde a los reportes nacionales e internacionales previamente publicados (1, 11,21). Demográficamente el mayor porcentaje de los pacientes afectados provienen de medio urbano, no obstante puede ser explicado por un sesgo por el tipo de población dado que la mayor parte de los pacientes atendidos en el instituto provienen de este medio.

En cuanto a enfermedades que puedan predisponer al desarrollo de AHA se encontraron de forma muy esporádica, no pudiendo establecer una relación entre la presencia de las mismas y el desarrollo de AHA. En contraste con estudios publicados en los Estados Unidos en los que se ha reportado una coexistencia de AHA con infección por VIH hasta en el 38% de los pacientes(2). No obstante de que nuestro hospital es un centro de referencia para VIH, no se encontró ningún paciente con el diagnóstico de esta enfermedad. Pero es importante aclarar que con estos hallazgos no se puede descartar la relación entre dicha enfermedad y el AHA, para lo cual sería ideal realizar un estudio buscando la historia de AHA en pacientes con diagnóstico de VIH.

Con respecto a la presentación clínica esta no se modificó con respecto a los estudios previos y la literatura internacional. El tiempo de inicio de los síntomas hasta el diagnóstico fue de aproximadamente cuatro semanas (1, 2, 3). Los síntomas más frecuentes continúan siendo el dolor abdominal y la fiebre, estando presentes en más del 90 % de los casos, como se había descrito en series previas del Instituto (7,8). En cuanto a la exploración física los hallazgos son similares con los previamente reportados siendo los hallazgos predominantes la hepatomegalia y hepatalgia, siendo el derrame pleural y la ictericia encontrados en un porcentaje mucho menor.(2).

De la misma manera las alteraciones en los estudios de laboratorio son similares a las previamente descritas, se encontró como la alteración más frecuente la leucocitosis en el 56 % de los pacientes, esto menor a lo publicado en el hospital 84 y 76%(7,8). Lo anterior podría explicarse por el hecho de que algunos de nuestros pacientes habían recibido tratamiento de manera previa en otro hospital. A su vez la alteración en las PFH que se encontró con mayor frecuencia fue la elevación de la Fosfatasa Alcalina similar a lo reportado en la literatura nacional e internacional. (2,3,7).

La determinación de sero ameba fue positiva solo en el 78% de los casos, esto menor a lo encontrado en la literatura, pese a tener una sensibilidad mayor al 90%.(6,15) Esto puede estar explicado por dos factores, el primero es que en los primeros años del estudio existía una técnica por hemaglutinación diferente para la determinación de la misma, el resultado solo era de tipo cualitativo. A su vez se ha descrito que la determinación de seroameba por ELISA es útil para detectar la exposición aguda y tiende a negativizarse a partir de los 14 días (1,2,6,15). La segunda explicación es que algunos de nuestros pacientes fueron atendidos en nuestro hospital tras recibir manejo inicial en otros hospitales, lo cual debió negativizar la seroameba.

A diferencia de los dos estudios previamente reportados ya no se realizó mas la gamagrafía hepática para el diagnóstico, dado que en la década de los 70 se consideraba el estudio de elección realizándose en casi el total de los pacientes.(8)

El USG fue el método de imagen que con mayor frecuencia se utilizó, sabiendo que en la actualidad se considera el estudio de elección, dado su bajo costo y fácil disponibilidad, teniendo una sensibilidad del 95%, y especificidad del 98% (2,3)

LA TAC de abdomen se realizó sólo en 30 pacientes, los resultados fueron similares a los reportados por USG, encontrando aproximadamente el 66% de los abscesos en el lóbulo hepático derecho y el resto en izquierdo y caudado. Similar a lo reportado previamente en el hospital y la literatura (8,2). Lo anterior es explicado por el mayor flujo proveniente de la circulación portal en el lóbulo hepático derecho.

A pesar que se ha descrito que la IRM es el método mas sensible para la detección de AHA esta solo se realizó en un paciente en la cual existía duda diagnóstica, sabiendo que no es el estudio de elección debido a su alto costo, y menor disponibilidad en los centros de atención(2).

El fármaco de elección fue el metronidazol el cual se administró en la totalidad de nuestros pacientes, no obstante llama la atención la tendencia actual de administrar tratamiento

combinado con algún otro antibiótico, dado que se uso en combinación en el 66% de los casos a diferencia de los reportes previos en los que se utilizó en combinación en solo el 23% de los pacientes, lo que debe considerarse en adelante para evitar los sobre tratamientos y el abuso de antibióticos.

Dentro del tratamiento por intervención radiológica o quirúrgico, el drenaje o cirugía se realizaron de manera similar a lo descrito en la década de los 70, requiriendo alguna de estas intervenciones el 60% de los pacientes al igual que en nuestro estudio⁽⁸⁾. Fue mucho mayor que lo presentado en la década de los ochenta en donde fue necesario alguna intervención en solo en el 20% ⁽⁷⁾, lo anterior probablemente en relación a que varios de nuestros pacientes ya habían sido manejados medicamente antes de su traslado al Instituto, complicando quizá la historia natural del absceso hepático, y condicionando complicaciones que requirieron de estos métodos terapéuticos.

Existió alguna complicación o efecto adverso durante la hospitalización en el 28% de nuestra serie, siendo estos hallazgos similares a los descritos en la literatura y los estudios previos, aunque en mayor porcentaje, lo cual probablemente es debido al tipo de pacientes con comorbilidades importantes que se manejan en el Instituto. ^(6,7,8),

La mortalidad disminuyó en relación al primer estudio realizado por Dehesa, en el cual fue de aproximadamente el 10 % a diferencia del actual solo el 2%⁽⁸⁾. Es importante mencionar que el paciente fallecido cursaba con insuficiencia hepática crónica por alcohol en estadio avanzado, y otro mas fue dado de alta por máximo beneficio también cursando con la misma enfermedad en estadio avanzado, no existiendo mortalidad en pacientes con AHA relacionada a otro tipo de patología.

CONCLUSION

El AHA es una entidad que ha disminuido su incidencia en nuestro Instituto en las ultimas 2 décadas, lo cual podría ser debido a la mejora en los hábitos higiénicos dietéticos de la población, la mejoras en urbanización manifestadas por drenaje y agua potable, la aparición de mas hospitales de primer y segundo contacto en las cuales se realiza una terapéutica medica inicial.

No se logra a través de este estudio identificar grupos de riesgo nuevos como con DM, o VIH, dado que el porcentaje encontrado es inferior al reportado, con salvedad de que en este ultimo grupo la población que tenemos es pequeña para los expediente revisados, y lo ideal seria revisar a la población de HIV como grupo basal y de estos cuantos tiene AHA para determinar totalmente el riesgo o no.

Clínicamente el AHA en su presentación no ha cambiado, así como tampoco en las alteraciones laboratoriales ya conocidas.

El Ultrasonido continua siendo el método diagnóstico de elección para AHA debido a su fácil disponibilidad y bajo costo.

En cuanto al tratamiento el metronidazol es el fármaco de elección para el tratamiento de AHA, actualmente se encontró una tendencia no justificada del uso de uso de combinaciones de otros antimicrobianos.

La mortalidad encontrada en nuestros pacientes se relacionó con falla hepática por alcohol en estadio avanzado, no encontrando relación de la mortalidad con algún otro factor o complicación presente.

Tamaño:

Tratamiento:

Drenaje:

Indicación:

Cirugía:

Indicación:

Farmacológico

Metronidazol:

Cuanto tiempo

Antibióticos:

Cuales:

Cuanto tiempo:

Estancia hospitalaria:

Estancia en Piso:

Estancia en terapia:

Complicaciones:

Perforación:

Donde:

Fistulas:

Cual:

Choque séptico:

Infección concomitante:

Otras

Mortalidad hospitalaria:

Seguimiento

Seguimiento 6 meses:

Seguimiento 1 año:

Seguimiento 2 años:

Seguimiento 3:

Seguimiento 5:

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Samuel L Stanley Jr. Amoebiasis. *Lancet* 2003; 361: 1025
- 2.- Hughes, Petri. Amebic Liver Abscess. *Infection Disease Clinics of North America*, 2000;14;565.
- 3.- Salles, Morales, Costa. Hepatic amebiasis. *Brazilian Journal of Infectious Disease*. 2003;07;1413.
- 4.-Haque, Huston, Hugues; Amebiasis; *The New England Journal of Medicine*. 2003;348;1565.
5. -Amarapurkar. Amoebic Liver Abscess. *Journal of Hepatology* ;2003;39;291;296.
- 6.- Torre Delgadillo. Abscesos hepáticos. *Gastroenterologia y Hepatologiacontinuada* 2006;5;201.
- 7.- Villalobos, Garcia, Maqueo. Absceso hepático amibiano 84 enfermos estudiados en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán en los últimos cinco años. *Revista de Investigación Clínica* 1982; 34;39.
- 8.-Dehesa, Wolpert, Cairo. Estudio Retrospectivo de 125 pacientes con absceso hepático amibiano; *Revista de Investigación Clínica* ;1975;27;129.
9. -Barroso. Absceso Hepatico Amibiano; *Revista de Investigación Clinica* ; 1969; 281.
- 10.- De la Garza et al. Tratamiento quirúrgico del absceso hepático amibiano. *Revista de Investigación Clinica*. 1987;39;355.
11. -Escandon, Treviño, Escobedo, et al. La amibiasis y el absceso Hepatico amibiano en Mexico, un problema de salud publica en la actualidad. *Revista de Gastroenterologia de México*.1996;61;378.
- 12 .- Blessmann . Epidemiology of amebiasis in a region of high incidence of amebic liver abscess in central Vietnam. *Annals Tropical Medicine*. 2002;8; 578.
- 13.-Wiwanitkit; A note on clinical presentation of amebic Liver abscess: an overview from 62 Thai patients. *BMC Family Practice*;2002;3;13.
- 14.- Prakash, Vatsala, Manisha et al. Factor influencing colonic involvement in patients with amebic liver abscess. *Gastrointestinal Endoscopy*; 2004;59;512.
- 15.- Haque. Diagnosis of amebic Liver abscess and intestinal infeccion with the Tech Lab Entamoeba Histolytica II Antigen Detection and antibody Test. *Journal of Clinical Microbiology* 2000; 38;3235.

- 16.-Sharma, Dasarathy, Verma, et al. Variants of Amebic Liver Abscess. *Archives of Medical Research*. 1997;28;272.
- 17.-Djossou. Amoebic Liver abscess Study of 20 cases with literature review. *Revista de Medicina Interna* 2003; 24; 97.
- 18.-Van Allan, Katz, Johanson. Uncomplicated liver abscess prospective evaluation of percutaneous therapeutic aspiration. *Radiology*. 1992 ;183; 827.
- 19.- Ferral, Quiroz, Hernandez, et al; Absceso hepatico:Drenaje percutaneo guiado por imagen tecnica e indicaciones; *Revista de Investigación Clínica*; 1991;43; 299-304.
- 20.-Mogollon, Molina, Martinez, et al. Drenaje Percutaneo de absceso Hepático amibiano guiado por medio de Ultrasonido. Resultados preliminares. *Revista de Gastroenterologia de México*; 1999;64; 134.
- 21.-Treviño, Escandon, Cabral. Patterns of the morbidity and mortality of amebiasis and amebic liver abscess in Mexico: *An Ecological Analysis*. *Archives of Medical Research*. 1997;28;290.