

**HOSPITAL GENERAL DOCENTE  
"DR. AGOSTINHO NETO"  
GUANTÁNAMO**

**ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO EN PUERPERIO. INFORME DE UN CASO.**

Dr. Leonardo Carballosa Espinosa, Dr. Roberto Lantigua Barrios, Dr. Carlos Cruz López Revé.

- 1 Máster en Urgencias Médicas. Especialista de II Grado en Cirugía General. Asistente.*
- 2 Máster en Urgencias Médicas. Especialista de I Grado en Cirugía General. Asistente.*
- 3 Especialista de I Grado en Coloproctología. Instructor.*

---

**RESUMEN**

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino, de 32 años de edad, con gestación de 38.6 semanas y enfermedad hipertensiva gravídica, que es ingresada y cesareada en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto." En el posoperatorio evoluciona tórpidamente con fiebre elevada, tos, disnea, dolor en hipocondrio derecho y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Se le realizan estudios de urgencia y se diagnostica absceso hepático amebiano. Es intervenida quirúrgicamente con el drenaje del absceso por vía extraperitoneal anterior. Actualmente se recupera adecuadamente y es egresada con su niña a los 28 días completamente asintomática.

**Palabras clave:** absceso hepático amebiano.

---

**INTRODUCCIÓN**

El absceso hepático amebiano de hígado se manifiesta como una complicación abdominal aguda que requiere intervención quirúrgica urgente. Esta situación se evita si se previenen las complicaciones cuando el médico tiene la sospecha temprana del problema e instituye,

de inmediato, el tratamiento adecuado.<sup>1,4</sup> Si se observa por vez primera durante la laparotomía, el diagnóstico inmediato y el tratamiento adecuado disminuirán la morbilidad y la mortalidad que acompañan a esta lesión.<sup>3</sup>

El protozoo parásito *Entamoeba histolytica* se encuentra a menudo en el intestino de personas de todo el mundo. Aunque es hiperendémico de regiones tropicales, las investigaciones han descubierto que un porcentaje muy importante de la población del mundo alberga dicho parásito pues se ha encontrado en poblaciones nativas de prácticamente todas partes del planeta, desde el círculo ártico hasta el antártico.<sup>4,6</sup>

La frecuencia de amebiasis es mucho mayor en áreas con deficiente higiene. La frecuencia con que se observan disentería amebiana y absceso hepático amebiano en estas regiones, sobre todo en climas calidos y húmedos, dio origen a los nombres "disentería tropical" y "absceso tropical."<sup>7</sup>

No hay pruebas concluyentes de diferencias en la susceptibilidad racial a la amebiasis; se acepta que las variaciones informadas en diferentes grupos raciales que residen de manera permanente en diversos países son causadas, en esencia, por factores socioeconómicos que influyen en la contaminación del agua y los alimentos, otros problemas de saneamiento, y posiblemente en el estado de nutrición.<sup>8-10</sup>

El absceso hepático amebiano se observa principalmente en las décadas tercera, cuarta y quinta de la vida. Sin embargo, puede ocurrir en lactantes y niños, lo mismo que en ancianos. Por alguna razón aún no aclarada, el absceso hepático amebiano se presenta más a menudo en el varón que en la mujer, con una proporción aproximada de 10:1 o más en casi todas las series estudiadas del mundo. Se ha sugerido que la causa podría ser un factor endocrino pues en la serie de casos de absceso hepático amebiano de niños prepuberales se ha informado igual frecuencia en ambos sexos.

El ciclo vital de *Entamoeba histolytica* está constituido por las fases: trofozoítica, prequística, quística y metaquística.<sup>12</sup> Los quistes se eliminan con el excremento del huésped y pueden sobrevivir durante periodos prolongados en un ambiente húmedo. Los quistes ingeridos con agua y alimentos contaminados con materia fecal transmiten la infección al nuevo huésped. Se liberan trofozoitos activamente móviles desde los quistes, durante el paso por la parte distal de intestino delgado e intestino grueso, donde sobreviven y se multiplican por la alimentación de bacterias y otras sustancias contenidas en el intestino. Las lesiones en el hombre son causadas por los trofozoitos, al parecer, la única forma de parásito que se encuentra en los tejidos.<sup>13</sup>

La localización más común de amebiasis metastásica en el hombre es en el hígado. El absceso suele estar localizado en la cúpula o cerca de la superficie inferior del lóbulo derecho que es afectado con frecuencia, mucho más grande que el izquierdo, la proporción aproximada es de 10:1.

Las amebas se han identificado en los capilares de intestino y trombos de las pequeñas ramas interlobulares de la vena porta. Se acepta, en general, que las amebas alcanzan el hígado a través de la corriente sanguínea portal desde una lesión ulcerada en pared del intestino, más que por vía linfática o por desplazamiento desde la cavidad peritoneal.<sup>4,14</sup>

El inicio de los síntomas de esta entidad suele ser súbito o insidioso, con variación considerable en cuanto a intensidad, duración, y manifestaciones del proceso patológico. En algunos casos, la enfermedad es aguda y tiene menos de una semana de evolución; en otros casos, los síntomas pueden persistir varios meses antes de establecerse el diagnóstico. Aunque el absceso hepático siempre es secundario a amebiasis intestinal, con frecuencia debe hacerse el diagnóstico sin prueba del proceso patológico primario. Es raro que tenga como acompañante una crisis de disentería amebiana y no es frecuente observar diarrea al mismo tiempo.<sup>15</sup>

El dolor continuo en hipocondrio o región epigástrica es el síntoma único más común y sobresaliente; ocurre en el 90 % de los casos aproximadamente.

La tos, por lo general, no es productiva; síntoma común en pacientes con absceso hepático y observado en el 50 % de ellos; no indica siempre rotura de absceso hepático hacia cavidad pleural o pulmón, y puede ser el resultado de reacción inflamatoria transdiafragmática.<sup>16</sup>

La fiebre es frecuente, por lo general sostenida de 40 °C, aunque no ocurre en el 10 al 25 % de los pacientes. En algunos casos crónicos son frecuentes los sudores nocturnos y rara vez se observan escalofríos.

Ocurren náuseas y vómitos en el 15 % de los pacientes aproximadamente; se vuelven prominentes la pérdida de peso y la debilidad.

El dato físico encontrado más a menudo y más importante es la hipersensibilidad a la palpación a nivel de hígado. La hipersensibilidad intercostal es uno de los signos cardinales de absceso hepático.<sup>17</sup>

Basado en la variación de la duración de los síntomas y manifestaciones clínicas, Berne describió en 1942 cuatro síndromes clínicos para el absceso amebiano de lóbulo hepático derecho. El síndrome agudo del borde costal, suele confundirse con colecistitis aguda, úlcera péptica perforada o hepatitis alcohólica aguda. El síndrome crónico del borde costal debe distinguirse de lesiones malignas de hígado, vías biliares y estómago, lo mismo que del quiste hidatídico, cirrosis de hígado y pseudoquiste pancreático. El síndrome pulmonar agudo puede confundirse con neumonitis primaria, pleuresía con derrame y empiema. El síndrome pulmonar crónico puede dar impresión de enfermedad crónica, lesión maligna o tuberculosis de pulmón.<sup>20</sup>

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente N.P.P., de 32 años de edad, sexo femenino, raza mestiza, procedencia rural, historia clínica 492967. Ingresada en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" con gestación de 38.6 semanas, enfermedad hipertensiva gravídica y posible crecimiento intrauterino retardado grave, con antecedente obstétrico de cuatro embarazos, un parto y dos abortos provocados. La paciente presenta cifras tensionales elevadas, es cesareada y a los 5 días del postoperatorio comienza con evolución tórpida. Refiere dolor punzante en hemiabdomen superior derecho, disnea que se incrementa a decúbito, sudoración recurrente, febrículas y malestar general, al examen físico.

Mucosas ligeramente hipocoloreadas y húmedas.

*Aparato respiratorio:* Frecuencia respiratoria 30/minuto, murmullo vesicular disminuido en base de pulmón derecho.

*Aparato cardiovascular:* Frecuencia cardíaca 106/minuto, tensión arterial 120 - 80 mm Hg, no arritmias, no soplos.

*Abdomen:* Sigue los movimientos respiratorios, ligeramente distendido, blando, depresible, no doloroso a palpación superficial, doloroso a palpación profunda en hipocondrio derecho, no contractura, no reacción peritoneal, ruidos hidroaéreos presentes y normales en intensidad y frecuencia.

Tejido celular subcutáneo infiltrado por edemas hasta la raíz de ambos muslos, no signos de trombosis venosa profunda.

*Examen neurológico:* Normal.

Se realiza radiografía de tórax que muestra lesión de derrame en base derecha y cisuritis. El ultrasonido torácico confirma derrame pleural. Se decide su traslado a unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de neumopatía inflamatoria en puérpera cesareada por toxemia grave.

La paciente en la unidad de cuidados intensivos evoluciona desfavorablemente, se agrava disnea, fiebre de 40 °C, dolor torácico e hipocondrio derecho. Al día siguiente, evoluciona hacia síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Se realiza discusión colectiva del caso y se decide tratamiento quirúrgico de urgencia

## **DISCUSIÓN DEL CASO**

Los abscesos intrahepáticos constituyen una entidad poco común que continúan creando problemas diagnósticos y terapéuticos. Los abscesos hepáticos pueden ser amebianos o bacterianos (piogénicos). Los bacterianos se deben a:

- 1) Colangitis ascendente del tracto biliar con obstrucción parcial o completa por cálculo, tumor o estenosis.
- 2) Bacteriemia portal desde un foco intraabdominal, como diverticulitis o apendicitis.
- 3) Bacteriemia sistémica procedente de un lugar distante, en la que los gérmenes llegan a hígado a través de arteria hepática.
- 4) Extensión directa desde infección adyacente fuera del tracto biliar.
- 5) Traumatismo penetrante (con implantación directa de bacterias en hígado) o cerrado, que causa hematoma con infección secundaria

La causa suele ser obvia, pero en ocasiones no se descubre el origen del absceso. Aunque la mayoría de los abscesos son únicos, los múltiples (habitualmente microscópicos) son frecuentes en casos de bacteriemia sistémica u obstrucción completa de tracto biliar.<sup>2</sup>

Los estreptococos y estafilococos son las bacterias más comunes en las infecciones debidas a bacteriemia sistémica Los abscesos originados por infección de tracto biliar suelen contener bacilos Gramnegativos aerobios, por ejemplo Escherichia coli y Klebsiella, mientras que los secundarios a bacteriemia portal por infección intraabdominal contienen, típicamente, tanto bacterias gramnegativas aerobias como gérmenes anaerobios.<sup>2,5</sup>

El absceso piógeno de hígado ha predominado en publicaciones que provienen de centros médicos ubicados en climas templados de la zona

norte de los Estados Unidos, Inglaterra y Europa septentrional. En comparación, el absceso amebiano ha sido encontrado con frecuencia moderada en centros ubicados en el sur de los Estados Unidos y en países de América Latina.<sup>3,4,7</sup>

En 2006, Wells CD, Arguedas M, publicaron una frecuencia de abscesos amebianos tres veces superior a la de abscesos piógenos en los pacientes tratados en el Hospital de Nueva Orleans.<sup>21</sup>

Similares resultados muestran Frías, Alcántara y Dávila en países de América latina, esta tendencia es descendente en la actualidad porque las medidas sanitarias adoptadas han eliminado casi por completo las infestaciones masivas por amebiasis en la población.<sup>2</sup>

Sin embargo, los centros médicos de los Estados Unidos que tratan elevado número de pacientes que emigraron de países de América latina, Asia y África, donde la amebiasis es endémica, han podido observar un ligero aumento en la incidencia de los abscesos amebianos.<sup>21</sup>

Los abscesos hepáticos producidos por otros parásitos, hongos o *Mycobacterium tuberculosis* son raros a nivel internacional.<sup>6</sup>

Con frecuencia existe el antecedente de amebiasis intestinal o diarrea y solo en una tercera parte se encuentra *Entamoeba histolytica* en las heces en el momento del diagnóstico. La sintomatología puede aparecer en forma insidiosa o abrupta.<sup>4</sup>

Los síntomas más importantes son: dolor en el cuadrante superior derecho, fiebre, malestar general, astenia, adinamia y tos no productiva. El dolor puede ser sordo y constante o agudo y punzante, aumenta con la respiración.<sup>6</sup> En el examen físico se encuentra hepatomegalia dolorosa y dolor a palpación intercostal o subcostal. No es frecuente la aparición de ictericia, puede existir distensión abdominal con irritación peritoneal. Puede haber leucocitosis con desviación a la izquierda, anemia con hematócrito menor del 35 %. Las pruebas hepáticas pueden estar alteradas, por ejemplo: albúmina, tiempo de protrombina, fosfatasa alcalina, bilirrubina; las pruebas serológicas son positivas en más del 90 % de los casos. La ecografía, tomografía axial computarizada (TAC), y resonancia magnética nuclear (RMN) permiten localizar y delimitar el absceso con bastante precisión, con una sensibilidad para el absceso hepático superior al 95 %.<sup>9</sup>

En la radiografía de tórax, alrededor de la mitad de los pacientes muestran atelectasia basal derecha, derrame pleural, neumonía o elevación del hemidiafragma. La TAC es la técnica de diagnóstico por

imagen más sensible. Sin embargo, un absceso mayor de 2 centímetros se puede detectar generalmente por ecografía, que de modo habitual permite diferenciar entre una masa llena de líquido y una masa sólida, y contribuye a distinguir los abscesos de las neoplasias hepáticas. Es necesario diferenciar entre absceso piogénico y amebiano.

Los datos que sugieren una causa amebiana son: edad mayor de 50 años, sexo masculino, síntomas durante más de 2 semanas, viaje a un área endémica, defectos únicos en vez de múltiples, presencia de *Entamoeba histolytica* en heces y falta de un proceso predisponente a los abscesos bacterianos. Casi todos los pacientes con absceso hepático amebiano presentan positividad de las pruebas serológicas para *Entamoeba histolytica*.<sup>11,12</sup>

El informe de nuestro caso resulta complejo en el diagnóstico y tratamiento porque se trata de una puérpera cesareada que en periodo postoperatorio inmediato comenzó con evolución tórpida con síntomas y signos a predominio respiratorio y que posteriormente sigue con aparición de síntomas y signos notables de absceso hepático amebiano.

La paciente fue intervenida quirúrgicamente realizándose el drenaje extraperitoneal de absceso, obteniéndose resultados exitosos en el tratamiento quirúrgico y rehabilitación (Figuras 1-4).

La literatura revisada nos informa que resulta infrecuente esta enfermedad durante la gestación y el puerperio. El tratamiento del absceso hepático amebiano incluye medicamentos amebicidas y tratamiento quirúrgico, aspiración percutánea o drenaje abierto del absceso. El medicamento de elección es el metronidazol que resuelve el 90 % de los abscesos hepáticos amebianos no complicados.<sup>14</sup>

Actualmente la paciente se recupera adecuadamente y es egresada a los 28 días completamente asintomática con su bebé.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Stoopen M, Kimura K. Amibiasis. La tecnología de los ochentas. Ultrasonido, tomografía computada y resonancia magnética: Han contribuido a mejorar el diagnóstico del absceso hepático?. Rev Gastroenterol Mex. 1989 Jul-Sep; 54(3):167-75.
2. Stoopen M, Kimura K. Absceso subfrenico derecho secundario a absceso hepático amebiano. Rev Gastroenterol Mex. 2006 oct-dic; 56(4):229-33.

3. Frías S, Alcántara P, Gómez M. Amebic liver abscess with bacterial superinfection in a patient with no epidemiologic risk factors. *Rev Esp Enferm Diag*. 2007 Nov; 96(11):796-800.
4. Saez-Pobre P, Saenz-López S, Salto E, Sanjuán R, Ibero C, Masedo A, et al. Tratamiento quirúrgico del absceso hepático amebiano. *Arch Invest Med (Mex)*. 2008; 21 Suppl 1:123-5.
5. Mier Blanco-Benavides R, Medina-González E, Sigler-Morales L, Melgoza-Ortiz C. Drenaje percutáneo de absceso hepático amebiano guiado por medio de ultrasonido. Resultados preliminares. *Rev Gastroenterol Mex*. 2006 Jul-Sep; 64(3):134-8.
6. Mogollón P, Molina S, Martínez M, Sánchez V, Sánchez T, Dávila F, et al. Hallazgos morfológicos en amebiasis sistémica. A propósito de un caso. *Rev Esp Enferm Apar Dig*. 2008 Jun; 75(6 Pt 2):717-9.
7. Ortiz J, Val B, González-Rodilla I, Miranda C, Mazorra F. La respuesta plaquetaria como factor pronóstico en la amibiasis invasora del hígado. *Arch Invest Med (Mex)*. 2007; 21 Suppl 1:127-31.
8. González-Chávez A, Pereyra A, Amancio-Chassin O, Higuera-Ramírez F, López-Barcena J. Absceso hepático amebiano: observaciones sobre siete pacientes. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2006 Nov; 22(9):526-8.
9. Ruiz Serra T, Leyes M, Delibes C, Salva F, Pérez JL. Abscesos hepáticos amebianos sobre infectados por bacterias en un área no endémica. *Gastroenterol Hepatol*. 2009 Jun-Jul; 22(6):286-9.
10. Ciriza C, Romero MJ, Karpman G, Valerdiz S, Garcia L. HLA, complotipos y absceso hepático amebiano en mestizos mexicanos. *Arch Invest Med (Mex)*. 2008; 21 Suppl 1:11-4.
11. Arellano J, Granados J, Pérez E, Félix C, Kretschmer RR. Absceso hepático amebiano: revisión de 13 casos. *Med Clin (Barc)*. 2006 oct. 28; 105(14):537-40.
12. Garcia-Forcada A, Sans M, Gascon J, Valls ME, Brú C, Corachan M. Absceso amebiano hepático y colitis amebiana en una pareja. *An Med Interna*. 2007 Jan; 11(1):26-8.
13. De Garcia JC, Iraburu M, Armesto A, Bermúdez I, Lorenzo-Porto JA. Absceso hepático y VIH: a propósito de un caso. *Rev Cubana Med Trop*. 2003 Jan-Apr; 55(1):47-9.

14. Capote RM, Ramírez DP, Tirado JF. Rendimiento diagnóstico de las pruebas inmunológicas en absceso hepático amebiano a través de curvas de características operantes del receptor. *Rev Invest Clin.* 2005 Jul-Sep; 44(3):373-82.
15. Garduno-Espinosa J, Martínez-García MC, Rendón-Macias E, Fajardo-Gutiérrez A, Hernández-Hernández DM, Muñoz-Hernández O. Absceso hepático amebiano en Tarapoto-Perú. *Rev Gastroenterol Perú.* 2008; 12(3):135-45.
16. Samaniego L, Calderón J, Rodríguez J, Zegarra W, Alegre P, Ramírez H. Papel de los macrófagos y los linfocitos T: resistencia del cobayo en la infección hepática amebiana. *Arch Invest Med (Mex).* 2008; 21 Suppl 1:81-4.
17. Canales-Trevino ML, Tsutsumi V, Martínez-Palomo A. Absceso hepático amebiano: presentación de cuatro casos. *Rev Esp Enferm Dig.* 2008. Dec; 78(6):355-8.
18. Castells L, Porcel JM, Selva A, Ordi J. La amibiasis y el absceso hepático amebiano en México, un problema de salud pública de actualidad. *Rev Gastroenterol Mex.* 2006 Oct-Dec; 61(4):378-86.
19. Escandon R, García M, Escobedo Hernández R, Olvera A, Cabral S. Importancia de las prostaglandinas en la amibiasis hepática. *Salud Pública Mex.* 2007 May-Jun; 44(3):247-57.
20. Sánchez-Ramírez B, Talamas-Rohana P. Tratado de patología quirúrgica Davis-Cristopher. 11ª ed. La Habana : Editorial Científico Técnica; 1980.
21. Wells CD, Arguedas M. Amebic liver abscess. *South Med J* 2008 Jul; 97(7):673-82.



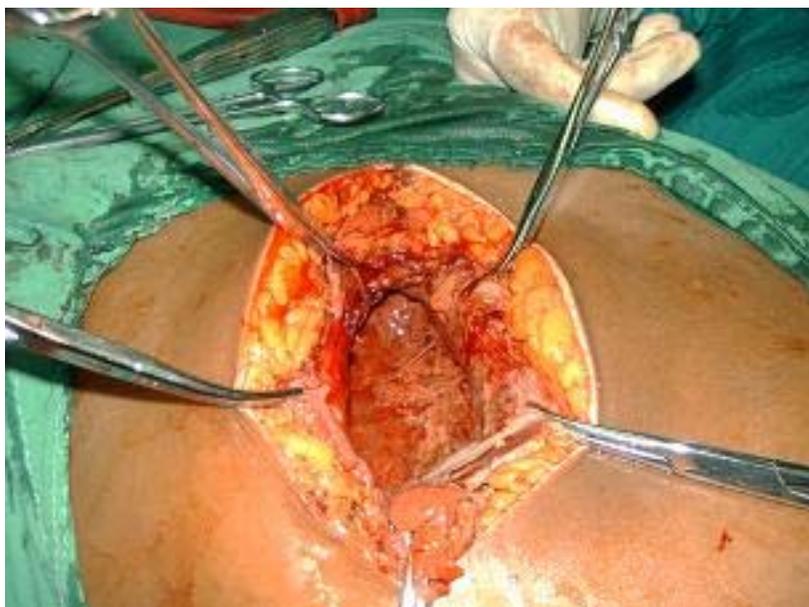
*Figura 1. Paciente en el quirófano, se observa tumoración en hemiabdomen superior y cicatriz de la cesárea.*



*Figura 2. Drenaje del absceso por vía anterior extraperitoneal de Clamont.*



*Figura 3. Muestra del liquido achocolatado del absceso hepático.*



*Figura 4. Cavity del absceso, que abarca porción central del lóbulo derecho afectando parte de los subsegmentos 5, 6, 7 y 8.*