



DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i4.3136

Absceso hepático amebiano, reporte de un caso

Jesús Vázquez Añorve

jesusgp4@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-5221-0734>

Pablo Iván Zavala Pérez

drpivanzp@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-0844-8443>

Raúl Ian Sotelo Martínez

rasoma_494@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-7639-2528>

Edwin Herney Garcés Caicedo

edwingarces92@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-5410-9771>

Daniela Lizarazo Urueña

dannyliz71@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-4026-8058>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Puebla, Puebla, México.

RESUMEN

El absceso hepático es una lesión inflamatoria ocupante de espacio en el hígado causada por agentes infecciosos.¹ La amebiasis es una infección frecuente en los países en desarrollo y el absceso hepático amebiano es su principal manifestación extraintestinal más común, es causado por *Entamoeba histolytica*, *Entamoeba dispar*, *Entamoeba moshkovskii* y *Entamoeba bangladeshi*, indistinguible uno del otro por microscopía. Se manifiesta con fiebre, dolor en el hipocondrio derecho, fatiga e hiporexia. Pacientes con alto riesgo de presentarlo: en estado de inmunosupresión, diabetes mellitus, alcoholismo crónico y desnutrición.²

Clásicamente, la aspiración de un absceso hepático amebiano revela un líquido como en “salsa de anchoas”. El ultrasonido tiene una sensibilidad superior al 90% para detectar esta infección. Tomografía computarizada, es una técnica más sensible y ofrece una mejor resolución en la imagen para la visualización de la lesión y su extensión extrahepática hacia la pleura y el pericardio.¹

En general, la mortalidad es baja, entre 0% y 5% si se implementa una terapia médica ideal. La complicación más común es la ruptura hacia órganos adyacentes. Se asocia con alta mortalidad si no se trata a tiempo.¹

Palabras clave: absceso hepático; amebiasis; *Entamoeba histolytica*.

Correspondencia: jesusgp4@hotmail.com

Artículo recibido: 10 julio 2022. Aceptado para publicación: 20 agosto 2022.

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

Todo el contenido de **Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar**, publicados en este sitio están disponibles bajo

Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) 

Como citar: Vázquez Añorve, J., Zavala Pérez, P. I., Sotelo Martínez, R. I., Garcés Caicedo, E. H., & Lizarazo Urueña, D. (2022). Absceso hepático amebiano, reporte de un caso. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(4), 5238-5248. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i4.3136

Amoebic liver abscess, a case report.

ABSTRACT

Liver abscess is a space-occupying inflammatory lesion in the liver caused by infectious agents.¹ Amebiasis is a common infection in developing countries and amoebic liver abscess is its most common extraintestinal manifestation. It is caused by *Entamoeba histolytica*, *Entamoeba dispar*, *Entamoeba moshkovskii* and *Entamoeba bangladeshi*, indistinguishable from each other by microscopy. It manifests with fever, pain in the right hypochondrium, fatigue and hyporexia. Patients at high risk of presenting it: in a state of immunosuppression, diabetes mellitus, chronic alcoholism and malnutrition.²

Classically, ALA aspiration reveals an “anchovy sauce” like liquid. Ultrasound has a sensitivity greater than 90% in detecting this infection. Computed tomography is a more sensitive technique and offers better image resolution for visualizing the lesion and its extrahepatic extension to the pleura and pericardium.¹

In general, mortality is low, between 0% and 5% if ideal medical therapy is implemented. The most common complication is rupture into adjacent organs. It is associated with high mortality if not treated on time.¹

Keywords: liver abscess; amebiasis; *Entamoeba histolytica*.

INTRODUCCIÓN

El hígado es el núcleo metabólico más vital y el más grande órgano del cuerpo humano. Los hepatocitos son la principal unidad funcional del hígado y realizan múltiples funciones cruciales que incluyen la producción de bilis, el metabolismo de los lípidos y síntesis de proteínas.⁴

Los abscesos hepáticos son causados principalmente por infecciones de parásitos o bacterias, y son una causa importante de hospitalización en países de ingresos medios-bajos.³

Los abscesos hepáticos se pueden dividir ampliamente en dos categorías: amebiana y piógena. La patogénesis del absceso hepático amebiano (AHA) es diferente del absceso hepático piógeno (AHP). En la primera, *Entamoeba histolytica*, induce apoptosis y este última una infección supurativa del parénquima hepático. El diagnóstico es importante, aunque difícil en entornos de recursos limitados, ocasionando tratamiento inadecuado.³

El absceso hepático también puede ser causado por hongos, micobacterias y otros organismos atípicos.¹

Entamoeba histolytica es un protozoario que causa amebiasis (infección gastrointestinal) y la principal causa de infección por parásitos intestinales en viajeros. La infección se asocia a las malas condiciones de vida y a la contaminación de agua potable. La manifestación extraintestinal más frecuente es un absceso hepático, con el parásito transportado a el hígado a través de la vena porta.

La enfermedad generalmente ocurre en pacientes masculinos en el grupo de edad de 20 a 45 años. Los factores de riesgo incluyen el uso crónico de alcohol, diabetes mellitus, cirrosis y enfermedad retroviral. Las características clínicas de presentación incluyen fiebre, dolor en el abdomen, y anorexia. La ictericia se puede ver en alrededor del 15% de pacientes con AHA y generalmente se asocia con un gran absceso y/o abscesos múltiples y compresión del árbol biliar por continuidad a porta hepatis o causado por una hepatitis alcohólica concomitante. Aunque clásicamente se describe como un absceso solitario en el lóbulo derecho del hígado, el 35% de los pacientes pueden tener un absceso hepático en el lóbulo izquierdo con o sin un absceso en el lóbulo derecho, y el 15% de los pacientes pueden tener múltiples abscesos hepáticos. El curso clínico del AHA es generalmente benigno en ausencia de marcadores de mal pronóstico.¹

La presentación clínica tanto del absceso amebiano como del absceso piógeno es indistinguible uno del otro. Los pacientes suelen presentar fiebre y sensibilidad en el cuadrante superior derecho. Aunque las pruebas de laboratorio, como la leucocitosis (predominantemente neutrófilos), marcadores inflamatorios elevados (p. ej., proteína C reactiva), aumento de la fosfatasa alcalina y pruebas de función hepática anormales a menudo están presentes, no tienen ningún valor real en la diferenciación amebiana versus piógena.

Las técnicas de imagen, como la ecografía y la tomografía computarizada (TC), son útiles herramientas para demostrar una lesión ocupante de espacio y confirmar la presencia o ausencia de un absceso hepático, aunque no puede diferenciar de forma fiable entre absceso piógeno y absceso hepático amebiano. Tradicionalmente, el AHA ocurre más comúnmente como una sola lesión en el lóbulo derecho pero puede estar presente en el lóbulo izquierdo y ser múltiples. La tomografía computarizada tiene una mayor sensibilidad (97 % de sensibilidad) en comparación con el ultrasonido (85 % de sensibilidad) para la detección de abscesos hepáticos, aunque esta modalidad puede no ser siempre accesible en un entorno recursos limitados. La aspiración con aguja fina para cultivo es el gold estándar de absceso hepático piógeno, pero no del absceso hepático amebiano.³

Amebicidas tisulares como los nitroimidazoles constituyen el pilar del tratamiento de todos los pacientes con AHA. Tinidazol es mejor tolerado y tiene la ventaja de una duración más corta de tratamiento. Otras opciones incluyen la nitazoxanida, que tiene una ventaja de ser amebicida tisular y luminal. Se debe seguir el tratamiento con amebicidas tisulares y con agentes amebicidas luminales para erradicar las amebas luminales y prevenir la posterior invasión de tejidos y propagación de la infección a través del quiste. Las indicaciones para el drenaje de absceso hepático junto con tratamiento médico son: (1) absceso hepático del lóbulo izquierdo, (2) absceso con borde delgado de hepático parénquima (<10 mm) a su alrededor, (3) múltiples abscesos hepáticos, (4) ruptura inminente reconocida en imágenes, y (5) falta de respuesta al tratamiento médico después de 3 a 5 días. En ausencia de estas características de alto riesgo, la evidencia del drenaje es controvertido.¹

Caso clínico.

Acude al servicio de urgencias hombre de 40 años de edad, que cuenta con los siguientes antecedentes:

Cronico degenerativos, quirúrgicos, alergias, transfusiones, fracturas negados, alcoholismo de 20 años de evolución, hasta llegar a la embriaguez cada 15 días, consumiendo bebidas de elaboración artesanal.

Inicia su padecimiento actual hace 1 mes al presentar episodios esporádicos de fiebre no cuantificadas, las cuales eran de predominio nocturno y remitían con la administración de paracetamol, además de presentar dolor en hipocondrio derecho, de aparición progresiva, de tipo punzante, intensidad 4/10, sin irradiaciones, no hay factores que lo aumenten o disminuyan, cediendo de forma espontánea, durante los últimos 3 días refiere exacerbación de los síntomas, sin mejoría, por lo que ingresa a esta unidad.

A la exploración física signos vitales: tensión arterial 110/65, frecuencia cardiaca 92, frecuencia respiratoria 18, temperatura 38.2 °C, consciente, orientado, regular

hidratación de mucosas, adecuada coloración de piel y tegumentos, normocefalo, ruidos cardiacos adecuado tono y ritmo, murmullo vesicular audible en ambos hemitorax, abdomen plano, peristalsis presente, timpanico a la percusión, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho, von blumberg positivo, se palpa el hígado 2 cm por debajo del reborde costal, genitales acorde a edad y sexo, resto sin alteraciones. Laboratorios: Bilirrubina total 0.6 AST 24 ALT 30 FA 210 GGT 199 DHL 351 Glucosa 99 Creatinina 0.7 K 4 Na 135 Leucos 16.8 neutros 93.5, Hb 9.4, Plaq 561, INR 2.1 TPT 42 TP 22.6

TC simple y contrastada de abdomen (fig 1): hígado con presencia de lesión hipodensa, de contenido heterogéneo por áreas hiperdensas en su interior, así como gas, de bordes irregulares y mal definidos, con dimensiones de 130 x 110 mm, dependiente de lóbulo hepático derecho, así como colección subcapsular hepática de 120 x 20 mm.

Figura (1):



Tomografía simple y contrastada en corte coronal que muestra la lesión anteriormente descrita.

Figura (2):



Tomografía simple y contrastada en corte axial que muestra la lesión anteriormente descrita.

Debido a los hallazgos obtenidos del interrogatorio, la exploración física y los paraclínico, se establece el diagnóstico de absceso hepático roto y se decide manejo quirúrgico.

Cirugía programada: drenaje de absceso.

Cirugía realizada: drenaje de absceso.

Hallazgos: colección purulenta de aproximadamente 100 cc en espacio subhepático anterior, absceso en segmento VI y VII de aproximadamente 10 cm de diámetro con colección de aproximadamente 800 cc de contenido purulento y aspecto en “pasta de anchoas”.

Figura (3):



Absceso drenado con aspecto de “pasta de anchoas”.

El paciente cursa con adecuado postquirúrgico, el examen coproparasitoscópico revela presencia de trofozoítos de *E. histolytica* en heces, es egresado a los 5 días de la cirugía con tratamiento para la forma parasitaria intraluminal con seguimiento por consulta externa.

Discusión:

Las características del absceso hepático, principalmente de localización, tamaño y volumen, determinan la conducta a seguir de primera instancia, el presente caso muestra a un paciente con datos inminentes de ruptura, por lo cual se decide manejo quirúrgico siendo el abordaje abierto el elegido debido a la falta del recurso de equipo de mínima invasión. El drenaje percutáneo del absceso constituye una opción, sin embargo su uso actualmente es controversial debido al alto riesgo de sobre infección bacteriana y a la evidencia de respuesta al tratamiento amebicida con o sin punción, por lo que se tiene que valorar riesgos y beneficios.

El tratamiento expectante en pacientes que cumplen con datos de ruptura inminente puede ocasionar complicaciones con alta grado de morbi mormortalidad.

Conclusión:

El absceso hepático de origen amebiano suele responder en la gran mayoría de los casos al manejo médico, sin embargo la elección de drenaje quirúrgico debe tenerse en cuenta en pacientes en los cuales fracasa el tratamiento médico o se encuentre riesgo inminente de ruptura, además el cirujano debe estar familiarizado con el manejo de las complicaciones de esta patología relativamente frecuente en nuestro medio al ser una zona endémica.

Dichas complicaciones requieren de un manejo quirúrgico urgente en caso de ruptura hacia la cavidad peritoneal, el cual puede progresar rápidamente a un estado de choque.

La elección del abordaje dependerá de los recursos que se tengan al alcance y las condiciones propias preexistentes de cada paciente

LISTA DE REFERENCIAS

1. Sharma, S. and Ahuja, V. (2021), Liver Abscess: Complications and Treatment. *Clinical Liver Disease*, 18: 122-126. <https://doi.org/10.1002/cld.1128>
2. Trillos-Almanza MC, Restrepo Gutierrez JC. *Frontline Gastroenterology* 2020;**0**:1–7. doi:10.1136/flgastro-2019-101240
3. Khim G, Em S, Mo S, Townell N. Liver abscess: diagnostic and management issues found in the low resource setting. *Br Med Bull*. 2019 Dec 11;132(1):45-52. doi: 10.1093/bmb/ldz032
4. Bashir N, Shereen M A, Kazmi A, Sajid M, Ullah H. **A retrospective analysis of pyogenic liver abscess and antibiotic resistivity of common pathogens in Peshawar.** *Biomed. Res. Ther.*; 7(12):4190-4196.
5. Anesi, J.A. and Gluckman, S. (2015), Amebic liver abscess. *Clinical Liver Disease*, 6: 41-43. <https://doi.org/10.1002/cld.488>
6. Singh A, Banerjee T, Kumar R, Shukla SK (2019) Prevalence of cases of amebic liver abscess in a tertiary care centre in India: A study on risk factors, associated microflora and strain variation of *Entamoeba histolytica*. *PLoS ONE*14(4):e0214880. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214880>
7. S. Lardièrre-Deguelte, E. Ragot, K. Amroun, T. Piardi, S. Dokmak, O. Bruno, F. Appere, A. Sibert, C. Hoeffel, D. Sommacale, R. Kianmanesh, Hepatic abscess: Diagnosis and management, *Journal of Visceral Surgery*, Volume 152, Issue 4, 2015, Pages 231-243, ISSN 1878-7886, <https://doi.org/10.1016/j.jvisc Surg.2015.01.013>
8. Nepal, P., Ojili, V., Kumar, S. *et al.* Beyond pyogenic liver abscess: a comprehensive review of liver infections in emergency settings. *Emerg Radiol* **27**, 307–320 (2020). <https://doi.org/10.1007/s10140-020-01757-6>
9. Salit IE, Khairnar K, Gough K, Pillai DR. A possible cluster of sexually transmitted *Entamoeba histolytica*: genetic analysis of a highly virulent strain. *Clin Infect Dis* 2009;49:346-353.

10. Kuo SH, Lee YT, Li CR, et al. Mortality in Emergency Department Sepsis Score as a prognostic indicator in patients with pyogenic liver abscess. *Am J Emerg Med* 2013;31(6):916–21[Epub 2013/04/30].
11. Große, K., Ohm, D., Würstle, S. *et al.* Clinical characteristics and outcome of patients with enterococcal liver abscess. *Sci Rep* **11**, 22265 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-01620-9>
12. Jayakar SR, Nichkaode PB. Liver abscess, management strategies, and outcome. *Int Surg J* 2018;5:3093-10
13. Salles JM, Moraes LA, Salles MC. Hepatic amebiasis. *Braz J Infect Dis* 2003;7: 96-110.
14. Wells CD, Arguedas M. Amebic liver abscess. *South Med J* 2004;97:673-682.
15. Stanley SL Jr. Amoebiasis. *Lancet* 2003;361:1025-1034
16. Park MS, Kim KW, Ha HK, Lee DH. Intestinal parasitic infection. *Abdom Imaging* 2008;33:166-171.
17. Benedetti NJ, Desser TS, Jeffrey RB. Imaging of hepatic infections. *Ultrasound Q* 2008;24:267-278.
18. T. Weitzel, J. Cabrera, R. Rosas, L.M. Noriega, G. Schiappacasse, V. Vollrath, L. Porte, Enteric multiplex PCR panels: A new diagnostic tool for amoebic liver abscess?, *New Microbes and New Infections*, Volume 18, 2017, Pages 50-53, ISSN 2052-2975, <https://doi.org/10.1016/j.nmni.2017.05.002>.
19. Yindal A, Pandey A, Sharma MK, et al. Management practices and predictors of outcome of liver abscess in adults: a series of 1630 patients from a liver unit. *J Clin Exp Hepatol* 2021;11:312-320
20. Kumar R, Anand U, Priyadarshi RN, et al. Management of amoebic peritonitis due to ruptured amoebic liver abscess: it's time for a paradigm shift. *JGH Open* 2019;3:268-269
21. Chadwick M, Shamban L, Neumann M. Pyogenic liver abscess with no predisposing risk factors. *Case Rep Gastrointest Med* 2018;2018:1–4.
22. Chia DWJ, Kuan WS, Ho WH, *et al.* Early predictors for the diagnosis of liver abscess in the emergency department. *Intern Emerg Med* 2019;14:783–91.