



11226
2ej
2/7

Universidad Nacional Autónoma de México
Instituto Mexicano del Seguro Social

**"COMPORTAMIENTO CLINICO DEL ABSCESO
HEPATICO AMIBIANO EN LA REGION
DEL VALLE DEL YAQUI"**

PRESENTA:

DR. MARIO RAFAEL PABLOS MONTES

**Residente de Segundo Año
de Medicina Familiar**

1985

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

RESUMEN

I.- INTRODUCCION	1-7
II.- MATERIAL Y METODO.	8-10
III.- RESULTADOS (GRAFICAS).	11-40
IV.- DISCUSION	41-48
V.- CONCLUSIONES.	49-50
VI.- BIBLIOGRAFIA.	51-52

RESUMEN

Se trata de un estudio de revisión retrospectivo prospectivo, realizado en el ámbito del hospital general de zona No. 1, de Ciudad Obregón, situado en el Valle del Yaquí, Sonora, el cual incluye 60 casos de absceso Hepático Amibiano, con el objeto de conocer las características clínicas y epidemiológicas de éste padecimiento, comparándolas con las conocidas en forma clásica por otros estudios.

Se encontró que el absceso Hepático Amibiano fué más frecuente en hombres que mujeres, con una relación de 4:1, siendo la cuarta década de la vida la más afectada. El bajo nivel Socioeconómico y cultural, así como el antecedente de alcoholismo fueron determinantes en la mayoría de los casos. La sospecha clínica diagnóstica al ingreso fué del 65%. La Colecistitis aguda fué el principal diagnóstico diferencial.

La tríada dolor, Hepatomegalia y Fiebre fué la regla en la mayoría de los casos; así el Dolor se encontró en el 100 por ciento de los casos; la Fiebre en el 91% y la Hepatomegalia en el 83 por ciento de los casos. La complicación más frecuente fué el derrame pleural derecho.

Presentaron Anemia el 56% y Leucocitosis con Neutrofilia el 93% de los casos. El Ultrasonido tuvo una efectividad del 94.5% y la Gamagrafía del 100%.

La respuesta al tratamiento médico fué excelente en la mayoría de los casos. Requirieron Cirugía 10 - pacientes, de los cuales tuvieron una respuesta - excelente en 7 casos, falleciendo los 3 restantes - por complicaciones previas al acto quirurgico. La - mortalidad general fué de 10%.

En conclusión, las características clínicas y pa-
raclínicas encontradas no son diferentes a las clá-
sicamente descritas y, sólo vinieron a corroborar lo-
ya conocido acerca de éste padecimiento.

INTRODUCCION

México es uno de los países con más amibiasis en el mundo. Se ha encontrado en 1.6% a 2.1% de todos los pacientes admitidos en los hospitales generales, y en 4.7% de las autopsias realizadas, ocupando el cuarto lugar como causa de defunción, precedida sólo por el cáncer y tuberculosis. (1). Acerca de la frecuencia del absceso hepático amibiano (AHA), un estudio hecho en varios hospitales del IMSS, en México, D.F. de un total de 278 425 internamientos, 1804 fueron casos de AHA (0.78%). Murió uno de cada 10 enfermos con AHA. (1). En el servicio de gastroenterología del Hospital General del Centro Médico Nacional del Seguro Social se reciben cada año en hospitalización unos 10,000 pacientes, de los cuales de 200 a 220 padecen amibiasis invasora del hígado, o sea aproximadamente un 2% del total de pacientes internados en el Hospital (2). Otro estudio realizado con el fin de ver la frecuencia del AHA en grupos de población de buena situación económica, también en el D.F., se encontró una tasa de 0.8% en el ejercicio privado (3). Los índices de mortalidad por amibiasis hepática antes de 1970 variaron entre 0.9 y 12.8%, y en la última década las cifras se redujeron a 3.8% (1). La mayor frecuencia se observa entre los 30 a 50 años de edad, con predominio importante de los grupos privados de recursos sanitarios. En estas edades, el padecimiento tiene una proporción cua-

tro veces mayor en el hombre que en la mujer. La frecuencia después de los 50 años es igual en ambos sexos. Es 15 veces menor en el niño que en el adulto. - es indudable que es una enfermedad de la miseria y de la ignorancia, que predomina en sujetos con hábitos - higiénico dietéticos defectuosos. En estudios realizados en la Ciudad de México, se vió que la enfermedad era 4 veces más frecuente en aquéllos grupos que no disponían de recursos sanitarios, tales como abastecimiento de agua, eliminación correcta de excretas, - higiene de la habitación, etc. (4).

Hay algunos factores que vuelven al sujeto más susceptible a la invasión amibiana, como son: El alcoholismo, la desnutrición, asociación de otras enfermedades principalmente otras parasitosis intestinales y la - raza. (2).

El mecanismo de transmisión es mediante los quistes - expulsados con las materias fecales del individuo portador sano o enfermo de amibiasis. Los manipuladores de alimentos son el medio más frecuente de transmisión. El AHA tiene como antecedente un episodio de amibiasis intestinal en el 25% de los casos (2).

La amibiasis invasora, que prevalece en algunos países de clima cálido, se produce cuando alguna cepa de tal parásito, dotada con poder patógeno, invade la mucosa intestinal. Al circular por la sangre, puede originar lesiones extraintestinales, sobre todo abscesos hepáticos. la experiencia clínica ha señalado que la ami-

biasis invasora ocurre frecuentemente en donde prevalecen algunas cepas virulentas de E. Histolytica y son abundantes las infecciones repetidas por transmisión fecal, debido a la deficiencia en la eliminación de los excretas humanas y al manejo inadecuado de los alimentos. (4).

Respecto a las manifestaciones clínicas del AHA, en su forma típica presenta 3 datos que son característicos: - Dolor espontáneo, acentuado y persistente en el área hepática. Fiebre alta, con diaforesis profusa y hepatomegalia dolorosa. la presencia de otros signos y síntomas está condicionada a la aparición de complicaciones y, varía de acuerdo a la situación y gravedad de las mismas.

Los datos de laboratorio más importantes son: Biometría hemática con leucocitosis y neutrofilia. Las pruebas de funcionamiento hepático generalmente no están alteradas. La fosfatasa alcalina puede estar aumentada. Las reacciones serológicas constituyen uno de los recursos más importantes para el diagnóstico, resultan positivas en cerca del 90%. Tienen gran sensibilidad y elevada especificidad y, por consiguiente nunca deben omitirse en el estudio de un enfermo en quien se sospecha amibiasis invasora. (5, 6).

El estudio radiológico del tórax es de particular importancia. La primera alteración que produce es un levantamiento en el hemidiafragma, con mayor frecuencia el derecho. También se puede observar doble contorno -

del músculo diafrágmatico. la posición lateral es la más adecuada, y la que permite observar el hemidiafragma derecho levantado en su totalidad en los grandes abscesos. Por otra parte, la ausencia de elevación del hemidiafragma, no elimina la posibilidad de que exista absceso. En los niños el 30% de los abscesos amibianos no levantan el diafragma. (2). Un avance importante en el diagnóstico del AHA lo constituyen la gamagrafía y más recientemente la ultrasonografía hepática.

La gamagrafía (centelleografía) se ha considerado como el método de elección para el diagnóstico de lesiones focalizadas, ocupantes de espacio, como abscesos, quistes y tumores, aunque en ocasiones la información que proporciona es inespecífica para el diagnóstico diferencial. La eficiencia del método es de aproximadamente 87%, según varios investigadores (7,8). El método es de gran utilidad para valorar la evolución del padecimiento y su reacción a la terapéutica instituida. la mayoría de los defectos de captación causados por abscesos desaparecen en los primeros 6 meses (7).

Ultrasonografía. Es un método diagnóstico que permite visualizar el hígado en forma directa, sin causar daño al organismo, La eficacia en el diagnóstico ha sido estimada por An y Col. en 94.8% y por Wang y Col. en 95.9% (9). El AHA se identifica por una imagen sonolúcida, y con ella es factible estudiar situación, número y tamaño de las lesiones y volumen de su conteni-

do. Una de las aportaciones más significativas del método es su capacidad para establecer diagnóstico diferencial entre las lesiones focales del hígado y lesiones extrahepáticas. la diferencia entre el absceso y las lesiones focales sólidas se establece con facilidad en la mayoría de los casos.

TRATAMIENTO. A) Médico. Se utilizan 4 drogas: Emetina, dehidroemetina, cloroquina y metronidazol. La utilidad aislada de cada una de las tres primeras es aproximadamente del 70% (10). El metronidazol usado aisladamente muestra una efectividad del 89%. (10). La combinación dehidroemetina-cloroquina tiene una efectividad del 83% y la combinación metronidazol-dehidroemetina del 96% (10,11), por lo que ésta última combinación es la más usada en la actualidad, a una dosis de 2.4 gr. de metronidazol diarios, vía oral y 60 mg-IM. de dehidroemetina, por 10 días.

B) Quirúrgico. debe reservarse para los casos rebeldes al tratamiento médico, o ante la amenaza o presencia de complicaciones. En la terapéutica quirúrgica se consideran 2 métodos: La punción evacuadora y la canalización abierta. ambas tienen indicaciones precisas y deben aplicarse en combinación o asociación con drogas antiamibianas. (12,13).

Complicaciones. Las torácicas son las más frecuentes y éstas son: Derrame pleural, derrame pericárdico, apertura a bronquios, a pleura o pericardio. Otras

complicaciones son: Perforación del absceso a cavidad abdominal (estómago, Colon), llegando a producir peritonitis y fístulas. muy rara vez hay apertura a un gran vaso-vena cava-con diseminación de la infección a todo el organismo.

Recaídas. Ocurren aproximadamente en 0.3% y no se observan recaídas de las complicaciones torácicas. Esto se ha explicado porque la reacción inmunológica que produce el AHA y que se manifiesta por la positividad de las reacciones serológicas, se debe a la presencia de anticuerpos antiamicobianos protectores y entonces aún cuando el paciente vuelva al medio de vida con poca higiene, no tiene recaídas (2,4,11).

En un estudio sobre AHA hecho en el Instituto Nacional de la Nutrición, en la Cd. de México, en el año de 1982, se revisaron durante 5 años un total de 84 enfermos, 68 casos (78%) fueron masculinos y 18 casos (22%) femeninos. Se encontró el antecedente de alcoholismo en el 75% de los casos. El síntoma más frecuente fue el dolor, en el 100% de los casos y la fiebre en el 96% de los casos, El diagnóstico se sospechó clínicamente en el 97% de los casos. El gamagrama confirmó el diagnóstico en el 93% y el ultrasonido en el 100% de los casos en que se efectuó. Se llevó a cabo tratamiento médico exclusivamente en el 80% de los pacientes y quirúrgico en el 20%. En todos los pacientes en que se administró tratamiento médico el resultado fue favo

nable. La evolución de los pacientes intervenidos quirúrgicamente también fué excelente (14). ocurrieron complicaciones en 8 casos (9%). y la mortalidad fué de 0.

En la región del Valle del Yaquí la prevalencia de AHA es elevada y hemos observado que el comportamiento clínico y paraclínico es en muchas ocasiones diferente al clásicamente descrito en la Literatura médica, pero debido a que no contamos con estudios previos que analizaran éste problema, decidimos realizar el presente trabajo, con la hipótesis de que el Absceso Hepático Amibiano en nuestra región del Valle del Yaquí tiene características clínicas y paraclínicas diferentes a las descritas clásicamente .

MATERIAL Y METODOS

Se llevó acabo éste estudio en el Hospital General de Zona #1, IMSS, de Ciudad, Obregón, Son., Es un estudio de tipo retrospectivo-Prospectivo, donde se analizan un total de 60 pacientes con Absceso Hepático Amibiano, correspondiendo 17 al año de 1984 (No es la cifra total para ése año), y 43 casos vistos durante el año de 1985, que fuéron el total de casos que se presentaron durante el lapso comprendido entre el 10 de Enero y el 30 de Octubre de 1985.

Los datos se obtuvieron mediante un cuestionario elaborado previamente y que se anexa al final del estudio. Los 17 casos del año de 1984 se analizaron exclusivamente con el expediente clínico. Los 43 casos ocurridos de Enero a Octubre de 1985 se analizaron mediante el interrogatorio, la Exploración física y datos de laboratorio y Gabinete.

Como requisitos para el estudio se tomaron los siguientes: Que fueran pacientes adultos (superior a los 15 años) y que estuvieran hospitalizados.

Las variables que se investigaron fueron: Incidencia por sexo y edad, nivel cultural: Bajo (Analfabetas, Primaria)., Medio (Secundaria y Preparatoria) y Alto (Profesionistas). Estado Nutricional: deficiente, regular y bueno (según peso y talla). Ocupación Medio de procedencia. (Urbano o rural). Higiene Personal (Deficiente, Regular y Bueno). Calidad del agua ingerida (Potable o no Potable). Medio de eliminación-

de los excretas. alcoholismo (Bebedor ocasional ± : - el que bebe una o dos veces por semana sin llegar a - la embriaguez ++ : y el bebedor cronico, que casi a - diario ingiere bebidas alcoholicas +++).

Tiempo de evolución del padecimiento previo al in - greso. Tiempo medio de Estancia Hospitalaria. Certeza en el Diagnóstico de Ingreso. falla en el diagnóstico de ingreso. Principales enfermedades con que se hizo diagnóstico diferencial. Presentcia ó ausencia de fiebre y tipo de ésta. Presencia ó ausencia de Hepatomegalia. Localización del dolor. Principales complica - ciones. Localización del absceso en el hígado.

Datos de laboratorio : Hemoglobina (normal más de 12 gramos). leucocitos (normal menos de 10 000). Bili - rrubina Directa (normal; menor de 0.5 mg.) . Bilirru - bina Indirecta (normal hasta 0.8 mg.). Transaminasa - glutámico Oxalacética (normal hasta 40u) transaminasa glutámico pirúvica. (normal : Hasta 35u). Neutrófilos (normal: 50-70). linfocitos (normal 15 a 25). Telerra - diografía de tórax: Con o sin elevación del hemidia - fragma derecho. ultrasonido (efectividad). gamaografía - hepática (% de efectividad). Tratamiento Médico: - todos los pacientes fueron manejados con metronidazol y Dehidroemetina combinados y algunos requirieron - cloroquina. Respuesta al tratamiento médico (Excelen - te: Los que curaron completamente y evolucionaron - bien desde el principio. Regular: aquellos que en un - principio no respondieron bien, pero que al final cu -

raron completamente. Mala: Aquellos que nunca respondieron adecuadamente al tratamiento médico, llegando inclusive algunos a requerir manejo quirúrgico); Pacientes que requirieron manejo quirúrgico y tipo de cirugía y respuesta al tratamiento quirúrgico.

RESULTADOS

El resultado del análisis de los 60 pacientes con AHA del presente estudio es el siguiente: Su distribución en cuanto a sexo, predominó en el masculino con 47 casos (78.3%), y sólo 13 casos (21.7%) fueron femeninos (Gráfica 1). del grupo de hombres, el mayor número de casos se encontró entre los 26 y los 45 años (53.1%)., Del grupo de las mujeres el mayor porcentaje ocurrió entre los 46 a 55 años de edad (30.7%)(Cuadro 1), En forma global la década más afectada fué la de los cuarentas.

Medio de procedencia. Del total de 60 pacientes, 32 casos (53.4%). Provenían del medio rural, y 28 casos (46.6%) del medio urbano (gráfica 2).

Ocupación. El mayor porcentaje fué de jornaleros con un total de 25 casos (41.6%). en segundo lugar los obreros 16 casos (26.6%). en tercer término las amas de hogar con 11 casos (18.4%). Los oficinistas, pescadores y pensionados con dos casos cada uno (3.4%). y finalmente un comerciante y una enfermera con un caso cada uno (1.6%). (Cuadro No.2).

Nivel cultural. El mayor porcentaje de pacientes tenían un nivel bajo (78.3%), de los cuales 24 casos (40%) eran analfabetas y 23 (38.3%) tenían diversos grados de primaria. Los de nivel medio fueron 12 casos (20%), y solamente un paciente con estudios profesionales (1.7%) (Cuadro3).

Estado Nutricional. Como en la variable anterior, - el estado nutricional deficiente fué predominante con 29 casos (48.3%). En segundo lugar con 14 casos (23.3%) con Edo. Nut. Regular y en 17 casos (28.4%) fué bueno - (Gráfica No.3).

Higiene personal. En 42 casos (70%) la Higiene fué de deficiente. En 7 casos (11.6%) fué regular y en 11 casos (18.4%) fué buena (Gráfica No.4).

Calidad del agua ingerida. En 40 casos (66.6%) to - maban agua potable y 20 casos (33.4%) no potable.

Eliminación de los excretas. Del total de 60 pacien - tes, 25 casos (41.6%) tenían drenaje intradomiciliario y 35 casos (58.4%) carecían de éste (cuadro No.4).

Alcoholismo. éste fué negativo en 24 pacientes (40%) y positivo en 36 pacientes (60%), con los siguientes - grados: + en 6 pacientes (10%). ++ : 19 casos (31.6%) - y +++ : en 11 casos (18.4%)(cuadro No.5).

Tiempo de evolución previo al ingreso. El mayor nú - mero ocurrió entre los 0-21 días, con un total de 53 - casos (88.2%)(cuadro No.6).

El tiempo promedio de estancia hospitalaria fué de - 12.8 días.

Certeza en en diagnóstico de ingreso. Se acertó en - 39 casos (65%). Se falló en 21 casos (35%). (gráfica - No.5).

Principales enfermedades con que se hizo diagnósti - co diferencial. Colecistitis aguda en 8 casos (21%) - Apendicitis 5 casos (13.2%). Brucelosis, Cáncer Hepáti

co y abdomen agudo también con 5 casos (13.2%). Hepatitis 3 casos (7.8%). Neumonía basal derecha, pielonefritis aguda y enfermedad ácidopéptica con 2 casos cada una (5.3%). Cirrosis hepática con un caso (2.6%) (Cuadro 7).

Fiebre. Se encontró en 55 casos (91.6%) y sólo en 5 casos estuvo ausente (8.4%). De los casos febriles, en 35 la fiebre fué de tipo intermitente, y en 20 casos (33%) fué de tipo continua (Gráfica No. 6).

Hepatomegalia. Se encontró en 30 casos (83.4%). En 10 casos (16.5%) estuvo ausente.

Localización del dolor. En 38 casos (63.5%) el dolor se localizó en hipocondrio derecho. Fué difuso en 8 casos (13.3%). En epigastrio 4 casos (6.6%). Hipocondrio derecho y epigastrio en 6 casos (10%). Escapular derecho en 2 casos (3.3%) y finalmente fosa ilíaca derecha y fosa renal derecha con un caso cada una (Cuadro 8)

Región hepática lesionada. En 44 casos (73.3%) se lesionó el lóbulo derecho. En 7 casos (11.6%) el lóbulo izquierdo. En 4 casos (6.6%) ambos lóbulos, y en 5 casos (8.5%) no se confirmó el sitio (Gráfica no. 7).

Complicaciones. En 38 casos no se presentó ninguna complicación (60.3%). Derrame pleural con 12 casos fué la más frecuente (19.7%). Absceso roto a cavidad abdominal y peritonitis generalizada secundaria en 6 casos (9.5%). Absceso roto a abdomen y tórax en 1 caso (1.1%). Sepsis en 4 casos (6.3%) y sangrado de tubo digestivo alto en 2 casos (3.1%) (Cuadro No. 9).

Antecedentes de amibiasis intestinal. Había antecedentes positivos de disentería amibiana en 22 casos (36.6%), de los cuales el mayor porcentaje (68.1%) estaba comprendido entre los 0-30 días previos al inicio de sintomatología del AHA (Cuadro No. 10).

Datos de laboratorio. Hemoglobina: Presentaron anemia un total de 34 pacientes (56.6%), de los cuales el 43.3% estaban comprendidos en el grupo de 9-11 gramos (anemia leve a moderada) y 8 casos (13.3%) con Hb menor de 9 gramos (anemia severa). (Cuadro No. 11).

Se encontró leucocitosis en 56 casos (93.3%), distribuidos de la siguiente manera: Menos de 10000 leucocitos; 4 casos (6.6%). 10-15 000 L 21 casos (35%). Con 16-20 000 L 22 casos (36.6%). De 21-25 000 L 7 casos (11.6%) De 26-30 000 L 1 caso (1.6%) y con más de 30 000 L con 5 casos (8.6%) (Cuadro No. 12).

Neutrófilos. Se encontró neutrofilia en 56 casos (93.3%), con la siguiente distribución; De 50-70 N 4 casos (6.6%). De 71-80 N 18 casos (30%). De 81-90 N 29 casos (48.3%) y más de 90 N 9 casos (15.1%). (Cuadro No. 13)

Linfocitos. En 27 casos las cifras fueron normales (45%). En 28 casos con linfopenia (46.6%) y en 5 casos (8.4%) con linfocitosis (Cuadro No. 14).

Transaminasa glutámico oxalacética. En 22 casos (52.3%) cursaron con cifras normales, de un total de 42 casos en que se practicaron. En 20 casos (47.7%) las cifras fueron altas, de los cuales sólo 8 pacientes su

peraron las 100 u(Cuadro No. 15).

Transaminasa glutámico pirúvica. En 21 casos las cifras fueron normales(61.7%) de un total de 34 pacientes en que se practicaron.En 13 casos las cifra fueron superiores a lo normal(38.3%),de los cuales sólo en 5 casos(14.7%) las cifras excedieron de 100 u(Cuadro 16).

Bilirrubina directa.Se practicó en 43 pacientes. El grupo quedó así: 0-0.5 mg con 20 casos(46.6%). De 0.5-1 mg 15 casos(34.8%). De 1 a 2 mg 5 (11.6%) De 2 a 3 mg 2 casos(4.6%) y más de 3 mg 1 caso, que corresponde a un 2.4% del total(Cuadro No. 17).

Bilirrubina Indirecta. Se practicó en 43 pacientes, encontrándose normal en 38 casos(88.4%) y sólo en 5 casos superior a los 0.8 mg, sin pasar ninguno de ellos de 1.5 mg(Cuadro No. 18).

Radiografía de Tórax. Se encontró elevación del hemidiafragma derecho en 34 casos(56.6%), mientras que en el resto fué normal(Gráfica No. 8).

Ultrasonido.Se practicaron un total de 37. Fueron positivos en 35 casos(94.5%) y en 2 casos negativos(5.5%)(Gráfica No. 9).

Gamagrafía hepática. Se practicaron 5, los cuales todos salieron positivos.

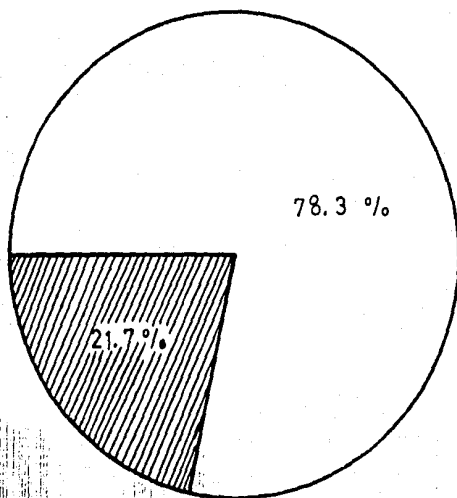
Tratamiento médico. La respuesta fué excelente en 44 casos(73.4%). Fué regular en 3 pacientes(5%) y mala en 13 casos(21.6%)(Cuadro No. 19).

Tratamiento quirúrgico. Requirieron cirugía 10 pacientes(16.6%).En todos se practicó Laparotomía Exploradora,con drenaje del absceso y canalización.La evolución postquirúrgica fué excelente en 7 casos(70%), - y mala,ya que fallecieron,en 3 casos(30%),por complicaciones graves,como sepsis y sangrado de tubo digestivo alto(Cuadro No. 20).


La mortalidad general fué de 10%. Fallecieron 6 -
pacientes.

GRAFICA No.1

ABSCESO HEPATICO AMIBIANO SEGUN SEXOS



FUENTE ARCHIVO CLINICO

 HOMBRES

 MUJERES

CUADRO No.1

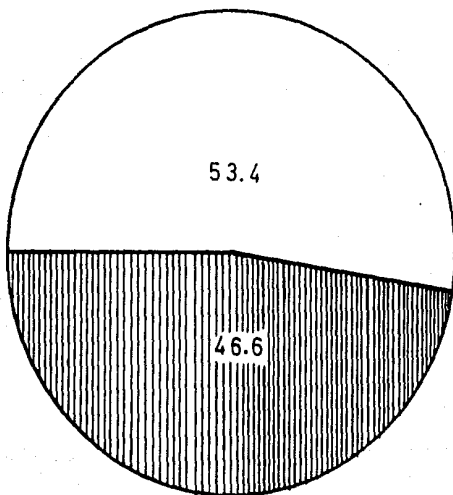
Distribución Según Sexo y Edad -
Del Absceso Hepático Amibiano.

SEXO \ EDAD	MASCULINOS		FEMENINOS	
	No.	%	No.	%
11-25	4	8.5	3	23.0
26-35	13	27.6	1	7.6
36-45	12	25.5	2	15.9
46-55	3	6.3	4	30.7
56-65	8	17.0	1	7.6
66-75	4	8.5	1	7.6
76-85	3	6.6	1	7.6
TOTAL	47	100	13	100

FUENTE DE ARCHIVO CLINICO


GRAFICA No.2

ABSCESO HEPATICO AMIBIANO Y MEDIO DE PROCEDENCIA



FUENTE ARCHIVO CLINICO

 MEDIO RURAL

 MEDIO URBANO

CUADRO No. 2

OCUPACION EN PACIENTES CON ABSCESO HEPATICO AMIBIANO

OCUPACION	No.	%
Jornaleros	25	41.6
Obreros	16	26.6
Hogar	11	18.4
Oficinistas	2	3.4
Pescadores	2	3.4
Pensionados	2	3.4
Comerciantes	1	1.6
Enfermera	1	1.6
TOTAL	60	100.0

FUENTE DE ARCHIVO CLINICO

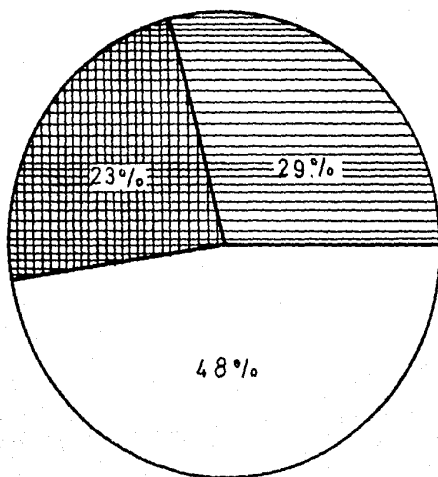
CUADRO No. 3
ESCOLARIDAD EN PACIENTES CON ABSCESO HEPATICO AMIBIANO

ESCOLARIDAD	No.	%
Analfabetas	24	40.0
Primaria	23	38.3
Secundaria Y/o Comercio	9	15.0
Preparatoria	3	5.0
Profesionistas	1	1.7
T O T A L	60	100

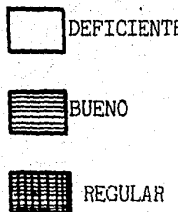
FUENTE DE ARCHIVO CLINICO

GRAFICA No.3

ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON ABSCESO HEPATICO AMIBIANO

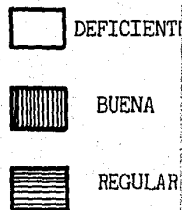
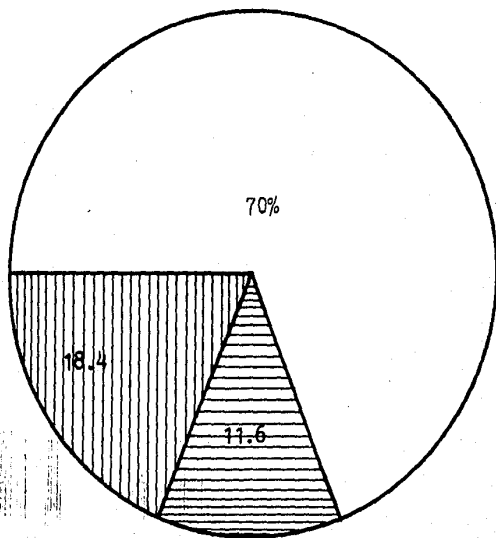


FUENTE ARCHIVO CLINICO



GRAFICA No. 4

HIGIENE PERSONAL EN PACIENTES CON ABSCESO HEPATICO AMIBIANO



FUENTE ARCHIVO CLINICO

CUADRO No. 4
ELIMINACION DE LOS EXCRETAS EN PACIENTES CON AHA

TIPO	No.	%
Drenaje	25	41.8
Fosa Septica	20	33.3
Letrina	8	13.3
Aire Libre	5	8.3
Pozo Negro	2	3.3
T O T A L	60	100.0

FUENTE DE ARCHIVO CLINICO

CUADRO No.5

ALCOHOLISMO EN PACIENTES CON ABSCESO HEPATICO AMIBIAN

GRADOS	No.	%
Negativos	24	40.0
+	6	10.0
++	19	31.6
+++	11	18.4
TOTAL	60	100.0

FUENTE DE ARCHIVO CLINICO

CUADRO No. 6
 TIEMPO DE EVOLUCION PREVIO AL INGRESO EN PACIENTES CON AHA.

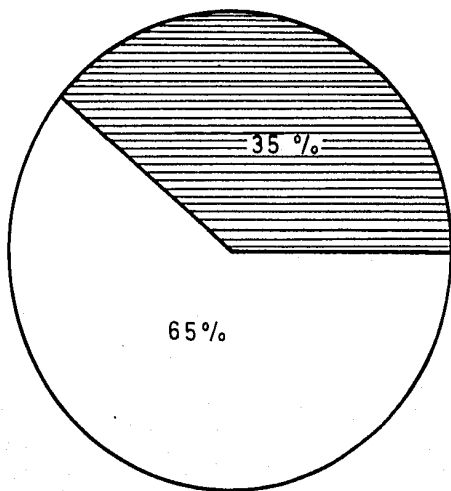
EVOLUCION	No.	%
0 - 7 Días	22	36.6
8 - 14 Días	18	30.0
15 - 21 Días	13	21.6
22 - 28 Días	1	1.6
29 - 35 Días	2	3.4
Más De 36 Días	4	6.8
T O T A L	60	100.0

Add: EL TIEMPO PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA
 FUE DE 12.8 DIAS

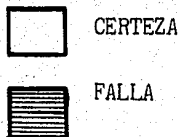
FUENTE DE ARCHIVO CLINICO

GRAFICA No.5

CERTEZA EN EL DIAGNOSTICO DE INGRESO DEL ABSCESO HEPATICO AMIBIANO



FUENTE ARCHIVO CLINICO



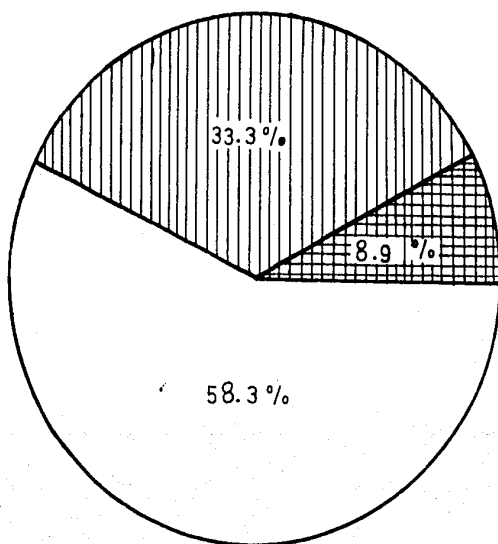
CUADRO No.7
 DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES EN PACIENTES CON AHA

DX DIF.	No.	%
Colecistitis Aguda	8	21.0
Apendicitis	5	13.2
Brucelosis	5	13.2
Cáncer Hepático	5	13.2
Abdomen Agudo	5	13.2
Hepatitis	3	7.7
Neumonía Basal Derecha	2	5.3
Pielonefritis	2	5.3
Enf. Acido Pépt.	2	5.3
Cirrosis Hepática	1	2.6
T O T A L	38	100

FUENTE DE ARCHIVO CLINICO


GRAFICA No.6


FIEBRE EN EL ABSCESO HEPATICO AMIBIANO



FUENTE ARCHIVO CLINICO

 FIEBRE - INTERMITENTE

 FIEBRE CONTINUA

 AFEBRILES

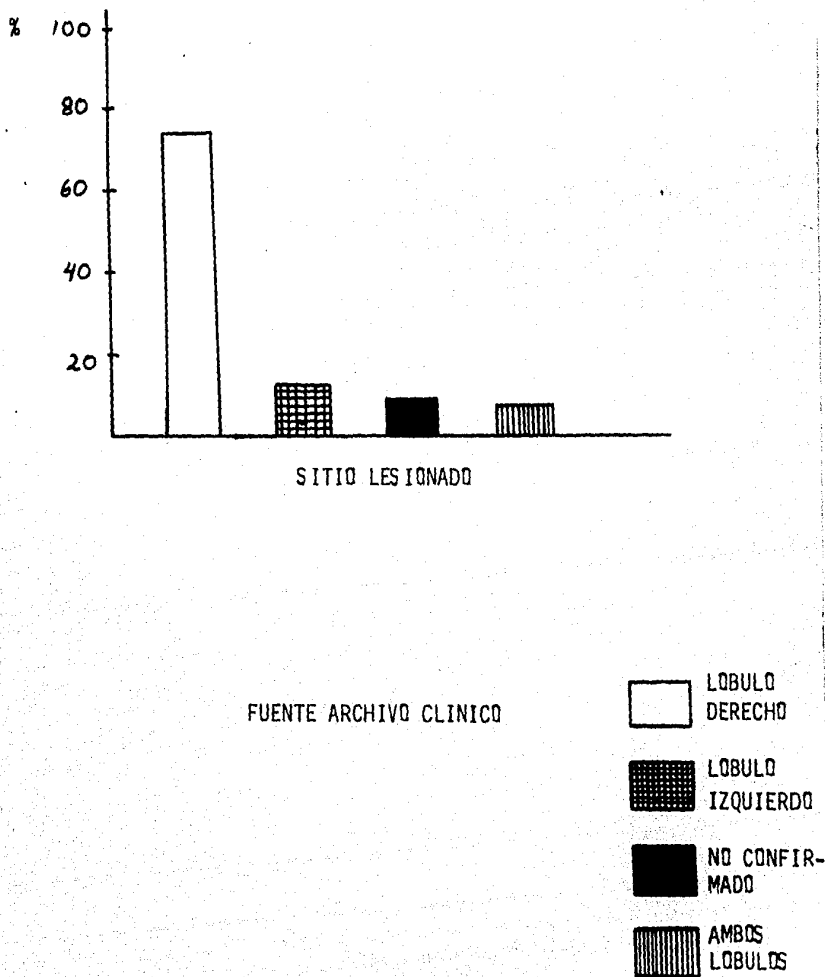
CUADRO No.8

LOCALIZACION DEL DOLOR EN PACIENTES CON ABSCESO HEPATICO AMIBIANO

LOCALIZACION DEL DOLOR	No.	%
Hipocondrio Derecho	38	63.6
Epigastrio	4	6.6
Hip. Der. y Epigastrio	6	10.0
Difuso	8	13.3
Escapular Derecho	2	3.3
Fosa Iliaca Derecha	1	1.6
Fosa Renal Derecha	1	1.6
T O T A L	60	100.0

FUENTE ARCHIVO CLINICO

GRAFICA No.7
REGION HEPATICA LESIONADA EN ABSCESO HEPATICO AMIBIANO



CUADRO No.9
 COMPLICACIONES EN PACIENTES CON ABSCESO HEPATICO AMIBIANO

COMPLICACIONES	No.	%
Ninguna	38	60.3
Derrame Pleural	12	19.7
Roto a Cavidad Abdominal	6	9.5
Roto a Abdomen y Tórax	1	1.1
Sepsis	4	6.3
S.T.D.A.	2	3.1
T O T A L	63	100.0

Add. Fallecieron 6 Pacientes (10%)

FUENTE ARCHIVO CLINICO

CUADRO No. 10

ANTECEDENTES DE AMIBIASIS INTESTINAL EN PACIENTES CON AHA.

DIAS	No.	%
Ninguno	38	63.4
0 - 30	15	25.0
31- 90	3	5.0
91-100	2	3.3
181-365	2	3.3
T O T A L	60	100.0

FUENTE DE ARCHIVO CLINICO

CUADRO No. 11
CIFRAS DE HEMOGLOBINA EN PACIENTES CON ABSCESO HEPATICO AMBIANO

HEMOGLOBINA	No.	%
6 - 8 Gramos	8	13.3
9 - 11 "	26	43.3
12 - 14 "	23	38.3
15 "	3	5.1
T O T A L	60	100.0

FUENTE ARCHIVO CLINICO

CUADRO No.12

CIFRAS DE LEUCOCITOS EN PACIENTES CON ABSCESO HEPATICO AMIBIANO

LEUCOCITOS	No.	%
Menos de 10 000	4	6.6
10 - 15 000	21	35.0
16 - 20 000	22	36.6
21 - 25 000	7	11.6
26 - 30 000	1	1.6
+ 30 000	5	8.6
T O T A L	60	100.0

FUENTE ARCHIVO CLINICO

CUADRO No. 13

CIFRAS DE NEUTROFILOS EN PACIENTES CON ABSCESO HEPATICO AMIBIANO

NEUTROFILOS	No.	%
50 - 70	4	6.6
71 - 80	18	30.0
81.- 90	29	48.3
+ 90	9	15.1
T O T A L	60	100.0

CUADRO NO.14

CIFRAS DE LINFOCITOS EN PACIENTES CON ABSCESO HEPATICO AMIBIANO

LINFOCITOS	No.	%
15	28	46.6
15- 25	27	45.0
+ 25	5	8.4
T O T A L	60	100.0

FUENTE ARCHIVO CLINICO

CUADRO No. 15

CIFRAS DE TGO EN PACIENTES CON AHA

TGO	No.	%
8 -40	22	52.3
41 -70	9	21.4
71 -100	3	7.1
+100	8	19.2
TOTAL	42	100.0

CUADRO 16

CIFRAS DE TGP EN PACIENTES CON AHA

TGP	No.	%
5 -35	21	61.7
36 -70	7	20.7
71 -100	1	2.9
+ 100	5	14.7
T O T A L	34	100 .0

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

CUADRO No.17

BILIRRUBINA DIRECTA EN ABSCESO HEPATICO AMIBIANO

GRUPOS	No.	%
0 - 0.5 Mg	20	46.6
0.5 - 1.0 Mg	15	34.8
1.0 - 2.0 Mg	5	11.6
2.0 - 3.0 Mg	2	4.6
+ 3 Mg	1	2.4
T O T A L	43	100.0

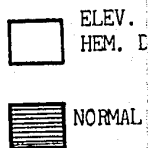
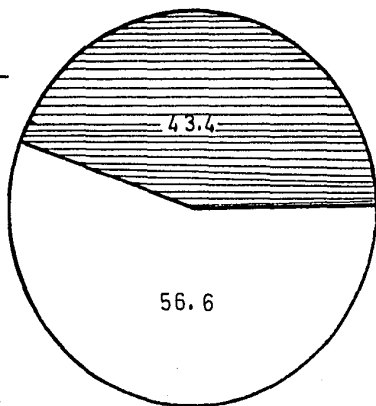
CUADRO No.18

BILIRRUBINA INDIRECTA EN ABSCESO HEPATICO AMIBIANO

GRUPOS	No.	%
0 - 0.8 Mg	38	88.4
0.9 - 1.5 Mg	5	11.6
+ 1.5 Mg	0	
T O T A L	43	100.0

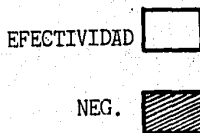
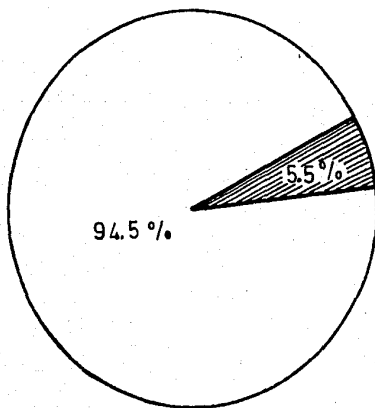
FUENTE ARCHIVO CLINICO

RADIOGRAFIA DE -
TORAX EN AHA



GRAFICA No.9

ULDRASONIDO EN ABSCESO HEPATICO AMIBIANO



FUENTE ARCHIVO CLINICO

CUADRO No.19

RESPUESTA AL TRATAMIENTO MEDICO EN PACIENTES CON AHA.

EVOLUCION	No.	%
Excelente	44	73.4
Regular	3	5.0
Mala	13	21.6
T O T A L	60	100.0

CUADRO No.20

RESPUESTA AL TRATAMIENTO QUIRURGICO EN PACIENTES CON AHA

EVOLUCION	No.	%
Excelente	7	70
Regular		
Mala	3	30
T O T A L	10	100.0

FUENTE ARCHIVO CLINICO

DISCUSION

En el estudio efectuado encontramos que el AHA es más frecuente en hombres que mujeres, con una diferencia significativa, hecho que viene a corroborar lo ya descrito en forma clásica por los diversos autores (1) (13), y para cuya explicación cabe señalar como en los anteriores reportes, la mayor exposición del hombre a la ingestión de alimentos de fuentes contaminadas.

Sin embargo, en relación a la menor frecuencia del AHA en la mujer, existen teorías y éstos resultados -- vendrían a favorecerlas, en cuanto a que debe existir en la mujer uno o más factores que la protejan contra la amibiasis extraintestinal; Entre los cuales el más conocido es el papel hormonal, donde al parecer los estrógenos desempeñan un efecto inmunizante, que hasta el momento desconocemos su real significado.

Con respecto a la edad más afectada, el AHA en nuestro estudio predominó en la década de los cuarentas. En los hombres fué más frecuente entre la tercera y cuarta décadas y en las mujeres a partir de la cuarta década. Este hecho demuestra que éste padecimiento ocurre en la etapa más productiva de la vida, dando con ello graves repercusiones económicas sobre el núcleo familiar y la sociedad.

En cuanto a la ocupación de los enfermos, se confirmó también que predomina en los estratos sociales más bajos, pues en nuestro estudio los jornaleros y obreros ocuparon el primero y segundo lugar en frecuencia

y el 68% del total. Vale la pena señalar que las amas de hogar se encontraron en tercer lugar con un 18%, - lo que nos debe poner alertas para futuros estudios, por la importancia que ésto representa desde el punto de vista epidemiológico; al ser ella quien elabora - los alimentos en el núcleo de la familia (Cuadro 2).

Es evidente que el nivel socioeconómico y cultural, como sucede para otros padecimientos parasitarios, en el AHA juega un papel muy importante. Puede observarse que en nuestro estudio, la ocupación, escolaridad, medio de procedencia, la higiene personal, eliminación de los excretas y alcoholismo fueron estadísticamente significativos y directamente proporcionales con la mayor incidencia, como puede observarse en las gráficas 2, 3 y 4 y cuadros 2, 3, 4 y 5 y, está de acuerdo con los reportes clínicos revisados (14).

En cuanto al estado nutricional, es evidente que la desnutrición juega un papel fundamental como factor predisponente, no sólo en la presentación, sino en el pronóstico del AHA (13, 14). Sin embargo, ésto no quiere decir que no lo encontremos en personas bien nutridas. En nuestro estudio se observó buen estado nutricional en casi una tercera parte de los casos, como se aprecia en la gráfica No. 3.

Llama la atención que el AHA fué más frecuente en el grupo refirió beber agua potable, lo que da paso a comentarios en --- cuanto a la duda sobre la calidad de potabilización que se está ejerciendo en nuestra región y por otra parte, a que no es a través del agua el medio por el cual se adquiere los quistes

de E. Histolytica. De hecho se acepta que más que el agua, la mano y los alimentos son el vector fundamental en la adquisición de la amibiasis(2,4,11).

La evolución previa al ingreso, antes de que el paciente se presente al hospital o al médico también depende del nivel sociocultural y económico de los pacientes, aunque en ocasiones es necesario ver más de un facultativo para establecer el diagnóstico; Las 2 razones retardando el inicio del tratamiento y con ello el pronóstico de la enfermedad. En el grupo de pacientes que hemos estudiado la tercera parte se presentó al hospital dentro de los primeros 7 días El 66% dentro de las 2 primeras semanas y el 87% hasta dentro de los 21 días, datos que confirman y están de acuerdo con el estrato social de procedencia. Sobre éste hecho puede argumentarse que si el 85% lo hiciera dentro de los primeros 7 días, el resultado final fuera mucho más favorable(Cuadro 6).

La certeza en el diagnóstico de ingreso depende de lo florido del cuadro y de la habilidad y experiencia del clínico. En nuestro trabajo llama la atención que sólo en el 65% de los casos se estableció un diagnóstico acertado al momento de su ingreso(gráfica 5).

Encontramos que dentro de los pacientes en los cuales no se elaboró el diagnóstico de AHA de primera intención, se manejaron diversos diagnósticos diferenciales, en donde el más importante fué la Colecistitis agu

da, siguiendo la apendicitis, brucelosis, cáncer hepático y abdomen agudo en segundo lugar y, como aparece en el cuadro no, 7 se manejaron otros diversos, como hepatitis, neumonía basal derecha, pielonefritis, enfermedad ácido-péptica y cirrosis hepática. La variedad de diagnósticos diferenciales o equivocados también depende de varios factores, sin embargo creemos que el más importante es la deficiente preparación y experiencia del clínico.

Clásicamente el diagnóstico de AHA se establece con la tríada: Fiebre, dolor en cuadrante superior derecho y hepatomegalia. En nuestro estudio la hepatomegalia estuvo presente en el 83.4% corroborada clínicamente. La fiebre se encontró en el 91.6% y el dolor en el 100% de los casos.

La fiebre fué intermitente en 58.3% de los casos y continúa en el 33.3% restante. Estos resultados concuerdan con el concepto clásicamente aceptado de que el AHA produce como todos los procesos de abscedación fiebres de origen intermitente, muchas veces precedidas de calosfríos y seguida de diaforesis profusa. -- desde luego llama la atención que una tercera parte haya presentado fiebre de tipo continúa, lo cual sugiere que éste dato debe de ser digno de tomarse en cuenta en la práctica diaria.

En cuanto a la localización del dolor sólo el 63% apareció en el hipocondrio derecho. En epigastrio en

el 6.6% y en ambos sitios en el 10%, por lo que sólo-- en el 80.2% de los casos el dolor estuvo localizado - al área hepática; En el resto el dolor fué situado fue ra de dicha región y predominante en forma difusa: a to do el abdomen, aunque se encontró en fosa ilíaca dere-- cha, fosa renal derecha y en región escapular derecha. (Cuadro No. 8).

En el cuadro No. 9 aparecen las principales compli- caciones que fueron encontradas en los 60 pacientes - que nos ocupan. Cabe resaltar que éstas se presenta--- ron en el 40% de los casos y la más importante fué el derrame pleural. La ruptura del absceso a cavidades en el 10% de los casos, siendo más importante hacia cavidad abdominal, como se ha reportado (2.11,14). Otras compli- caciones que fueron importantes en nuestro grupo y que sucedieron en los casos quirúrgicos, fueron la sepsis - como complicación bacteriana apareció en el 6.3% , y el sangrado de tubo digestivo alto por úlceras agudas de stress en 2 casos (3.1%).

No siempre el antecedente de amibiasis intestinal ex- iste en los pacientes que presentan AHA. De hecho los reportes hablan de sólo un 25%(2). En nuestro estudio - lo encontramos en 22 casos, que nos dan un 36.6%, un po- co superior a lo ya descrito (Cuadro no. 10).

Datos de laboratorio. La anemia en el AHA en más - del 50% de los casos puede estar más en relación al es tado nutricional del paciente que al mismo padecimien-

to. Si más de la mitad de los pacientes tuvieron hemoglobina menores de 12 gramos es de comentarse que el dato es significativo y merece un estudio más detallado para conocer el origen, ya que los estudios que conocemos no la han referido como hecho sobresaliente.-

También nos llama la atención que en 13 casos de leucocitosis estuvieran por arriba de los 20 000 y en 5 de ellos pudo corroborarse una verdadera reacción leucemoide, como lo muestra el cuadro no. 12.

Las transaminasas no presentaron modificaciones importantes, ya que la TGO fué normal en un 52%, sobrepasando la cifra de 100 u sólo 8 pacientes (19%). La TGP fué normal en el 62% de los casos y sólo 5 pacientes excedieron las 100 u.

Las bilirrubinas tampoco sufrieron modificaciones significativas, como lo demuestra el hecho de que la bilirrubina directa fué normal en el 46% de los casos. La mayoría de los restantes estaban comprendidos entre 0.5 a 1 mg y sólo 1 paciente pasó de 3 mg. Con la bilirrubina indirecta pasó algo muy similar, ya que fué normal en el 88% de los casos, y ningún paciente pasó de 1.5 mg.

La elevación del hemidiafragma derecho en la tele de tórax se encontró en un porcentaje elevado. desde luego ésta elevación depende de la localización del AHA y, sabemos lo hace sólo en los abscesos del lóbulo derecho y de acuerdo a nuestro estudio el absceso se -

encontró en éste lóbulo en el 73.3% de los casos, demostrado por ultrasonografía y gamagrafía hepática.

El ultrasonido confirmó el diagnóstico en la gran mayoría de los casos(94.5%), lo cual concuerda con los reportes encontrados(8,9). Lo anterior nos obliga a solicitarlo como un estudio de rutina en el paciente en que se sospecha AHA, dada su alta efectividad y su inocuidad.

La gamagrafía hepática en nuestro trabajo se practicó en 5 casos, siendo positivo en todos ellos, lo que también está en relación a los reportes revisados(7,8), donde se menciona su alta efectividad.

El tratamiento médico a base de la combinación de metronidazol-dehidroemetina dió excelentes resultados en la mayoría de los pacientes(73%), observándose mala respuesta en 13 casos(21%), correspondiendo éstos a los casos complicados, donde los pacientes acudieron a la consulta en una fase avanzada de la enfermedad y con unas condiciones generales deplorables.

Se llevó a cabo tratamiento quirúrgico en 10 pacientes. En todos se efectuó Laparotomía Exploradora, con drenaje del absceso, lavado de cavidad y canalización. La evolución postquirúrgica fué excelente en 7 casos, (70%) y mala en 3 casos(30%), los cuales fallecieron. En éstos últimos pacientes se agregaron complicaciones graves, como la sepsis y sangrado de tubo digestivo alto. Lo anterior revela que la mortalidad por AHA si-

gue siendo alta, a pesar de los adelantos que en materia de diagnóstico y terapéutica con que contamos, como también se hace referencia por los diversos autores (4,11,12,13), y lo cual nos hace reflexionar acerca de la importancia que las medidas preventivas de primer nivel tienen en éste padecimiento, y en lo cual nosotros jugamos un papel fundamental.

CONCLUSIONES

- 1.- El AHA en nuestra región no tiene características clínicas, ni paraclínicas diferentes a las descritas clásicamente.
- 2.- El AHA es más frecuente en el hombre que en la mujer.
- 3.- La edad más frecuente fué entre los 40-49 años.
- 4.- La ocupación predominante fué jornaleros y obreros.
- 5.- La escolaridad con nivel cultural bajo predominó.
- 6.- El AHA predominó en las personas con Edo. nutricional deficiente.
- 7.- El AHA predominó en las personas con higiene personal deficiente.
- 8.- El AHA fué más frecuente en las personas con antecedentes de alcoholismo.
- 9.- El mayor porcentaje de pacientes con AHA acude por primera vez a consulta entre la 2a. y 3a. semanas del padecimiento.
- 10.- Es importante la falla en el diagnóstico de ingreso del paciente con AHA.
- 11.- La colecistitis aguda fué el principal diagnóstico diferencial, que se hizo erróneamente.
- 12.- La fiebre, la hepatalgia y la hepatomegalia son datos que estuvieron presentes en la gran mayoría de los pacientes.
- 13.- La localización del dolor más frecuentemente encontrado fué en hipocondrio derecho.

- 14.- El derrame pleural fué la complicación más frecuente. Las más graves fueron la rotura a cavidad abdominal y la sepsis.
- 15.- El antecedente de amibiasis intestinal ocurrió en el 36 % de los casos.
- 16.- La anemia se encontró en más de la mitad de los casos, siendo en la mayoría de tipo moderada.
- 17.- Se encontró leucocitosis con neutrofilia en 93.3%.
- 18.- Los linfocitos, transaminasas y bilirrubinas no tuvieron modificaciones importantes.
- 19.- La elevación del hemidiafragma derecho ocurrió en el 56.6% de los casos, lo que revela que su ausencia no ~~es~~ infrecuente.
- 20.- El ultrasonido tuvo una efectividad del 94.5%.
- 21.- La gamagrafía tuvo una efectividad del 100%.
- 22.- La respuesta al tratamiento médico fué excelente
- 23.- La respuesta al tratamiento quirúrgico puede considerarse excelente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alvarez A.R. y De la Loza S.A. Frecuencia del Absceso hepático amibiano en hospitales del IMSS de la República Mexicana. Arch. Invest. Méd. (Méx.), Supl. 1:327-328.
- 2.- Sepúlveda B. Bautista O.J. Gutiérrez G. Historia Natural de la amibiasis. Rev. Fac. Med. Méx. Vol. 18: No 1 págs. 5-31.
- 3.- Jinich H. y Schnase F. Frecuencia del Absceso Amibiano en clientela particular. Arch. Inv. Méd. (Méx.), Sup. 1:333-34. 1971.
- 4.- Martínez P.A. y Martínez B.M. Amibiasis. Sal. Púb. - Méx. Vol 25, No. 6:563-73, 1983.
- 5.- Nogueira J.R. y Mendoza A. Utilidad de la determinación de anticuerpos anti-amibianos por contra-inmuno-electroforesis, en el Diagnóstico de la amibiasis invasora. Rev. Gastroenterol. Méx. 47:4; 223-27, 1982.
- 6.- Gámez M.T. García C.R. y Torres V.F. Prueba de aglutinación del látex en absceso hepático amibiano. Rev. Gastroenterol. Méx. 21-27, 1976.
- 7.- Gordon B.F. Estado Actual de la Centelleografía hepática. Arch. Invest. Méd. (Méx.) 9(Sup. 1):403. 1978.
- 8.- Aguirre T.J. y Velázquez V.E. Estudio Comparativo entre la centelleografía, y la ultrasonografía en el diagnóstico del absceso hepático amibiano. Rev. Gastroenterol. Méx. 49:2: 87-89, 1984.
- 9.- Stoopen M. Kimura K. y Rodríguez J. Ultrasonografía Hepática, utilidad en el diagnóstico y la evolución del

- Absceso Hepático Amibiano. Arch. Invest. Méd. (Méx.) 9 - (Sup.1) : 393, 1978.
- 10.- perches A. Estado Actual en el tratamiento médico de la amibiasis invasora. Arch. Invest. Méd. (Méx,) 9- (Sup.1): 407, 1978.
- 11.- Sepúlveda B. Diamod L.S. Conferencia Internacional sobre Amibiasis. I.M.S.S. México. Oct. 1976.
- 12.- Bautista J. Estado Actual en el tratamiento Quirúrgico de las complicaciones de la amibiasis invasora. Arch. Invest. Méd. (Méx.) 9 (Sup.1): 411, 1978.
- 13.- Salgado S.J. Barrera M.C. y Pérez C.G. Tratamiento quirúrgico del Absceso Hepático amibiano. Rev. Gastroenterol. Méx. Págs. 29-33-1976.
- 14.- Villalobos J.J. García P. Maqueo M. Absceso Hepático Amibiano en 84 enfermos estudiados en el Instituto Nacional de la Nutrición, en los últimos 5 años. - Rev. Inv. clín. Vol.34 No.1 Pags. 39-41.

QUESTIONARIO DE ESTUDIO PARA ABSCESO HEPATICO AMIBIANO, EN EL HGZ #1,
1153, CIUDAD OBREGON, SONORA.

Nombre _____ EDAD _____ SEXO _____
 Lugar de Residencia _____ OCUPACION _____
 ESCOLARIDAD _____ Estado Nutricional _____
 Higiene personal: (Deficiente) (Regular) (Buena) Inocinamiento (SI) (NO).
 Abastecimiento de agua _____ Eliminación excretas _____
 Higiene de la habitación _____ Alcoholicismo (SI) (NO).
 Asociación con otras parasitosis (SI) (NO) TIPOS _____
 RAZA _____ . Tiempo de evolución al momento del ingreso _____
 Tiempo de evolución al momento del diagnóstico _____
 Fecha de ingreso _____ Fecha de diagnóstico _____ Fecha de alta
 por curación _____ Diagnóstico de ingreso _____
 SINTOMATOLOGIA: Primer síntoma _____ Síntoma principal que
 motivó la hospitalización _____ Fiebre (SI) (NO).
 Duración _____ Tipo _____ . Hepatomegalia (SI) (NO).
 Dolor en hipocondrio derecho (SI) (NO). Complicaciones (SI) (NO) _____
 _____ Asociación con otras enfermedades _____
 Antecedente de amibiasis intestinal (SI) (NO) Intervalo entre ésta e inicio
 de síntomas de AMA _____ . Ataque lobul. derecho. (SI) (NO). Lob. izq.
 (SI) (NO).
 LABORATORIO: HB _____ Hto _____ CHHC _____ Leucos _____ Neutrófilos _____
 Bandas _____ Segn. _____ Linfos _____
 Pruebas Func. Hepáticas: BT _____ BD _____ BI _____ TGO _____ TGP _____ F.Alc _____
 Reacciones Serológicas : Confirmó el DX (SI) (NO)°
 RADIOLOGIA. Tele de tórax P.A : Elevación de hemid. derecho (SI) (NO).
 Lateral derecho: Elevación de hemid. derecho (SI) (NO).
 Doble contorno del músculo diafragmático (SI) (NO);
 Centelleografía Hepática: Confirmó el DX. (SI) (NO). Ultrasonografía He-
 pática: Confirmó el DX (SI) (NO).
 Se diagnosticó erróneamente en un principio (SI) (NO). Enfermedades con
 que se hizo Dx. diferencial _____ .
 Presentó recidiva (SI) (NO). Respuesta al Tratamiento (Mala) (Regular) (Buena)
 Excelente). Esquema utilizado (Médico)
 Requiere Cirugía (SI) (NO) TIPO _____ Mejoró (SI) (NO)