

11226
2ej
88



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**INCIDENCIA DE ABSCESO HEPATICO AMIBIANO EN EL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA PUEBLA**

ENERO - NOVIEMBRE 1984

T E S I S

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

Eva Tomasa Espíndola Jiménez

PUEBLA, PUE.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1985



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.

C O N T E N I D O

| | Pag. |
|---|------|
| I INTRODUCCION..... | 1 |
| II ANTECEDENTES CIENTIFICOS Y GENERALIDADES.... | 2 |
| III MATERIAL Y METODOS..... | 10 |
| IV RESULTADOS..... | 11 |
| V COMENTARIO..... | 22 |
| VI CONCLUSIONES..... | 23 |
| VII RESUMEN..... | 24 |
| VIII BIBLIOGRAFIAS..... | 25 |

I.- INTRODUCCION

Nuestro país es una de las zonas geográficas que siguen siendo afectadas por la amibiasis, el estudio de la enfermedad ha sido y sigue siendo preocupación de los médicos mexicanos desde mucho tiempo tratando de estudiar con más detalles la enfermedad y la lucha por lograr la cooperación del pueblo mexicano y de ésta manera en un futuro poder erradicar en forma completa el padecimiento y sus complicaciones.

Mucho se ha avanzado principalmente en lo que se refiere al conocimiento del agente patógeno, a los medios para el diagnóstico y terapéutica empleada, así mismo se ha insistido en programas basados en orientación a la salud tendientes a disminuir su frecuencia, no obstante ésto la amibiasis y sus complicaciones siguen siendo un grave problema nacional.

La amibiasis es una enfermedad infecciosa, endémica --- transmitida de hombre a hombre, de distribución mundial que se presenta lo mismo en regiones tropicales como en aquellas de clima templado ó francamente frío. La mayor parte de los autores consideran que en promedio un 20 por ciento de la población mundial se encuentra infectada por el parásito sin embargo sólo una minoría de los pacientes presentan evidencias de síntomas francos ya que el resto son portadores asintomáticos, por otra parte la relación entre un mismo número de pacientes que sufren de invasión tisular es muy variable en los distintos países (17).

El diagnóstico de absceso hepático amibiano en ciudades Latinoamericanas actualmente se hace con poca frecuencia probablemente en éstas sea menos común, pero conviene recordar que en algunos años cuando en México se empezó hacer autopsias en la mayor parte de las defunciones hospitalarias se encontró que dicho diagnóstico no había sido sospechado clínicamente en el 40 por ciento de los casos (2).

De lo antes mencionado es importante observar que de los 50 casos que en este estudio se presentan muchos pacientes ingresaron con diagnósticos inciertos ó sospechosos del padecimiento, algunos ya habían presentado manifestaciones clínicas en alguna etapa de la vida y otros no.

II.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La primera descripción del parásito fué hecha por Wilhelm Lambl en 1860 a partir de heces provenientes de niños con disentería el cual también describió a la giardia intestinalis asociando ambos parásitos a la presencia de diarrea (4).

Posteriormente otros autores efectuaron descripciones del parásito en forma esporádica y vaga, siendo el investigador ruso Friedrich Lisch quien en San Petersburgo publicó la primera prueba experimental de su papel patógeno.

Un paciente acudió a su consulta por presentar dolor abdominal y diarrea Lisch examinó las materias fecales y observó un gran número de organismos que dibujó con detalle, de modo que de tales dibujos se distinguen trofozoitos de *E. histolytica* y formas adultas de *E. coli*. Como terapéutica ensayó quinina observando que dichos parásitos se redondeaban (formas quísticas) pero la enfermedad siguió su curso y al cabo de unas semanas el enfermo murió, al efectuar la autopsia de la cavidad abdominal en el intestino identificó úlceras abundantes en la porción terminal en donde volvió a observar numerosas amibas. Los intentos que éste investigador efectuó para inocular el parásito fracasaron, pero inoculando un perro por vía bucal y enema con el producto del raspado de las úlceras intestinales logró reproducir la enfermedad (diarrea) y en la materia fecal volvió a encontrar los parásitos que ya había dibujado -- anterioridad a la muerte del perro, efectuó la autopsia del intestino grueso y encontró úlceras semejantes a las del caso clínico.

Después de esta descripción del agente etiológico de la amebiasis existen otros autores que han intervenido en el desarrollo de los conocimientos de esta enfermedad.

Koch en 1883 identificó amibas de abscesos hepáticos. En 1886 Kartulis identificó amibas en la materia fecal de 150 pacientes que presentaron disentería descubriendo también en 12 casos las amibas en los tejidos del intestino. En 1904 observó los mismos parásitos de lesiones cerebrales (9).

En la República Mexicana el primer dato se remota en 1611 en que fray Gracia Guerra arzobispo de México y virrey de la Nueva España al llegar a México sufrió una enfermedad que lo llevó a la muerte. En la autopsia se describen múltiples abs--

cesos hepáticos abiertos a través del diafragma a la cavidad pleural con erosión marcada de las costillas y posibles lesiones del parenquima pulmonar.

En 1875 el Dr. Miguel Jiménez describe casos de abscesos hepáticos pero no los relaciona con la amibiasis (17).

La primera referencia etiologica sobre la amibiasis en México es en 1896 en el trabajo realizado de Ismael Prieto donde menciona a las amibas " La intervención directa de las amibas indispensables para provocar la supuración " (17).

A partir de ésta fecha las publicaciones sobre la amibiasis se han multiplicado en nuestro medio hasta la actualidad.

A manera de recordatorio se hace un resumen sobre generalidades de amibiasis y una de sus complicaciones el absceso hepático amibiano.

GENERALIDADES SOBRE AMIBIASIS Y ABSCESO HEPATICO

AMIBIANO

Con el nombre de amibiasis invasora se designan a todos los procesos causados por la penetración de amibas patógenas en los tejidos del hombre (15).

La opinión generalmente aceptada es que *E. histolytica* vive en calidad de quiste en el intestino por circunstancias que son todavía desconocidas, la forma quística aumenta de tamaño fagocita glóbulos rojos y penetra a los tejidos; es la forma de *E. histolytica*. De acuerdo con esta interpretación el parásito tiene dos ciclos; un ciclo no patógeno durante el cual vive en la superficie de la mucosa ó en la luz del intestino, se nutre de otros microorganismos, de restos alimenticios y forma quistes, y un ciclo patógeno durante el cual vive en el espesor de los tejidos, se alimenta de los productos de la histólisis adopta la forma de trofozoito y se multiplica por división binaria.

ESTRUCTURA ULTRAMICROSCOPICA

El hecho más sobresaliente de la estructura ultramicroscopica es el escaso desarrollo de las estructuras intracitoplasmicas, éste hecho parece colocar a *E. histolytica* entre las bacterias y otros protozoarios aún del mismo género, como ciertas amibas que viven libremente, así vemos que carecen de mito

condrias y el aparato de Golgi si es que existe es rudimentario, el retículo endoplásmico está poco desarrollado y los ribosomas están generalmente libres en el citoplasma, en cambio otras clases de estructuras las vacuolas son muy numerosas en el citoplasma la mayor parte de ellas son vacuolas digestivas otras probablemente son lisosomas, la membrana que limita tiene la misma estructura que la membrana citoplásmica. En el citoplasma se encuentran gránulos de glucógeno (20).

CULTIVOS IN VITRO DE ENTAMOEBIA HISTOLYTICA

Los avances logrados en el cultivo de *E. histolytica* en medios artificiales están representados por 3 etapas:

___ Los cultivos del parásito en asociación con flora bacteriana compleja ó cultivos mixtos iniciados en 1925.

___ Los cultivos en asociación con una sóla bacteria como el bacteriodes sybiosus con otros protozoarios como el trypanosoma cruzi, cultivos llamados monoxémicos y realizados entre --- 1948 y 1960.

___ El cultivo sin asociación alguna con otros microorganismos denominados axénicos iniciado en 1961.

El cultivo de *E. histolytica* significa un avance importante y fundamental para el estudio de la amibiasis (7).

ENZIMAS DE ENTAMOEBIA HISTOLYTICA

Aún cuando los estudios son todavía incompletos se han identificado por métodos bioquímicos enzimas proteolíticas -- (tripsina, amilasa, glutaminasa, ribonucleasa deshidrogenasa málica y enzimas llamadas diaforasas) por otra parte por métodos histoquímicos se ha demostrado la fosfatasa alcalina y ácida en el protozoario. La hialuronidasa ha sido motivo de discusión.

BACTERIOLOGIA DE LA AMIBIASIS INVASORA

Durante largo tiempo se ha considerado que la flora bacteriana intestinal es necesaria para que *E. histolytica* productora de disentería amibiana en el gato aumenta considerablemente con la asociación de bacilos tíficos. Como consecuencia se ha formulado la teoría de que la amibiasis invasora es causada por un complejo etiológico que comprende por una parte-

E. histolytica y por otra parte las bacterias intestinales actuando sinérgicamente (7).

Se sabe que los abscesos hepáticos amibianos en el hombre están libres de gérmenes en la gran mayoría de los casos como se ha comprobado en los estudios realizados en el Centro Médico Nacional el material del absceso hepático amibiano es estéril bacteriológicamente en más del 90 por ciento de los casos

De lo expuesto anteriormente se llega a concluir lo siguiente:

___ *E. histolytica* es capaz de crecer en medios de cultivo y de invadir tejidos de los animales y el hombre sin ayuda de bacterias, es decir puede realizar sus funciones biológicas por sí misma y tiene poder patógeno propio.

___ La susceptibilidad de los tejidos y de las especies animales a la invasión amibiana.

___ La virulencia de *E. histolytica* en el colon de los animales de experimentación puede aumentar con asociación de bacterias.

FACTORES RELACIONADOS CON LA PATOGENIA DE LA AMIBIASIS

1.-Factores dependientes del huésped

- a).-Edad y sexo
- b).-Medio socioeconómico y desnutrición
- c).-alcoholismo.

2.-Factores dependientes del parásito

- a).-Virulencia de las diferentes cepas de *E. histolytica*
- b).-Magnitud del inóculo ó sea de la cantidad de amibas ingeridas y la repetición de las infecciones.

La influencia de estos factores es evidente particularmente en el caso de amibiasis hepática. La frecuencia del absceso hepático en el Hospital General del Centro Médico se comprobó en un periodo de 6 años que el padecimiento es 15 veces más frecuente en los adultos que en los niños.

Por lo que se refiere al sexo la disentería amibiana parece afectar por igual a hombres que a mujeres, pero el notable predominio del padecimiento es un hecho universalmente aceptado. En una serie de 1789 casos reunidos de diferentes autores-

1703 el 95 por ciento eran hombres, varios autores han querido explicar esta susceptibilidad del varón suponiendo por ser -- más común en el sexo masculino el alcoholismo y traumatismos-- considerandolos factores predisponentes, así mismo es importante el factor nutricional ya que existe un predominio en este tipo de pacientes.

d).--Raza. No hay evidencia de que por si misma sea factor contribuyente. En la experiencia mexicana la raza mestiza e indígena son las más afectadas, pero también son los grupos de población que viven en peores condiciones higiénicas.

e).--Reacciones inmunológicas. La inmunidad generalmente desempeña función importante en la resistencia del organismo a la infección amibiana. Se sabe que la amibiasis invasora determina elevación de las inmunoglobulinas del suero principalmente en la fracción IgG. Aparte de estas relaciones de inmunidad humoral se ha demostrado la existencia de reacciones de inmunidad celular por medio de pruebas cutáneas (8).

Si bien es indudable la existencia de respuesta inmunológica del organismo a la amibiasis invasora, tal respuesta se observa sobre todo cuando la invasión tisular es extensa como en el caso del absceso hepático, no sucede lo mismo cuando la amibiasis está en calidad de comensal. Así en los portadores sanos de *E. histolytica* no se han encontrado anticuerpos circulantes anti-amibianos. Con esto quiere decir que para que se produzca la reacción inmunológica es necesario que la amiba penetre a los tejidos y cause lesiones destructivas.

Aún cuando la opinión general es que un ataque de disentería amibiana no confiere inmunidad, se tiene la impresión aunque no la seguridad de que la repetición de los ataques disentéricos no es frecuente en el mismo individuo, no obstante seguir viviendo en las mismas condiciones. En cuanto al absceso hepático amibiano, la investigación hecha al respecto demostró que la proporción de pacientes que vuelven a presentar el padecimiento después de la curación es de aproximadamente 0.3 por ciento .

FACTORES ASOCIADOS

Se han tomado en cuenta para explicar las modificaciones en la acción patógena de *E. histolytica* como son: clima alimen-

tación fatiga y padecimientos concomitantes tales como otras parasitosis intestinales y paludismo.

De lo anterior se llega a la conclusión que hay varias incógnitas por resolver acerca de la patogenicidad de *E. histolytica* entre ellas figuran:

___ El predominio del absceso hepático amibiano corresponde al sexo masculino.

___ La relativa rareza de éste padecimiento en la infancia pero con igual frecuencia en ambos sexos.

___ Los factores que transforman cepas inócuas para los portadores sanos de *E. histolytica* en virulentas para otros ó bien los cambios del ciclo patógeno dentro de un mismo individuo.

___ Las causas locales y generales que determinan las distintas resistencias individual por *E. histolytica*.

___ La explicación de la frecuencia y gravedad de un mismo país con respecto a su área geográfica, así como países cuyos habitantes tienen condiciones de vida semejantes (Por ejemplo México frente a otros países de América Latina)

ABSCESO HEPATICO AMIBIANO

La amibiasis invasora del hígado en particular el absceso hepático es el resultado de varios factores, unos dependientes del huésped y otros dependientes del parásito. Afecta con mayor frecuencia a pacientes con escasos recursos económicos de deficientes hábitos higiénicos y dietéticos con predominio de los varones en la edad media. Por lo que respecta a la frecuencia de *E. histolytica* en las evacuaciones sólo se ha comprobado en 22 por ciento de un grupo de enfermos con absceso hepático amibiano (4).

En cuanto a su distribución topográfica ha sido demostrado por la centelleografía en estudios realizados en el Centro Médico Nacional que el 27 por ciento se localizó en el lóbulo izquierdo y el 83 por ciento en el derecho en éste la localización más frecuente es la posterior y superior.

CLASIFICACION. El absceso hepático amibiano se clasifica en dos formas: el absceso agudo y el crónico, se considera al que-

tiene duración mayor de dos meses, tal división resulta artificial por tratarse de un proceso evolutivo.

SINTOMATOLOGIA

HEPATITIS. Es la época de mayor efectividad para el tratamiento y prevenir la aparición de complicaciones que pueden ser mortales, pero por desgracia el momento más difícil para realizar el diagnóstico. La fase de hepatitis precede al absceso en 2 a 14 días y se caracteriza por sensación de malestar general y dolorimiento en cuadrante superior derecho de mediana intensidad con ó sin irradiación hacia el hombro del mismo lado, temperatura de 38 a 39°C remitente, la diaforesis es profusa y en la mitad de los casos presencia de tos seca - diarrea ocasionalmente se presenta vómito ó bien síntomas disintéricos.

ABSCESO HEPATICO AGUDO. Después del cuadro prodrómico anteriormente descrito ó sin él y de manera brusca se inicia al padecimiento con la aparición de 2 síntomas cardinales, dolor en área hepática y fiebre el dolor es acentuado y persistente, se exacerba con la tos, la respiración, los movimientos del tronco y decúbitos laterales.

SIGNOS FISICOS. Los signos cardinales son: hepatomegalia, hepatalgia y fiebre. El crecimiento del hígado es por lo común moderado. El dolor a la palpación es la regla se aprecia en toda la zona hepática, se hace perceptible con maniobras bruscas como a la puño percusión y compresión bimanual, es frecuente encontrar disminución ó abolición de la movilidad hemitorácica, vibraciones locales disminuidas, ruido mate a la percusión y en la auscultación ruido respiratorio débil ó abolido. La ictericia es poco común (compresión sobre vías biliares intra ó extrahepáticas) si existe es apenas ostensible en las conjuntivas.

ABSCESO HEPATICO CRONICO. Como ya se mencionó anteriormente es el que lleva más de dos meses de evolución, constituye la modalidad clínica más frecuente, bien sea derivado de un absceso agudo cuya sintomatología se ha acentuado para entrar en la fase de cronicidad ó bien desde su comienzo se comporta de manera insidiosa con evolución prolongada.

ABSCESO HEPATICO COMPLICADO. En las estadísticas por el Dr. Mon

tellano sobre la frecuencia con que se complica el padecimiento encontró una frecuencia del 20 por ciento de los casos ya que la mortalidad que el absceso hepático no complicado presenta es de 3 a 5 por ciento y aumenta en el absceso complicado a cifras de 40 a 45 por ciento (4).

AFECCION SECUNDARIA. Es la más frecuente complicación del padecimiento puede ocurrir por varios mecanismos.

___ La afección hematógena ocasionada por gérmenes que al ser arrastrados por la circulación porta causan complicaciones.

___ La infección acarreada por punciones sépticas durante los intentos de tratamiento por ese mecanismo.

___ La comunicación espontánea del absceso con cavidades sépticas ó al exterior.

___ Las complicaciones torácicas son las que se encuentran con mayor frecuencia aparecen en un 15 a 20 por ciento del total del padecimiento consisten en :

a).-Derrame pleural serofibrinoso por contigüidad del absceso a la pleura.

b).-La apertura del absceso a bronquios

c).-Apertura a pericardio.

COMPLICACIONES ABDOMINALES. La más frecuente es la ruptura del absceso a la cavidad peritoneal se presenta en dos formas: forma brusca y libre dando lugar a peritonitis generalizada ó en forma gradual dando lugar a formación de adherencias ó peritonitis localizada.

El sitio más frecuente de lesiones cutáneas es el periné - Así mismo se ha comprobado la existencia de amibiasis invasora del pene, vulva, vagina y cuello uterino.

DIAGNOSTICO. El diagnóstico del padecimiento puede ser fácil -- cuando se presenta con manifestaciones clínicas típicas y los datos proporcionados por el laboratorio y gabinete.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL. Debe tomarse en cuenta el valor del estado clínico de todo paciente con padecimientos intrahepáticos se puede confundir con algunos ejemplos clásicos como son: quiste hidatídico y la supuración intrahepática consecutiva a una infección abdominal como la apendicitis ó cuadros infecciosos febriles, así como padecimientos pleuropulmonares y enfermedades que evolucionan con hepatomegalia.

III.-MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron a los pacientes que ingresaron al Hospital General de Zona Puebla con fechas tomadas del primero de Enero al 30 de Noviembre de 1984, procedentes de distintos lugares del estado de Puebla así como de otros estados. Siendo seleccionados los sospechosos de absceso hepático amibiano, interrogados en forma directa y auxiliándose con el expediente -- clínico del cual se recopilaron los datos más importantes que facilitó el archivo del departamento de infectología, Medicina Interna y Cirugía para conocer la incidencia del padecimiento lográndose reunir 50 casos .

Todos fueron diagnosticados clínicamente confirmando su diagnóstico por medio de los datos de laboratorio y gabinete de ésta manera se procesaron los datos tomando en cuenta: edad sexo, medio socioeconómico hábitos higiénicos dietéticos, ocupación, alcoholismo, tabaquismo, abandono y forma de tratamiento orientación sobre el padecimiento y medicamentos empleados de mayor efectividad . A continuación se dan los resultados por medio de los cuadros que se presentan .

IV.-RESULTADOS

EDAD

Predominio de la segunda década de la vida con 28%

SEXO

Con mayor frecuencia en el sexo masculino alcanzando una proporción de 68 % .

ANTECEDENTES

Los principales antecedentes que presentaron los 50 casos-clínicos son: alcoholismo 78%, tabaquismo 84%, falta de higiene personal 50%, malos hábitos en la alimentación 30%, mal manejo de excretas 22%, referente a la ocupación con predominio de obreros 40%.

Otros antecedentes de importancia fueron los cuadros anteriores de manifestaciones clínicas ambianas con una frecuencia de 40%, abandono de tratamiento 20%, automedicación 30%, tratamiento prescrito en medio institucional 20%, medio privado 10%.

SINTOMAS PREDOMINANTES

Dolor en hipocondrio derecho 100%, hipertermia 90%, ataque al estado general 72%, diaforesis 44% .

EXPLORACION FISICA

Hepatomegalia 74%, reacción pleuropulmonar 70%, ictericia 8%

LABORATORIO

Anemia normocítica 64%, leucocitosis 78%, bilirrubina directa elevada 100%, fosfatasa alcalina elevada 50%, transaminasa glutámico oxalacética elevada 72%, transaminasa glutámico piruvica elevada 62%.

EXAMEN RADIOLOGICO

Elevación de hemidiafragma derecho 70%.

GAMAGRAMA HEPATICO

Localización de lesión con predominio en el lóbulo derecho 66%, lóbulo izquierdo 4%, ambos lóbulos 2%.

INFORMACION

Referente a la información se encontró que de los 50 casos el 52% recibió orientación, el 48% presentó falta de interés sobre la misma.

TRATAMIENTO MEDICO

De los casos presentados el 100% fueron tratados a base de metronidazol y dehidroemetina con buenos resultados.

CUADRO # 1**GRUPOS DE EDADES TOMADOS EN
DECADAS**

| DECADAS | CASOS | POR CIENTO |
|---------|-------|------------|
| PRIMERA | 3 | 6.0 |
| SEGUNDA | 14 | 28.0 |
| TERCERA | 12 | 24.0 |
| CUARTA | 6 | 12.0 |
| QUINTA | 9 | 18.0 |
| SEXTA | 3 | 6.0 |
| SEPTIMA | 3 | 6.0 |
| TOTAL | 50 | 100.0 |

FUENTE: Expediente clínico

CUADRO # 2

SEXO Y MEDIO SOCIECONOMICO

| SEXO | CASOS | POR CIENTO |
|-----------|-------|------------|
| MASCULINO | 34 | 68.0 |
| FEMENINO | 16 | 32.0 |
| TOTAL | 50 | 100.0 |

| MEDIO SOCIECONOMICO | CASOS | POR CIENTO |
|---------------------|-------|------------|
| MEDIO | 5 | 10.0 |
| BAJO | 45 | 90.0 |
| TOTAL | 50 | 100.0 |

FUENTE: Expediente clínico

CUADRO # 3

HABITOS Y COSTUMBRES DE LOS
50 CASOS ESTUDIADOS

| HABITOS Y CONSTUMBRES | FRECUENCIA | POR. CIENTO |
|---|------------|-------------|
| ALIMENTACION EN LA CALLE | 15 | 30.0 |
| INGESTA DE AGUA SIN --- HERVIR Y OTRAS BEBIDAS | 24 | 48.0 |
| FALTA DE HIGIENE PERSONAL Y ASEO DE MANOS | 25 | 50.0 |
| MAL MANEJO DE EXCRETAS | 11 | 22.0 |
| TABAQUISMO | 42 | 84.0 |
| ALCOHOLISMO | 37 | 74.0 |

FUENTE: Expediente clínico en interrogatorio directo del paciente

CUADRO # 4

O C U P A C I O N D E L O S 5 0 C A S O S
E S T U D I A D O S

| O C U P A C I O N | C A S O S | P O R C I E N T O |
|-------------------|-----------|-------------------|
| LABORES DEL HOGAR | 16 | 32.0 |
| OBREROS | 20 | 40.0 |
| ESCOLARES | 3 | 6.0 |
| CAMPECINOS | 11 | 22.0 |
| TOTAL | 50 | 100.0 |

FUENTE : Expediente clínico

CUADRO # 5

FORMA DE TRATAMIENTO Y ABANDONO
DEL MISMO DE 50 CASOS ESTUDIADOS

| FORMA | FRECUENCIA | POR CIENTO |
|---|------------|------------|
| TRATAMIENTO PRESCRITO EN MEDIO PRIVADO | 5 | 10.0 |
| TRATAMIENTO PRESCRITO EN MEDIO INSTITUCIONAL | 10 | 20.0 |
| AUTOMEDICACION | 15 | 30.0 |
| ABANDONO DE TRATAMIENTO | 10 | 20.0 |

FUENTE: Expediente clínico

CUADRO # 6

SIGNOS PRINCIPALES DE LOS 50
CASOS ESTUDIADOS

| SIGNOS | FRECUENCIA | POR CIENTO |
|----------------------------------|------------|------------|
| HEPATOMEGALIA | 37 | 74.0 |
| ANOREXIA | 34 | 68.0 |
| ICTERICIA | 17 | 8.0 |
| HIPOVENTILACION BASAL DERECHA | 35 | 70.0 |

FUENTE: Expediente clínico

CUADRO # 7

SINTOMAS PRINCIPALES EN LOS
50 CASOS ESTUDIADOS

| SINTOMAS | FRECUENCIA | FOR CIENTO |
|-------------------------------------|------------|------------|
| DOLOR EN HIPOCONDRIOS DE - RECHO | 50 | 100.0 |
| ATAQUE AL ESTADO GENERAL | 36 | 72.0 |
| FIEBRE | 45 | 90.0 |
| HEPATALGIA | 38 | 76.0 |
| TOS SECA | 41 | 82.0 |
| DIAPORESIS | 22 | 44.0 |

FUENTE: Expediente clínico

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO # 8

DATOS DE LABORATORIO OBTENIDOS
DE LOS 50 CASOS ESTUDIADOS

| RESULTADOS | FRECUENCIA | POR CIENTO |
|--|------------|------------|
| ANEMIA NORMOCITICA | 32 | 64.0 |
| LEUCOSITOSIS | 39 | 78.0 |
| BILIRRUBINA DIRECTA ELEVADA | 50 | 100.0 |
| COLESTEROL ELEVADO | 8 | 16.0 |
| POSPATASA ALCALINA ELEVADA | 25 | 50.0 |
| TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA ELEVADA | 36 | 72.0 |
| TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICA ELEVADA | 31 | 62.0 |

FUENTE :Expediente clinico

CUADRO # 9

DATOS DE GABINETE OBTENIDOS
DE LOS 50 CASOS ESTUDIADOS

| RESULTADOS | FRECUENCIA | POR CIENTO |
|--|------------|------------|
| GAMAGRAMA HEPATICO | 36 | 72.0 |
| LOBULO DERECHO | 23 | 66.0 |
| LOBULO IZQUIERDO | 2 | 4.0 |
| AMBOS LOBULOS | 1 | 2.0 |
| RADIOGRAFIA DE TORAX | 43 | 86.0 |
| ELEVACION DE HEMIDIA --- FRAGMA DERECHO | 35 | 70.0 |

FUENTE : Expediente clinico

CUADRO # 10

FALTA DE ORIENTACION E INTERES
DE LOS 50 CASOS ESTUDIADOS

| | | |
|----------------------|----------|---------|
| FALTA DE ORIENTACION | 26 CASOS | 52.0 % |
| FALTA DE INTERES | 24 CASOS | 48.0 % |
| TOTAL | 50 | 100.0 % |

MEDICAMENTOS EMPLEADOS EN LOS
50 CASOS ESTUDIADOS

| | | |
|-------------------------------|----------|---------|
| DEHIDROEMETINA Y METRONIDAZOL | 50 CASOS | 100.0 % |
|-------------------------------|----------|---------|

FUENTE: Expediente clínico e interrogatorio
directo del paciente.

V.- COMENTARIO

Como se ha observado la incidencia del absceso hepático ambiano en el Hospital General de Zona Puebla donde se realiza el estudio que se presenta es elevada, lo que significa la persistencia del padecimiento por varios factores de los cuales se han podido observar en los resultados que anteriormente se presentaron. Entre ellos figuran la falta de orientación adecuada de los pacientes ó bien la falta de interés para prevenir el padecimiento, dando como resultado el abandono de tratamiento ó automedicación la falta de higiene a la que está poco acostumbrada nuestra población, la necesidad ó hábito de alimentación fuera del hogar y en forma inadecuada lo cual contribuye a la desnutrición, el alcoholismo frecuente en el sexo masculino, la falta de interés de las autoridades sanitarias para el mejoramiento ambiental. Todos estos factores contribuyen a la ambiasis y su complicación frecuente el absceso hepático ambiano que si bien en los casos presentados es nula la mortalidad no deja de ser un padecimiento que no está libre de complicaciones, mientras existan los factores antes mencionados es difícil la erradicación completa de la enfermedad que afecta a nuestro país

VI.-CONCLUSIONES

Tomando en cuenta las opiniones de los distintos autores-- y los datos obtenidos de los 50 casos clínicos estudiados se-- llega a las siguientes conclusiones.

___ Es un padecimiento causado por la invasión del hígado te-- niendo como agente responsable a *E.histolytica*.

___ Se presenta con mayor frecuencia en la segunda y tercera -- décadas de la vida.

___ Tiene predominio en el sexo masculino.

___ Los antecedentes personales más frecuentes son: insalubri-- dad, alcoholismo, desnutrición y tabaquismo.

___ Con predominio de ocupación en obreros, campesinos y labo-- res del hogar.

___ Pacientes con abandono de tratamiento y automedicación con manifestaciones clínicas de amibiasis.

___ Los síntomas predominantes del padecimiento son: dolor en -- hipocondrio derecho ataque al estado general, fiebre, hepatalgia y diaforesis.

___ Los signos principales son: hepatomegalia, anorexia, hipoven-- tilación basal derecha,

___ Los resultados de laboratorio presentaron: anemia normociti-- ca, leucocitosis, bilirrubina directa elevada, fosfatasa alcalina elevada, transaminasa glutámico oxalacética y piruvica elevadas

___ El gamagrama hepático uno de los medios más eficaces para-- el diagnóstico mostró defecto de captación con predominio en -- el lóbulo derecho en menor proporción en el izquierdo y con me-- nos frecuencia en ambos lóbulos .

___ La radiografía de tórax con predominio de elevación de he-- midiafragma derecho y hepatomegalia.

___ El diagnóstico debe realizarse en base a 3 aspectos: mani-- festaciones clínicas, datos de laboratorio y gabinete .

___ Las principales complicaciones son: las torácicas y las ab-- dominales.

___ El tratamiento empleado en estos casos es el metronidazol y la dehidroemetina.

VII.- RESUMEN

El absceso hepático amibiano es un padecimiento muy frecuente en nuestro país, el cual no obstante los adelantos en el diagnóstico y tratamiento sigue siendo un grave problema nacional causando estragos en la población .

De los casos clínicos que en este estudio se presentan se puede observar que la población más afectada es la de escasos recursos económicos, deficientes hábitos higiénicos y dietéticos, con alcoholismo y tabaquismo positivos, siendo estos factores propicios de *E. histolytica* para desarrollar su patogenicidad .

Es indispensable insistir en programas tendientes a formar conciencia en la población así como en las autoridades sanitarias y de ésta manera disminuir la frecuencia de la amibiasis así como sus complicaciones mediante las siguientes sugerencias:

PREVENCION PRIMARIA

Educación higiénica

Educar a nuestro pueblo sobre su nutrición

Mejorar y crear hábitos higienicos

Protección específica

Saneamiento de la vivienda

Medios de higiene personal

Lavado de manos antes de tomar los alimentos

Lavado correcto de verduras y alimentos crudos

Ebullición y cloración del agua

Promover el saneamiento ambiental

Tratamiento de portadores sanos

PREVENCION SECUNDARIA

Diagnóstico precóz

Historia clínica completa

Identificación de signos y síntomas

Estudios básicos

Control periódico

Tratamiento oportuno

Medicamentos específicos a dosis adecuadas

Nutrición completa

Limitación de la incapacidad

Prevenir complicaciones

Evitar la muerte

PREVENCION TERCIARIA

Especialmente rehabilitación nutricional

VIII.- BIBLIOGRAFÍAS

- 1.-Aunabel MM, Sepulveda AB, Investigación del trofozoito de *E. histolytica* en el absceso hepático amibiano. *La Prensa Médica* 1979; Vol 7: 15-18.
- 2.-Biagi FF, Enfermedades parasitarias. México DF; La prensa médica Mexicana S.A, 1976. 18-22.
- 3.-Dominguez BJ, Complicaciones del absceso hepático amibiano. *Semana Médica de México* 1976 ; Vol 12: 4-8.
- 4.-Harnold BW, Parasitología clínica México DF. Edit. Interamericana S.A 1981. 94-124.
- 5.-Hernan SM, Salud y enfermedad . *Semana Médica de México* 1976 Vol 15: 7-9.
- 6.-Lee EC, Localización del antígeno amibiano en las inmunoglobulinas del suero en pacientes con amibiasis . México DF. --- Edit. Interamericana , 1980: 22-24.
- 7.-Ianda CR, Estudios de inmunidad celular sobre la amibiasis-invasora. México DF, Edit. Interamericana , 1980. 2-15.
- 8.-Perches AK, Inmunoglobulinas del suero en la amibiasis. Trabajo presentado en el IV Congreso Nacional de gastroenterología México 1969. 4-12.
- 9.-Mourey VI, El papel de la flora bacteriana en la rectocolitis amibiana. Trabajo presentado en el IV congreso nacional México 1969.
- 10.-Pérez TG, Patología clínica México DF; La prensa médica Mexicana 1976, 61-64.
- 11.-Pacheco CR, Complicaciones torácicas del absceso hepático--- amibiano. Trabajo presentado en la mesa redonda sobre amibiasis hepática, XII Jornadas médicas de la academia Nacional Norelia 1970.
- 12.-Treviño CM, De la Torre RF, Microscopía electrónica de *E. histolytica* . Trabajo presentado en el IV congreso Nacional de gastroenterología México 1969.
- 13.-Revolledo LM, Gastroenterología clínica México DF, Edit. Escuela Nacional de medicina 1978. 921-925.

- 14.-Sepulveda AB, Bassols FM, La amibiasis del hígado su diagnóstico, pronóstico y tratamiento .Archivos de Investigación 1984; Vol 15: 1-11.
- 15.-Sepulveda AB, Problemas de diagnóstico en la amibiasis, Investigación clínica 1960; Vol 4: 12-115.
- 16.-Sepulveda AB, La amibiasis invasora por E.histolytica, Gaceta médica 1970; Vol 15: 201-251.
- 17.-Segovia BE, La ribonucleasa del suero en la amibiasis hepática .Trabajo presentado en el VI congreso Nacional de gastroenterología México 1970 Vol 8 : 3-15