



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

11237
27
24.

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA

**ABSCESO HEPATICO EN PEDIATRIA
EXPERIENCIA DE 8 AÑOS**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA
P R E S E N T A
DRA. MARIA GUADALUPE CASTILLO ESTRADA



ASESOR DE TESIS: DR. ANTONIO CHAVEZ V

MEXICO, D. F.

ENERO DE 1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

INDICE

Título	1
Resumen	2
Introducción	3
Material y métodos	4
Resultados	5
Tablas	7
Discusión	10
Conclusión	12
Referencias bibliográficas	13

**ABSCESO HEPÁTICO EN PEDIATRÍA EXPERIENCIA DE 8 AÑOS EN EL
HOSPITAL DE INFECTOLOGÍA C.M.N. "LA RAZA"**

Dr. Chávez V. Antonio. ₁ Dra. Castillo E. Guadalupe ₂.

**₁ Médico Pediatra adscrito al servicio de pediatría del Hospital de Infectología
Centro Médico La Raza. I.M.S.S.**

**₂ Médico residente de Pediatra del Hospital General Centro Médico la Raza,
I.M.S.S.**

**Servicio de pediatría del Hospital de Infectología
C.M.N. "LA RAZA" I.M.S.S.**

Jacarandas y Seris, colonia La Raza.

Tel. 7-24-59-00

Cornisa: Absceso hepático en pediatría.

RESUMEN:

El absceso hepático es una acumulación de pus en el hígado, con una presentación poco frecuente en la niñez, su mortalidad reportada en otras series es de 45%.

OBJETIVO: Conocer la experiencia del manejo del absceso hepático en la edad pediátrica en el Hospital de Infectología del C.M.N. La Raza.

MATERIAL Y METODOS: Se revisaron los expedientes de los pacientes menores de 16 años con diagnóstico de absceso hepático, de Enero de 1988 a Diciembre de 1996. Se estudiaron los siguientes datos, edad, sexo, estado nutricional, etiología cuadro clínico, número, tamaño y localización del absceso, métodos diagnósticos, tratamiento, complicaciones y evolución.

RESULTADOS: Se revisaron 17 expedientes con diagnóstico de absceso hepático, 9 fueron hombres y 8 mujeres con un rango de edad de 11 meses a 14 años con una media (5.4 años). 15 pacientes fueron de etiología amibiana (88%), el 60% tenía títulos elevados de hemoaglutininas para amiba. Los datos clínicos más frecuentes fueron fiebre (100%), dolor en cuadrante superior derecho del abdomen (94%), hepatomegalia (100%), presentaron anemia, leucocitosis y neutrofilia 88% de los pacientes. A todos se les realizó ultrasonido abdominal, 10 pacientes (58.8%) presentaron abscesos únicos. En 11 pacientes se presentaron complicaciones (6 derrame pleural, 4 neumonía y 1 compresión de la vena cava). 6 pacientes requirieron drenaje quirúrgico y uno punción percutánea.

El tratamiento utilizado en 94% de los pacientes fue metronidazol y dehidroemetina, 10 pacientes complicados recibieron conjuntamente amikacina.

El promedio de días de hospitalización fue de 1.84; todos los pacientes evolucionaron hacia la mejoría.

INTRODUCCIÓN:

El absceso hepático es una acumulación de pus localizada en el hígado causada por necrosis colicuvativa. El absceso hepático (piógeno y/o amibiano) son raros en la niñez. Se desconoce su incidencia exacta, en adultos se reporta entre el 0.002 y el 0.16% de ingresos hospitalarios (1).

La amibiasis es endémica en zonas tropicales y subtropicales constituye un problema de salud pública. Los abscesos hepáticos amibianos ocurren aproximadamente en el 1% de los pacientes con amibiasis intestinal y son una causa significativa de morbimortalidad principalmente por sus complicaciones. . . .

En los abscesos piógenos los microorganismos que intervienen son principalmente enterobacterias (*Escherichia coli*, *Klebsiella*), gérmenes Gram positivos (*Estafilococo dorado*, *Estreptococo*), y gérmenes anaerobios. (1,7-10)

Los síntomas son inespecíficos tanto en abscesos piógenos como amibianos, puede haber fiebre, hepatomegalia, dolor en cuadrante superior derecho del abdomen y entre sus complicaciones puede producirse ruptura del absceso a cavidades vecinas como pleura, peritoneo, pericardio. (3,5,8,11).

Los exámenes de laboratorio son inespecíficos en el diagnóstico (3,5-11) El ultrasonido abdominal, la tomografía computada y la resonancia magnética son útiles en el diagnóstico dada su alta especificidad y sensibilidad. El tratamiento médico se encuentra encaminado hacia la etiología. (1,5,6,13,17,18). La punción evacuadora percutánea o el drenaje quirúrgico sólo está indicado en las siguientes circunstancias: 1.-Sin respuesta satisfactoria al tratamiento médico, 2.-Ruptura del absceso a una cavidad vecina, 3.-Ruptura inminente del absceso. (17-20).

El objetivo de este estudio es revisar la experiencia clínica y del tratamiento del absceso hepático en la edad pediátrica en el Hospital de Infectología del C.M.N. La RAZA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó este estudio en forma retrospectiva en pacientes con absceso hepático diagnosticados en el Hospital de Infectología del C.M.N. La RAZA , en un periodo comprendido de Enero de 1988 a Diciembre 1996.

Se revisaron los expedientes de pacientes masculinos y femeninos menores de 16 años con diagnóstico de absceso hepático y se excluyeron aquellos en los que los expedientes estuvieron incompletos. El diagnóstico fue establecido mediante ultrasonido abdominal.

Se revisaron los expedientes y se consignaron los siguientes datos: edad, sexo, días de estancia, estado nutricional, agente etiológico., factores de riesgo, cuadro clínico, métodos diagnósticos, tratamiento y evolución.

El análisis de los resultados se realizó mediante estadística descriptiva.

RESULTADOS:

De los 25 niños con absceso hepático se revisaron 17 expedientes durante un período de 8 años. Esto constituye el 0.32% de las admisiones anuales en el servicio de pediatría del Hospital de Infectología del C.M.N.R.

Fueron 9 pacientes masculinos y 8 femeninos con un rango de edad de 11 meses a 14 años (media de 5.3 años). El 52.9% de los pacientes eran eutróficos y solo en 47.1% presentaron algún grado de desnutrición. La media de presentación de los síntomas fue de 11 días. La fiebre y la hepatomegalia fueron los síntomas más frecuentemente encontrados (tabla 1).

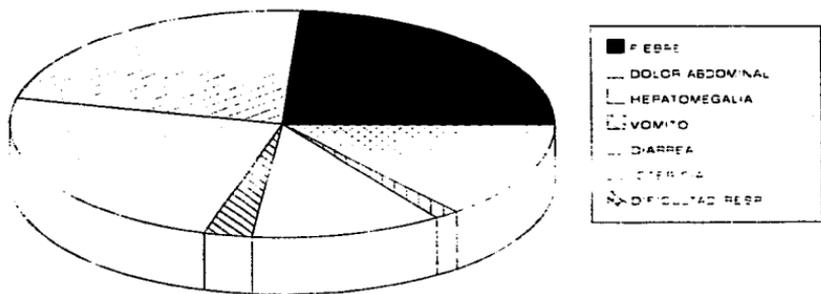
De los 17 pacientes con absceso hepático 15 fueron de etiología amibiana (88%) y 2 de etiología bacteriana. De los abscesos amibianos el 60% tuvieron títulos elevados de hemoaglutinina para amiba, el 33% fue negativa y el 6.6% no se les realizó. De los abscesos piógenos se aisló estafilococo dorado y en otro *Streptococo Viridians*. El 88% de los pacientes presentó anemia y 15 pacientes presentaron leucocitosis con neutrofilia, un solo paciente presentó alteración de las pruebas de funcionamiento hepático (elevación de las bilirrubinas y de las enzimas hepáticas). A todos los pacientes se les realizó radiografía de tórax encontrándose en 7 pacientes (41.1%) derrame pleural y 4 pacientes (23.5%) presentaban proceso neumónico. A todos los pacientes se les realizó ultrasonido abdominal encontrándose en 10 pacientes (58.8%) abscesos solitarios, y en 15 pacientes (88%) localizado a lóbulo derecho, a un solo paciente se le realizó gammagrama hepático. El tamaño de los abscesos varió de 2x2.8cms hasta 12 x 10 cms.

Los complicados fueron 11 pacientes (64.7%); presentaron el 41.1% derrame pleural de los cuales 4 necesitaron sello de agua, 4 pacientes presentaron neumonia y sepsis y un paciente compresión de la vena cava. (Tabla 2). Seis pacientes (35.2%) requirieron drenaje quirúrgico 4 por presentar ruptura del absceso, 1 por no tener respuesta satisfactoria al tratamiento médico y 1 por compresión de la vena cava. Un solo paciente requirió de drenaje percutáneo por no tener respuesta satisfactoria

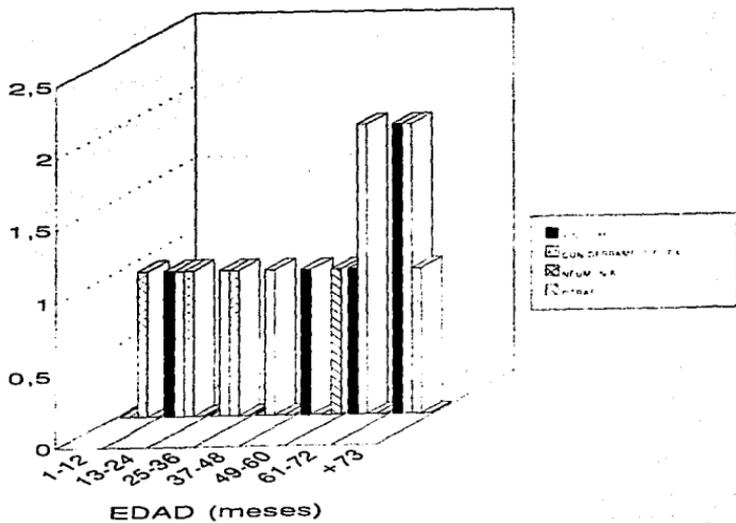
al tratamiento médico (Tabla 3). Del grupo estudiado, 16 pacientes recibieron metronidazol parenteral (30mg/k/día) y dehidroemetina (1mg/k/d). La media de duración del metronidazol fue de 3 semanas y de la dehidroemetina fue de 10 días. de los pacientes que presentaron alguna complicación fueron tratados con amikacina por 2 semanas y 5 de ellos requirieron de manejo combinado con cefotaxima.

El promedio de hospitalización fue de 18.4 días. Todos los pacientes evolucionaron hacia la mejoría , la resolución de la lesión hepática fue documentada por la clínica y ultrasonido abdominal .

No se observo mortalidad ni se documentó secuelas durante un seguimiento de 2 a 8 meses.



Tab.1 Cuadro clínico en pacientes pediátricos con absceso hepático



Tab.2 Complicaciones por grupo de edad, en pacientes con absceso hepatico



Tab.3 Pacientes que requirieron drenaje quirúrgico.

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

DISCUSIÓN.

El absceso hepático es raro en la edad pediátrica, nosotros reportamos 17 casos en 8 años, de los casos reportados 15 fueron de etiología ambiana y 2 de etiología bacteriana. El absceso hepático es el responsable de 0.32% de los ingresos anuales pediátricos del Hospital de Infectología del C.M.N. La RAZA.

En nuestra serie la edad más frecuente fue en menores de 6 años. La presentación clínica más frecuente observada fue fiebre, dolor en cuadrante superior derecho del abdomen y hepatomegalia al igual a lo reportado en la literatura (2,4,17).

En nuestro estudio encontramos que el 41.2% tenían abscesos múltiples en relación al 8% reportado por Nazir, 36% reportado por Johnsson, y 8% reportado por Nordestgaard (2,4,17). El lóbulo hepático derecho fue el más afectado al igual a lo reportado en la literatura (2,4,17-19).

El laboratorio fue inespecífico los resultados obtenidos fueron similares a los reportados por Nazir, Johnsson y Nordestgaard incluían anemia, leucocitosis y neutrofilia (2,4,17); sólo se encontró un 6% de alteración de las pruebas de funcionamiento hepático en comparación al 16.6% reportado por Nazir (2). La elevación de los títulos de hemoaglutininas para amibas en nuestra serie fue de 60% en relación al 100% reportado por Nazir y 95% por Nordestgaard (2,17).

El diagnóstico de absceso hepático fue establecido por la lesión hepática reportada por ultrasonido abdominal, en los casos de absceso ambiano por elevación de los títulos de hemoaglutinina y en los plógenos por el aislamiento de los microorganismos en el pus. El ultrasonido abdominal fue el método diagnóstico mayor empleado dada su alta sensibilidad y especificidad.

En nuestra serie 11 pacientes (64.7%) presentaron complicaciones en relación al 4% reportado por Nazir (2). El derrame pleural fue la complicación más frecuente observada al igual que la reportada en la literatura (2,17). Los pacientes menores de

3 años fueron los que mas se complicaron al igual a los reportados por Nazir, Kumate y Johnsson (2,3,4).

En nuestra serie el 35.2 % de los pacientes requirió drenaje quirúrgico, considerándolo una cifra significativa en relación a los reportado por Nazir, Johnsson y Nordestgaard (2,4,17).

El tratamiento utilizado en nuestra serie fue metronidazol y dehidroemetina en 94% de nuestros pacientes comparados con otras series en las que solo utilizaron como terapia de elección el metronidazol (2,4). Nordestgaard reporta el uso del metronidazol combinado con dehidroemetina sólo en pacientes que presentaron complicaciones (17).

En nuestra serie no tuvimos mortalidad comparada con las series reportadas en Africa y Estados Unidos de Norteamerica hasta del 45%. (2)

CONCLUSION.

En nuestro estudio el absceso hepático mas frecuente fue de etiología amibiana, el derrame pleural es la complicación con mayor frecuencia encontrada, si bien no encontramos una mortalidad en esta serie como en otras reportadas, es de importancia médica el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno, por lo que sugerimos la combinación de metronidazol y dehidroemetna, y dejando el tratamiento quirúrgico solo en complicaciones o sin respuesta al tratamiento médico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Sheldon Kappa. Abscesos plógenos del hígado. En: Ralph Feigin. *Tratado de Infecciones en pediatría*. 2a. edición. Interamericana. 1992:687-90.
- 2.- Nazir Z, Moaam F. Amebic liver abscess in children. *Pediatr Infect Dis J* 1993;12:929-32.
- 3.- Kumate J. amibiasis. En Kumate J, Gutiérrez G. *Manual de Infectología clínica*. 14a. edición . Méndez editores. 1994:117-35.
- 4.- Johnson JL, Baird S, Hulbert TV, Opas LM. Amebic liver abscess in infancy: Case report and review. *Clin Infect Dis* 1994;19:765-7.
- 5.- Corbella X, Vadillo M, Torras J, Pujol M, Rafecas A, Gudiol F. Presentation, diagnosis and treatment of pyogenic liver abscess: analysis of a series of 63 cases. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1995;13:880-4.
- 6.- Georges RN, Deitch EA. Pyogenic hepatic abscess. *South Med J*. 1993; 86:1233-5.
- 7.- Brook I, Fraizer EH. Role of anaerobic bacteria in liver abscesses in children. *Pediatr Infect Dis J* 1993;12:743-6.
- 8.- Nigam P, Kapoor KK, Sarkari NB, Jain RK, Gupta AK, Sharma SP. Clinico therapeutic profile of pyogenic liver abscess. *J Assoc Physicians India* 1993;41:138-41.
- 9.- Mischinger HJ, Hauser H, Rabl H, Quehenberger F, Werkgaarther G, Ruin R. Pyogenic liver abscess: Studies of Therapy and analysis of risk factors. *World J Surg* 1994;18:852-58.
- 10.- Lee K, Sheen P, Chen J, Ker Ch. Pyogenic liver abscess: Multivariate analysis of risk factors. *World J Surg* 1991;15:372-77.
- 11.- Chou F, Sheen S, Chen Y, Lee T. The comparison of clinical course and results of treatment between gas-forming and non-gas forming pyogenic liver abscess. *Arch Surg* 1995;130:401-5.

- 12.- Stoopen ME, Kimura K, Cardoso M. Imagenología del absceso hepático amibiano: "Veinte años después" Rev Mex Radiol 1991;45:165-71.
- 13.- Kapoor R, Saha MM, Talwar S. Ultrasonic evaluation of intraabdominal abscess. Indian Pediatr 1991;28:7577-60.
- 14.- Ralls P, Henley D, Colletti P, Benson R y cols. Amebic liver abscess: MR imaging. Radiology 1987;165:801-4.
- 15.- Ralls P, Barnes P, Johnson M, y cols. Medical treatment of hepatic amebic abscess: Rare need for percutaneous drainage. Radiology 1987;165:805-7.
- 16.- Elizondo G, Weissleder R, Stark D, Todd L, Compton C, Wittenberg J. Amebic liver abscess: Diagnosis and treatment evaluation with MR imaging. Radiology 1987;165:795-800.
- 17.- Nordestgaard AA, Stapleford L, Worthen N, Bongard F. Contemporary management of amebic liver absceso. AM Sur 1-20.
- 18.- Saraswat VA, Agarwal DK, Bajjal SS, Roy S, Choudhuri G, Dhiman RK. Percutaneous catheter drainage of amoebic liver absceso. Clinical Radiology 1992;45:11187-9.
- 19.- Lambiase R, Deyoe L, Cronan J, Dorfman G. Percutaneous drainage of 335 consecutive abscesses: Results of primary drainage with 1 year follow-up. Radiology 1992;184:167-79.
- 20.- D Albuquerque LA, Ufflacker R, Genzini T, De-Miranda MP. pyogenic liver abscesses: Analysis of 36 cases treated by percutaneous drainage. Rev Assoc Med Bras 1993;39:12-6.