

Joselin Katherine Cornejo Viejo ^a; Andrea Estefanía Vera Ordóñez ^b; Olga Mariela Herrera Checa ^c, Freddy Roberto Vélez Vera ^d

Diagnóstico diferencial de absceso hepático amebiano

Differential diagnosis of amebic liver abscess

*Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias. Vol. 3
núm., 3, julio, ISSN: 2588-0748, 2018, pp. 953-976*

DOI: [10.26820/reciamuc/3.\(3\).julio.2019.953-976](https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.(3).julio.2019.953-976)

URL: <http://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/311>

Código UNESCO: 3205 Medicina Interna

Tipo de Investigación: Artículo de Revisión

© RECIAMUC; Editorial Saberes del Conocimiento, 2019

Recibido: 28/04/2019

Aceptado: 19/05/2019

Publicado: 01/07/2019

Correspondencia: dra.cornejoj@gmail.com

- a. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; dra.cornejoj@gmail.com
- b. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; aevomd@gmail.com
- c. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; olgamariela_777@hotmail.com
- d. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; drfreddy_79@hotmail.com

Diagnóstico diferencial de absceso hepático amebiano

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Joselin Katherine Cornejo Viejó; Andrea Estefanía Vera Ordóñez; Olga Mariela Herrera Checa; Freddy Roberto Vélez Vera

RESUMEN

La amebiasis se puede considerar la enfermedad más agresiva del intestino humano, responsable en su forma invasiva para los síndromes clínicos, que van desde la disentería clásica de la colitis aguda a la enfermedad extra-intestinal, con énfasis en la amebiasis hepática, conocido como absceso hepático amebiano. Este tipo de afección es encontrado en todo el mundo, con una alta incidencia en la India, las regiones tropicales de África, México y otras áreas de América Central y la Amazonia. El trofozoito llega al hígado a través del sistema portal, provocando necrosis focal enzimática de los hepatocitos y múltiples micro abscesos que se unen para desarrollar una lesión única cuya cavidad central contiene un líquido espeso homogéneo, típicamente rojizo y de color amarillo. El dolor en hipocondrio derecho, la fiebre y la hepatomegalia son los síntomas predominantes de la amebiasis hepática. La ictericia se presenta en los casos con lesiones múltiples o un absceso muy grande, que afecta adversamente el pronóstico. La radiografía de tórax, la ecografía y la tomografía computarizada han traído notables contribuciones al diagnóstico de abscesos hepáticos. El diagnóstico concluyente se hace, sin embargo, por el hallazgo de *Entamoeba histolytica* trofozoítos con pus y por la detección de anticuerpos de suero a la ameba. Durante la evolución de amebiasis hepática, a pesar de la disponibilidad de fármacos altamente eficaces, algunas complicaciones importantes pueden ocurrir con regularidad y son el resultado de la perforación local con extensión en las cavidades pleurales y el pericardio, causando abscesos pulmonares y pericarditis purulenta, respectivamente las rupturas en la cavidad abdominal que pueden provocar abscesos subfrénicos y peritonitis. El tratamiento de la amebiasis hepática es hecho por la terapia médica, con metronidazol como el fármaco inicial, seguido de un amebicida luminal. En pacientes con grandes abscesos, mostrando signos de rotura inminente, y especialmente aquellos que no responden al tratamiento médico, un drenaje percutáneo debe llevarse a cabo, ya sea con ecografía o tomografía computarizada. El drenaje quirúrgico mediante laparotomía está reservado para pacientes con infecciones secundarias.

Palabras Claves: *Entamoeba Histolytica*; Amebiasis; Amebiasis Hepática; Diagnostico.

ABSTRACT

Amoebiasis can be considered the most aggressive disease of the human intestine, responsible in its invasive form for clinical syndromes, ranging from classical dysentery of acute colitis to extra-intestinal disease, with emphasis on hepatic amoebiasis, known as abscess amoebic liver. This type of condition is found throughout the world, with a high incidence in India, the tropical regions of Africa, Mexico and other areas of Central America and the Amazon. The trophozoite reaches the liver through the portal system, causing focal enzymatic necrosis of the hepatocytes and multiple micro-abscesses that coalesce to develop a single lesion whose central cavity contains a thick homogeneous liquid, typically reddish and yellow in color. Pain in the right hypochondrium, fever and hepatomegaly are the predominant symptoms of hepatic amoebiasis. Jaundice occurs in cases with multiple lesions or a very large abscess, which adversely affects prognosis. Chest x-ray, ultrasound and computed tomography have brought remarkable contributions to the diagnosis of liver abscesses. The conclusive diagnosis is made, however, by the finding of *Entamoeba histolytica* trophozoites with pus and by the detection of serum antibodies to the amoeba. During the evolution of hepatic amoebiasis, despite the availability of highly effective drugs, some important complications can occur regularly and are the result of local perforation with extension in the pleural cavities and the pericardium, causing pulmonary abscesses and purulent pericarditis, respectively ruptures in the abdominal cavity that can cause subphrenic abscesses and peritonitis. The treatment of hepatic amoebiasis is done by medical therapy, with metronidazole as the initial drug, followed by a luminal amoebicide. In patients with large abscesses, showing signs of imminent rupture, and especially those who do not respond to medical treatment, a percutaneous drainage should be carried out, either with ultrasound or computed tomography. Surgical drainage by laparotomy is reserved for patients with secondary infections.

Key Words: *Entamoeba Histolytica*; Amebiasis; Hepatic Amebiasis; Diagnosis.

Diagnóstico diferencial de absceso hepático amebiano

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Joselin Katherine Cornejo Viejó; Andrea Estefanía Vera Ordóñez; Olga Mariela Herrera Checa; Freddy Roberto Vélez Vera

Introducción.

La amebiasis es la enfermedad más agresiva por protozoos que afecta el intestino humano, considerada como la segunda o tercera causa principal de muerte entre las enfermedades parasitarias, sólo superada por la malaria y la esquistosomiasis.

A pesar del gran número de pacientes asintomáticos infectados por *Entamoeba dispar* o incluso por algunas cepas de *Entamoeba histolytica* que permanecen en la superficie luminal del intestino, amebiasis en su forma invasiva, es responsable de síndromes entéricos, que van desde la disentería frank a colitis fulminante, que es altamente letal. Una vez a través de la pared intestinal, los trofozoítos invaden la circulación portal y difunden de forma sistémica, alcanzando el hígado para causar amebiasis hepática. (Walsh, 2011)

El autor (Rey, 2015) expresa en su investigación, que las regiones metropolitanas de los países en desarrollo como en Tailandia, India, Egipto y Sudáfrica, la amebiasis hepática es endémica con altas tasas de mortalidad. En México, una encuesta serológica nacional demostró que el 8,4% de la población se expone a la amebiasis invasiva, lo que representa 1 millón de casos de la enfermedad. En Brasil, aunque hay una falta de informes nacionales, la incidencia de la amebiasis hepática difiere de una región a otra, siendo poco común en el sur y recurrente norte.

Hasta ahora, se desconocen las causas del por qué la amebiasis hepática es más común en hombres que en mujeres. Siendo mayormente afectados en la cuarta y quinta década de la vida de los individuos. El autor (Eliezer, 2009) indica que el protozoo fue descubierto por Losch en San Petersburgo, pero nombrado más tarde por Prof. Shaudinn en el año 1903.

Diagnóstico diferencial de absceso hepático amebiano

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Joselin Katherine Cornejo Viejó; Andrea Estefanía Vera Ordóñez; Olga Mariela Herrera Checa;
Freddy Roberto Vélez Vera

Esta enfermedad se transmite a través de agua o vegetales contaminados, la infección amebiana se inicia al tragar los quistes esféricos de 10 a 20um de diámetro los cuales se rompen en el tracto intestinal lumen en cuatro trofozoítos metacísticos y es a través de los trofozoitos que la enfermedad evoluciona en el ciego y el colon ascendente. (Guerra, 2015)

Los protozoos amebianos pueden existir en el cuerpo humano durante años sin convertirse en invasivos. La invasividad de la infestación está posiblemente relacionada con la dieta, resistencia del huésped, virulencia de los protozoos, humores y la inmunidad mediada por células. Es la inmunidad mediada por células protectoras que puede ser vital para restringir la invasividad tisular, así como en ayudar a la resolución del tejido.

Los protozoos intestinales han ganado importancia durante los últimos años como resultado del aumento de los viajes mundiales, globalización económica, y el creciente número de personas crónicamente inmunodeprimidas con SIDA, el uso cada vez mayor de trasplantes de órganos también han llevado a una nueva población en riesgo de infección protozoaria, infectando el tracto gastrointestinal por medio del parásito *Entamoeba histolytica* y *Giardia lamblia* que son las más comunes.

El objetivo central de este trabajo investigativo, es estudiar el absceso hepático amebiano tanto en hombres como en mujeres y determinar el diagnóstico que se llevan a cabo para detectar este tipo de infección haciendo énfasis en el diagnóstico diferencial como principal herramienta utilizada por los especialistas.

Diagnóstico diferencial de absceso hepático amebiano

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Joselin Katherine Cornejo Viejó; Andrea Estefanía Vera Ordóñez; Olga Mariela Herrera Checa; Freddy Roberto Vélez Vera

Metodología.

Para el desarrollo de este proceso investigativo, se plantea como metodología la encaminada hacia una orientación científica particular que se encuentra determinada por la necesidad de indagar en forma precisa y coherente una situación, en tal sentido (Davila, 2015) define la metodología “como aquellos pasos previos que son seleccionados por el investigador para lograr resultados favorables que le ayuden a plantear nuevas ideas”. (p.66)

Lo citado por el autor, lleva a entender que el desarrollo de la acción investigativa busca simplemente coordinar acciones enmarcadas en una revisión bibliográfica con el fin de complementar ideas previas relacionadas diagnóstico diferencial de absceso hepático amebiano a través de una revisión de literatura, para así finalmente elaborar un cuerpo de consideraciones generales que ayuden a ampliar el interés propuesto.

Tipo de Investigación

Dentro de toda práctica investigativa, se precisan acciones de carácter metodológico mediante las cuales, se logra conocer y proyectar los eventos posibles que la determinan, así como las características que hacen del acto científico un proceso interactivo ajustado a una realidad posible de ser interpretada. En este sentido, se puede decir, que la presente investigación corresponde al tipo documental, definido por Castro (2016), “se ocupa del estudio de problemas planteados a nivel teórico, la información requerida para abordarlos se encuentra básicamente en materiales impresos, audiovisuales y /o electrónicos”. (p.41).

En consideración a esta definición, la orientación metodológica permitió la oportunidad de cumplir con una serie de actividades inherentes a la revisión y lectura de diversos documentos donde se encontraron ideas explícitas relacionadas con los tópicos encargados de identificar a cada característica insertada en el estudio. Por lo tanto, se realizaron continuas interpretaciones con el claro propósito de revisar aquellas apreciaciones o investigaciones propuestas por diferentes investigadores relacionadas con el tema de interés, para luego dar la respectiva argumentación a los planteamientos, en función a las necesidades encontradas en la indagación.

Fuentes Documentales

El análisis correspondiente a las características que predomina en el tema seleccionado, llevan a incluir diferentes fuentes documentales encargadas de darle el respectivo apoyo y en ese sentido cumplir con la valoración de los hechos a fin de generar nuevos criterios que sirven de referencia a otros procesos investigativos. Para (CASTRO, 2016) las fuentes documentales incorporadas en la investigación documental o bibliográfica, “representa la suma de materiales sistemáticos que son revisados en forma rigurosa y profunda para llegar a un análisis del fenómeno”. (p.41). Por lo tanto, se procedió a cumplir con la realización de una lectura previa determinada para encontrar aquellos aspectos estrechamente vinculados con el tema, con el fin de explicar mediante un desarrollo las respectivas apreciaciones generales de importancia.

Técnicas para la Recolección de la Información

La conducción de la investigación para ser realizada en función a las particularidades que determinan a los estudios documentales, tiene como fin el desarrollo de un conjunto de acciones encargadas de llevar a la selección de técnicas estrechamente vinculadas con las características

Diagnóstico diferencial de absceso hepático amebiano

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Joselin Katherine Cornejo Viejó; Andrea Estefanía Vera Ordóñez; Olga Mariela Herrera Checa; Freddy Roberto Vélez Vera

del estudio. En tal sentido, (Bolívar, 2015), refiere, que es “una técnica particular para aportar ayuda a los procedimientos de selección de las ideas primarias y secundarias”. (p. 71).

Por ello, se procedió a la utilización del subrayado, resúmenes, fichaje, como parte básica para la revisión y selección de los documentos que presentan el contenido teórico. Es decir, que mediante la aplicación de estas técnicas se pudo llegar a recoger informaciones en cuanto a la revisión bibliográfica de los diversos elementos encargados de orientar el proceso de investigación. Tal como lo expresa, (Bolívar, 2015) “las técnicas documentales proporcionan las herramientas esenciales y determinantes para responder a los objetivos formulados y llegar a resultados efectivos” (p. 58). Es decir, para responder con eficiencia a las necesidades investigativas, se introdujeron como técnica de recolección el método inductivo, que hizo posible llevar a cabo una valoración de los hechos de forma particular para llegar a la explicación desde una visión general.

Asimismo, se emplearon las técnicas de análisis de información para la realización de la investigación que fue ejecutada bajo la dinámica de aplicar diversos elementos encargados de determinar el camino a recorrer por el estudio, según, (Bolívar, 2015) las técnicas de procesamiento de datos en los estudios documentales “son las encargadas de ofrecer al investigador la visión o pasos que debe cumplir durante su ejercicio, cada una de ellas debe estar en correspondencia con el nivel a emplear” (p. 123). Esto indica, que para llevar a cabo el procesamiento de los datos obtenidos una vez aplicado las técnicas seleccionadas, tales como: fichas de resumen, textual, registros descriptivos entre otros, los mismos se deben ajustar al nivel que ha sido seleccionado.

Resultados.

Patogénesis

A pesar de los nuevos conceptos sobre amebiasis, con especial énfasis en las diferencias biológicas entre *Entamoeba* (no invasivo, no patógena, no antigénica), responsable de más del 90% de las infecciones amebiano y *Entamoeba histolytica* (invasiva y patógena), algunos aspectos de la patogénesis de la amebiasis siguen sin esclarecerse.

El trophozoite puede permanecer confinado a la luz intestinal como un simple huésped, se alimentan de bacterias y restos celulares. A veces, sin embargo, en función del perfil genético e inmuno enzimático, y la capacidad del parásito para producir enzimas proteolíticas y para resistir la lisis mediada por el complemento A, los trofozoítos se vuelve virulenta, y comienza su invasión de la mucosa intestinal. A continuación, puede establecer la infección extraintestinal persistente a lo largo de las venas portal radículas, más comúnmente en el hígado. (Ravdin, 2011)

Después de la depresión de la manta moco protector, el trofozoítos se adhieren a las células del epitelio interglandular y, con la ayuda de enzimas proteolíticas que degradan la elastina, el colágeno y la fibronectina, la proteinasa especialmente cisteína, fosfolipasa y hemolisina, invaden el epitelio del colon por la interrupción de la matriz extra celular. La primera señal de agresión del colon se puede manifestar como un espesamiento no específico de la mucosa o por micronódulos de tamaño cabeza de alfiler, visibles por sigmoidoscopia péptico. Las enzimas lisosomas mediadas liberados por los leucocitos y monocitos polimorfonucleares lisadas, contribuyen a la destrucción de tejido del huésped y se extienden la lesión. Los

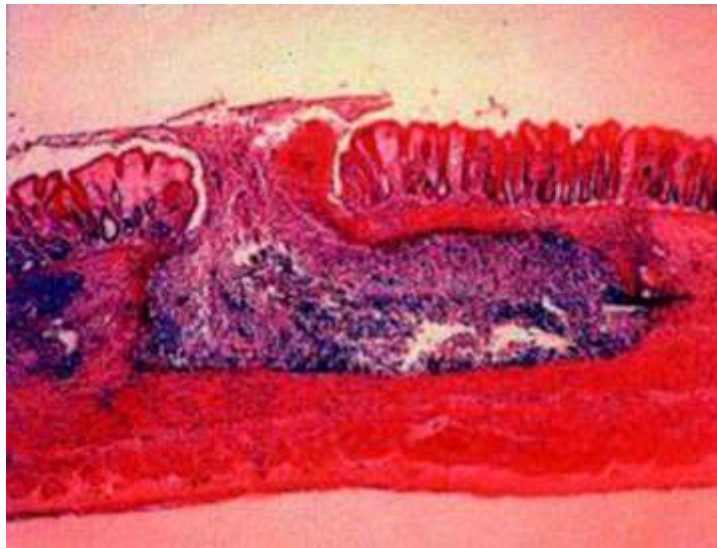
Diagnóstico diferencial de absceso hepático amebiano

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Joselin Katherine Cornejo Viejó; Andrea Estefanía Vera Ordóñez; Olga Mariela Herrera Checa; Freddy Roberto Vélez Vera

trofozoítos invaden la submucosa y se extienden lateralmente, creando la clásica úlcera amebiana en forma de matraz. (Ravdin, 2011) como se observa en la figura N°1.

Figura 1. Invasión de la submucosa por trofozoítos. La lesión se extiende lateralmente, la creación de la úlcera amebiana en forma de botella. Histopatología



Fuente: (Araujo, 2015)

La histopatología muestra las áreas necróticas y congestión vascular. Hay poca inflamación en contraste con la extensión de la lesión. Las amebas se pueden encontrar en la capa superficial de las úlceras o en sitios adyacentes

El autor (Brandt H., 2013) afirma que la invasión de los pequeños vasos de la submucosa, los trofozoítos acceden al mesenterio superior, y la difusión en toda la corriente de la sangre, que llegan al sistema portal para causar microémbolos y el infarto de pequeñas ramas vasculares. Resistiendo la lisis mediada por el complemento, los trofozoítos pasan al hígado, provocando

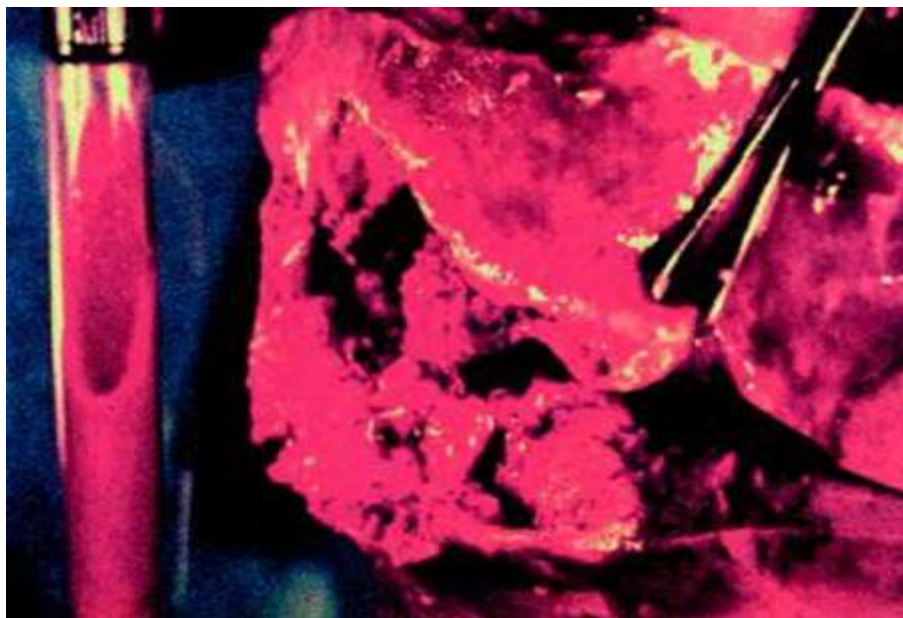
Diagnóstico diferencial de absceso hepático amebiano

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Joselin Katherine Cornejo Viejó; Andrea Estefanía Vera Ordóñez; Olga Mariela Herrera Checa;
Freddy Roberto Vélez Vera

áreas de necrosis focal. La lisis amebiana de los neutrófilos en el borde de la lesión, libera mediadores, y esto conduce a la muerte de los hepatocitos, extendiendo el daño a las células hepáticas distantes y aumentando el número de lesiones pequeñas que se unen para desarrollar una lesión hepática más grande, que inadecuadamente se denomina absceso amebiano. El contenido de su cavidad central es una gruesa exudado, grumosa. Este es generalmente homogénea, y varía en color, que van desde color blanco cremoso a marrón sucio y rosa. (Adams, 2015) como se observa en la figura N° 2.

Figura 2. Lesión amebiana lóbulo derecho se rompió, mostrando una cavidad necrótica con una gruesa de coloración marrón sucio



Fuente: (Adams, 2015).

Diagnóstico diferencial de absceso hepático amebiano

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Joselin Katherine Cornejo Viejó; Andrea Estefanía Vera Ordóñez; Olga Mariela Herrera Checa; Freddy Roberto Vélez Vera

Este material es casi siempre estériles, excepto cuando se ha producido una infección secundaria, lo que permite el diagnóstico diferencial de un absceso piógeno. El amebas se puede encontrar en el borde de la lesión, pero rara vez se detecta en el pus o dentro de la propia cavidad del absceso. (Rodrigues Filho A., 2016)

La lesión hepática suele ser solitaria, y con mayor frecuencia se encuentra en el lóbulo derecho, situada de forma contigua con la cápsula hepática. Variable en tamaño, en algunos casos puede ocupar más del 80% de la superficie del hígado entero (Figura 3). Esto puede explicarse por el mayor volumen del lóbulo derecho, que recibe la mayor parte del drenaje venoso desde el colon derecho, un segmento del intestino frecuentemente afectado por amebiasis intestinal.

Figura 3. Gran absceso hepático amebiano, alcanzando casi todo el lóbulo derecho



Fuente: (Araujo, 2015)

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas de amebiasis hepática son tan típicas que pudieran sugerir el diagnóstico en las áreas en las que es frecuente. Algunos días o meses después del inicio de la disentería clásico, o como suele ocurrir, sin síntomas o antecedentes de la amebiasis intestinal, las características clínicas comienzan a aparecer. A pesar del tamaño y el sitio de la lesión hepática, los síntomas más comunes son fiebre, dolor y hepatomegalia.

En pacientes con aparición aguda, la fiebre está generalmente presente en más del 90% de los casos. A menudo es muy alta, continua o intermitente y acompañada de escalofríos, debilidad y sudoración profusa. En las formas crónicas de la fiebre es baja y se desarrolla de manera más gradual, sin escalofríos o sudoración.

El dolor abdominal es el síntoma más precoz y frecuente, presente en casi el 100% de los pacientes. Comienza como una sensación de pesadez, y luego se convierte en un dolor agudo que aumenta de acuerdo a la posición del cuerpo, obligando al paciente a encontrar alivio en la cama girando hacia el lado opuesto de la lesión. En abscesos del lóbulo derecho del dolor se siente en el hipocondrio derecho, en la zona subcostal derecha o en el punto quístico, y puede irradiar al hombro, con el lado derecho del cuello o la espalda. En abscesos del lóbulo izquierdo, el dolor se localiza en el epigastria y la hipocondría izquierda y se irradia a las regiones escapular izquierda hacia atrás y de izquierda. (Donovan J.A., 2011)

Además de estos síntomas predominantes, los pacientes también pueden quejarse de malestar, náuseas, vómitos, anorexia y pérdida de peso. La diarrea puede estar presente en

Diagnóstico diferencial de absceso hepático amebiano

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Joselin Katherine Cornejo Viejó; Andrea Estefanía Vera Ordóñez; Olga Mariela Herrera Checa; Freddy Roberto Vélez Vera

aproximadamente 2% de los casos, con 4 a 5 episodios por día de una deposición acuosa, con moco y sangre, calambres abdominales y distensión debido a la pérdida de potasio. En algunos pacientes, cuando la diarrea es ausente puede mostrar las úlceras amebiano. (Donovan J.A., 2011)

La ictericia es una característica inusual, se conoce en sólo el 5% de los casos. Su aparición sugiere la existencia de abscesos grandes o múltiples, infección bacteriana y trastorno de la función hepática (Ahmed A., 2013). La presencia de ictericia puede empeorar considerablemente el pronóstico. Tos seca, dolor en el pecho y la disminución de la respiración pueden ser debido a la extensión pleuropulmonar del proceso inflamatorio en las lesiones de la superficie superior.

Hepatomegalia es el signo físico más importante de la amebiasis hepática. El agrandamiento del hígado varía con el tamaño y el sitio de la lesión. Puede haber una ampliación generalizada, la ampliación hacia abajo o hacia arriba la ampliación de la derecha o lóbulo izquierdo, comprimiendo el diafragma. En esta situación, hay una disminución en la capacidad de respirar, y el paciente se queja de disnea. En los abscesos más grandes del lóbulo derecho, una masa o un bulto se pueden ver a veces en la hipocondría o epigastria (Adams, 2015) (ver figura 4). En los abscesos del lóbulo izquierdo, la masa es palpable en el hipocondrio izquierdo. La textura puede ser difusa o localizada. En los casos con dolor intenso, el paciente evita la palpación, incluso antes de que el examinador llegue a la zona afectada.

Diagnóstico diferencial de absceso hepático amebiano

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Joselin Katherine Cornejo Viejó; Andrea Estefanía Vera Ordóñez; Olga Mariela Herrera Checa;
Freddy Roberto Vélez Vera

Figura 4. Terrón visible en el epigastrio que corresponde a una lesión del lóbulo izquierdo



Fuente: (Adams, 2015)

En un estudio realizado en el año 2012 en el Hospital Juan de Barros Barreto en Brazil se muestran los síntomas de 104 casos de amebiasis hepática donde se observa que los síntomas más predominantes fue la fiebre y el dolor, sin embargo, los demás síntomas dan cabida a la confirmación del diagnóstico. (ver tabla N° 3).

Diagnóstico diferencial de absceso hepático amebiano

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Joselin Katherine Cornejo Viejó; Andrea Estefanía Vera Ordóñez; Olga Mariela Herrera Checa; Freddy Roberto Vélez Vera

Tabla 3. Síntomas clínicos de 104 casos de amebiasis hepática en pacientes del Hospital Juan

de Barros Barreto

Los síntomas	Casos	
	No.	%
Fiebre	102,0	98.0
Dolor	104,0	100,0
hepatomegalia	84.0	80.0
Ictericia	54.0	54.9
vómitos	45.0	43.2
Diarrea	37.0	35.5
Pérdida de peso	32.0	30.7

Fuente: (Hospital Juan de Barros Barreto, 2012).

Diagnóstico

Luego de pruebas menos sensibles, las técnicas de imagen no invasivas, incluyendo la ecografía, tomografía computarizada, resonancia magnética y, principalmente, la serología, han mejorado dramáticamente la capacidad del médico para diagnosticar rápidamente la amebiasis hepática e iniciar rápidamente el tratamiento.

Entre los hallazgos de laboratorio, el hemograma revela un grado leve de anemia que puede ser normocítica o hipocrómica. En la mayoría de los casos, una leve a moderada leucocitosis está presente, con un recuento de glóbulos blancos promedio de 16.000. En pacientes con múltiples abscesos o infección bacteriana, la leucocitosis puede ser grave, acompañado por neutrofilia, con un mayor porcentaje de formas inmaduras similares a una reacción leucemoide. (Petri W.A., 2008)

Diagnóstico diferencial de absceso hepático amebiano

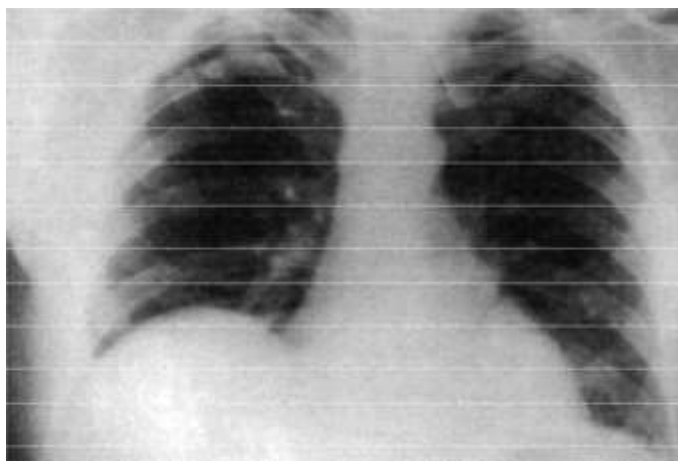
Vol. 3, núm. 3., (2019)

Joselin Katherine Cornejo Viejó; Andrea Estefanía Vera Ordóñez; Olga Mariela Herrera Checa;
Freddy Roberto Vélez Vera

La recuperación de los trofozoítos y quistes de *Entamoeba histolytica* en heces de pacientes con amebiasis hepática refuerza la hipótesis de etiología amebiana. Pruebas de función hepática no son muy útiles, presumiblemente porque muy poco tejido del hígado se ve afectado. Una elevación moderada de la fosfatasa alcalina, así como la hipoalbuminemia y transaminasas, sugeriría la posibilidad de un gran absceso. (Petri W.A., 2008)

La ecografía es el procedimiento de imagen inicial más ampliamente utilizado indicado para pacientes con una historia y síntomas de amebiasis hepática. Debido a su bajo costo y la accesibilidad, ya que, tiene la capacidad de detectar rápidamente las lesiones hepáticas en las diferentes etapas de la enfermedad, la determinación de su número, tamaño y posición exacta. Incluso puede diferenciar un tumor sólido a partir de un absceso y una enfermedad del tracto biliar de una lesión. También es muy útil en la orientación de drenaje hígado catéter percutáneo y en el seguimiento del curso de la infección y su resolución clínica. (Stoopen, 2010)

Figura 5. Elevación del hemidiafragma derecho debido a un absceso del lóbulo derecho



Fuente: (Kimura K., 2007)

Diagnóstico diferencial de absceso hepático amebiano

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Joselin Katherine Cornejo Viejó; Andrea Estefanía Vera Ordóñez; Olga Mariela Herrera Checa; Freddy Roberto Vélez Vera

En los estudios de la (figura N° 5) se observa, una elevación del hemidiafragma derecho en la radiografía de tórax lo que se considera un hallazgo común cuando hay lesiones del lóbulo derecho. En las lesiones del lóbulo izquierdo, la elevación se ve en el lado opuesto. (Kimura K., 2007)

La CT abdominal es otro procedimiento de formación de imágenes valiosa, con una mayor resolución y sensibilidad en la detección de lesiones hepáticas, especialmente los más pequeños, que es útil para el diagnóstico precoz (Assorey A., 2015). En la exploración CT, un absceso amebiano usualmente aparece como redondeado, bien definido, lesión de baja densidad, con una cavidad septada homogénea, y con el fluido considerable.

A pesar del importante apoyo proporcionado por los estudios de imagen, la confirmación definitiva de amebiasis hepática se basa en una demostración de Entamoeba trofozoítos histolytica en el pus aspirado, o más frecuentemente a partir del material necrótico obtenido por biopsia con aguja del borde o la parte inferior de la lesión. Sin embargo, la ameba se encuentra sólo en un pequeño porcentaje de los casos.

Teniendo en cuenta la respuesta inmune humoral a la Entamoeba histolytica, la serología ha convertido en una herramienta valiosa para el diagnóstico, la detección de anticuerpos circulantes específicos contra las formas invasoras, y que indica la etiología con un margen de seguridad razonable, y por lo tanto la diferenciación de amebiasis hepática de un absceso piógeno. (Assorey A., 2015).

Entre la variedad de pruebas serológicas disponibles hoy en día, la hemaglutinación indirecta (IHA), incluso cuando se utiliza en los estudios serológicos, es un ensayo muy sensible, siendo positivo en un 90 a 100% de los pacientes con amebiasis hígado. La inmunofluorescencia indirecta también es muy útil, dando valores superiores a 1: 800 en aproximadamente 70% de los sospechosos, ya sea, de clase IgG o de inmunoglobulina total son los ensayos más sensibles que ahora reemplazan IHA. Tiene una sensibilidad de 98%, y es extraordinariamente útil en las primeras etapas de la amebiasis hepática. (Kimura K., 2007)

Diagnóstico diferencial

A pesar de una similitud con varias enfermedades tales como hepatoma, colecistitis aguda, quistes de los parásitos, subfrénico y abscesos pulmonares provocados por bacterias, el diagnóstico diferencial de amebiasis hepática debe establecerse principalmente contra absceso piógeno.

Aunque la información epidemiológica puede mostrar al paciente a ser de una zona endémica de la amebiasis, la aparición brusca de fiebre, dolor abdominal y hepatomegalia son comunes en ambas amebiana y abscesos piógenos, sin embargo, los hallazgos de laboratorio y las imágenes obtenidas de la radiografía, ecografía y estudios de tomografía computarizada, no son decisivos para determinar una diferencia absoluta entre amebiana y abscesos piógenos.

La verdadera diferencia se basa en lo siguiente:

- Abscesos
- Amebiana piógeno.

Diagnóstico diferencial de absceso hepático amebiano

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Joselin Katherine Cornejo Viejó; Andrea Estefanía Vera Ordóñez; Olga Mariela Herrera Checa; Freddy Roberto Vélez Vera

- Serología (IHA / ELISA) negativo positivo.
- Bacteriología del pus positivo negativo (Gram-negativos E. coli, Klebsiella, Proteus, B. flagilis).
- Demostración de E histolytica positivo negativo.
- Antibióticos eficacia metronidazol terapéuticas (Los aminoglucósidos, cefalosporinas, quinolonas, clindamicina).

Tratamiento

El descubrimiento de amebicidas sistémicos, principalmente en el grupo nitroimidazol, con alta difusión tisular, y la capacidad mejorada para cruzar la barrera y alcanzar el interior del absceso en una concentración muy alta (cuatro veces la MIC para *Entamoeba histolytica*), ha sido responsable de un cambio dramático en el tratamiento de la amebiasis invasiva, complicaciones reductoras y por lo tanto la mortalidad.

En contraste con las últimas cuatro décadas, cuando los pacientes con amebiasis hepática fueron sistemáticamente sometidos a drenaje quirúrgico mediante laparotomía, la terapia médica hoy en día es el tratamiento de elección, lo que indica un drenaje quirúrgico sólo para lesiones muy grandes en los que se cree que se rompe a ser inminente. (Thompson J.E., 2016)

Debido a su acción altamente letal contra la trofozoite de *Entamoeba histolytica* y farmacocinética favorable, la rápida absorción intestinal, excelente biodisponibilidad, distribución generalizada en la mayoría de los tejidos del cuerpo y una vida media de 14 horas, el

metronidazol es el fármaco indicado para el tratamiento de la amebiasis hepática. (Thompson J.E., 2016)

En pacientes críticamente enfermos, con grandes y múltiples abscesos, metronidazol se utiliza en 500 mg por infusión IV cada 8 horas, durante cinco o diez días. Por vía oral, la dosis de metronidazol debe ser 750 a 800 mg, tres veces al día durante 10 días para adultos y 50 mg / kg / día para niños. La mayoría de los pacientes tratados con metronidazol mejoran después de 3 o 4 días y la cura ha sido reportado en más de 90% de los casos. Este medicamento está disponible en cápsulas de 250 y 500 mg, y 500 mg para infusiones IV.

Los efectos secundarios comunes de metronidazol incluyen náuseas, vómitos, dolor de cabeza, malestar abdominal y sabor metálico mencionado por casi todos los pacientes. Las reacciones adversas más graves, tales como ataxia, confusión, insomnio, paréntesis o incluso convulsiones rara vez se ven. Dado que este fármaco atraviesa la placenta y entra en la leche materna, su indicación debe ser considerado cuidadosamente para casos embarazadas. Aunque no hay datos suficientes en los seres humanos, el potencial mutagénico y cancerígeno de metronidazol ha sido ampliamente estudiado en animales.

También es usado el tinidazol como un sustituto metronidazol para los casos no complicados de la amebiasis invasiva, y se usa por vía oral, a 2 g al día, durante 5 días, adicionalmente el Secnidazol tiene las mismas farmacodinámica como metronidazol, pero tiene diferente farmacocinética, con una vida media mucho más extendido. Sin embargo, el tratamiento de la amebiasis hepática con lesiones grandes y múltiples se debe hacer con metronidazol. (Terap, 2014)

Diagnóstico diferencial de absceso hepático amebiano

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Joselin Katherine Cornejo Viejó; Andrea Estefanía Vera Ordóñez; Olga Mariela Herrera Checa; Freddy Roberto Vélez Vera

A continuación, se presenta una tabla en el que se observan los tratamientos empleados a los 104 casos del Hospital Juan de Barros Barreto con amebiasis hepática.

Tabla 4. Tratamiento amebiasis hepática de 104 casos.

Tratamiento	No. (%)	
Terapia clínica	56	(53.8)
Terapia clínica y drenaje	30	(28.7)
Taparotomía	18	(17.5)
Muerte	05	(4,8)

Fuente: (Hospital Juan de Barros Barreto, 2012)

En la mayoría de los caso se observa que la terapia clínica es lo comúnmente empleado en este tipo de enfermedades, tomando en cuenta que si la afección ésta muy avanzada el drenaje y la taparotomía representan otras de las opciones viables a modo de disminuir la enfermedad y evitar la muerte.

Conclusiones.

La amebiasis, siendo un problema social, su erradicación definitiva, depende de la mejora de las medidas de salud pública, saneamiento adecuado, suministro de agua limpia y, sobre todo, una mejor educación para la salud. Esto no ha sido una tarea fácil en áreas en las que los recursos para los programas de cuidado de la salud son escasos.

El diagnóstico precoz de la amebiasis hepática por estudios de serología y de imagen, la disponibilidad de medicamentos eficaces y drenaje percutáneo ha hecho que la enfermedad tenga una disminución en los casos presentados. Sin embargo, teniendo en cuenta la muy alta

mortalidad de los síndromes de ruptura, con implicaciones graves pulmonares, pericarditis, o más frecuentemente, absceso subfrénico o incluso peritonitis con sepsis, el tratamiento quirúrgico puede ser absolutamente necesario, y debe ser complementado con antibióticos y otra terapia.

Es importante reconocer las características de la imagen y el entorno clínico (signos, síntomas, anomalías bioquímicas, datos epidemiológicos y estado inmunológico) de la enfermedad hepática inflamatoria-infecciosa para un diagnóstico temprano preciso que permita un manejo apropiado y tratamiento a tiempo con metronidazol o cualquier fármaco que sirve en sustitución del mismo para evitar llegar a complicaciones mayores.

Bibliografía.

- Adams, E. (2015). *Amebiasis Invasiva absceso amebiano y sus complicaciones en medicina*. Buenos Aires: MacLeod.
- Ahmed A., M. P. (2013). *Systemic manifestations of invasive amebiasis*. . Clin Infect Dis.
- Araujo, R. (2015). Amebiasis. Infecciones Parasitarias: Enfoque Amazonico. 25-30.
- Assorey A., A. M. (2015). *Amebiasis invasiva. Formas extraintestinales y complicaciones. Diagnóstico parasitológico e serológico*. Puerto Rico: Rev Clin Esp.
- Barreto, H. J. (2012). *Informe caso Síntomas clínicos de 104 casos de amebiasis hepática*. Brazil.
- Bolívar, J. (2015). *Investigación Documental*. México. Pax.
- Brandt H., P.-T. R. (2013). *Pathology of human amebiasis*. J Pathol .
- Castro, J. (2016). *Técnicas Documentales*. México. Limusa.
- Conter R.L., P. H. (2016). *Differentiation of pyogenic from amebic hepatic abscess*. Surg Gynecol Obstet. Santiago de Chile .
- Davila, A. (2015). *Diccionario de Términos Científicos*. . Caracas: Editorial Oasis.

Diagnóstico diferencial de absceso hepático amebiano

Vol. 3, núm. 3., (2019)

Joselin Katherine Cornejo Viejó; Andrea Estefanía Vera Ordóñez; Olga Mariela Herrera Checa; Freddy Roberto Vélez Vera

Donovan J.A., Y. A. (2011). *Hepatic abscess*. Londres : World J Surg.

Eliezer, B. (2009). *Amoebiasis*. *Gastroenterol Clin North*. Francia.

Guerra, J. (2015). *Amebiasis invasiva. Formas extraintestinales y complicaciones*. Mexico DF: Rev Clin Esp.

Kimura K., S. M. (2007). Amebiasis:modern diagnostic imaging with pathological and clinical correlations. . *Semin Roentgenol*, (págs. 75-250).

Petri W.A., P. J. (2008). Diagnosis and management of amebiasis. . 25-117.

Ravdin, J. (2011). *Amebiasis*. Lima: Clin Infect Dis.

Rey, L. (2015). *Entamoeba histolytica y Amebiasis II: La enfermedad*. Rio de Janeiro: Parasitología Médica.

Rodrigues Filho A., M. L. (2016). Absceso amebiano en hígado. *Revista de Ciencias Biologicas* , 163-76.

Stoopen, M. (2010). *La ultrasonografía y la tomografía computadorizada em el diagnóstico Del abscesso hepático amibiano*. Mexico: Arch Invest Méd.

Terap, H. D. (2014). Drogas antiamebianas. *Rev Brás Clin* , 80-100.

Thompson J.E., F. S. (2016). Amebic liver abscess: a therapeutic approach. . *Rev Infect Dis* , 114-130.

Walsh, J. (2011). *Prevalencia de infección por Entamoeba histolytica*. New York: Livingstone.



RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL

CC BY-NC-SA

ESTA LICENCIA PERMITE A OTROS ENTREMEXCLAR, AJUSTAR Y CONSTRUIR A PARTIR DE SU OBRA CON FINES NO COMERCIALES, SIEMPRE Y CUANDO LE RECONOZCAN LA AUTORÍA Y SUS NUEVAS CREACIONES ESTÉN BAJO UNA LICENCIA CON LOS MISMOS TÉRMINOS.