

COMPLICACIONES TORACICAS EN DOS CASOS DE ABSCESO HEPATICO AMEBIANO

M. PALAU BENAVENT*, J. SANCHIS ALDAS*, J.L. IBAÑEZ CIRION**,
R. NAVARRO IVANÉZ***, G. JUAN SAMPER***, A. SOLE JOVER***,
A. MIR GISBERT**** y V. MARCO MARTINEZ*

Servicio de Neumología*. Servicio de Cirugía General**. Hospital de la S.S. La Fe. Servicio de Neumología***. Hospital General. Cátedra de Microbiología y Parasitología****. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Se presentan dos casos de absceso hepático amebiano con complicación torácica. Se comenta brevemente la patogenia, clínica, diagnóstico y tratamiento de dicha entidad.

Arch Bronconeumol 1985; 82-85

Thoracic complications in two cases of amebic abscess of the liver

Two cases of amebic abscess of the liver are described. A short review of the pathogenesis, clinical signs, diagnosis and management of the entity is included.

Introducción

La amebiasis es una enfermedad de distribución mundial con regiones de elevada endemicidad¹. Es extremadamente rara en nuestro medio, pero el mayor número de viajes a zonas endémicas puede hacer que sea cada vez más frecuente.

Nosotros comunicamos dos casos de absceso hepático amebiano recientemente vistos, que consideramos de interés por haber sido diagnosticados en servicios de neumología, pues se presentaron a su inicio como síndrome febril más dolor torácico uno y síndrome febril más derrame pleural el otro.

Observación clínica

Caso 1: Varón de 36 años que acudió a urgencias de nuestro hospital con el diagnóstico de neumonía basal derecha y derrame pleural metaneumónico.

Catorce días antes de su ingreso, inició fiebre de hasta 39° C de predominio vespertino y dolor en hemitórax derecho de características pleuríticas.

La exploración física mostraba un paciente ligeramente taquipnéico, temperatura de 38,5° C. Se auscultaba disminución del murmullo vesicular en base pulmonar derecha. La palpación del hipocostrio derecho era dolorosa con ligera defensa. Se instauró tratamiento con penicilina a dosis de 1 millón de unidades cada 4 horas. Una punción pleural dio salida a un líquido hemático purulento por lo que se colocó un tubo de drenaje con aspiración durante varios días quedando a pesar de todo un

derrame pleural organizado. En los antecedentes del enfermo destacaba que nueve meses antes de su ingreso estuvo durante un mes en Corea del Sur. Dos meses más tarde presentó un episodio de diarrea con moco y sangre que fue diagnosticado de giardiasis y tratado con metronidazol 250 mg cada 8 horas durante 5 días, apreciándose mejoría que se mantuvo hasta el inicio del cuadro actual.

En la radiografía de tórax (fig. 1) existía una elevación del diafragma derecho y un derrame pleural parcialmente organizado. La gammagrafía hepática con ⁹⁹Tc mostraba hepatomegalia con una gran zona fría redondeada, de bordes muy bien definidos en la cara posterior del lóbulo derecho. La ecografía hepática (fig. 2) detectaba una imagen de 10 × 8 cm de diámetro

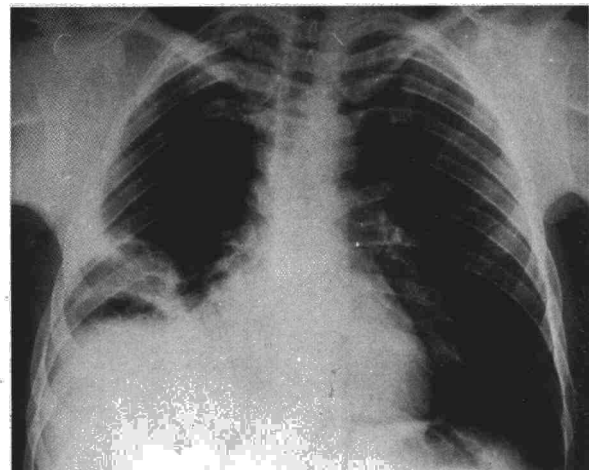


Fig. 1. Radiografía de tórax en la que se aprecia derrame pleural derecho y elevación del hemidiafragma derecho.

Recibido el 29-5-1984 y aceptado el 26-10-1984.

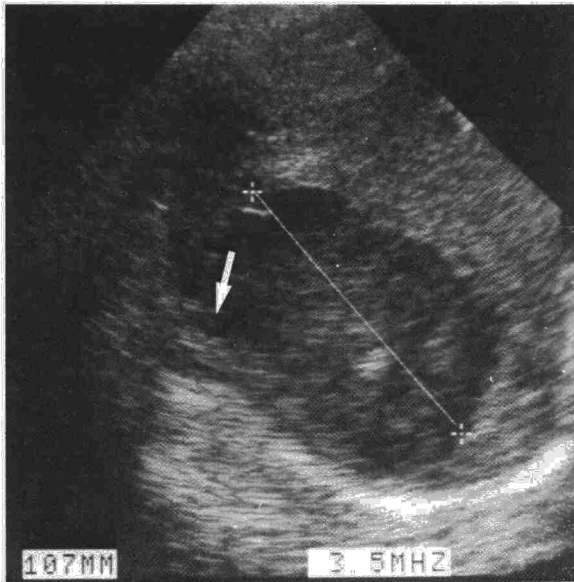
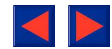


Fig. 2. Ecografía hepática: absceso de 10 x 8 cm con tabicaciones y trayecto fistuloso a diafragma (flecha).

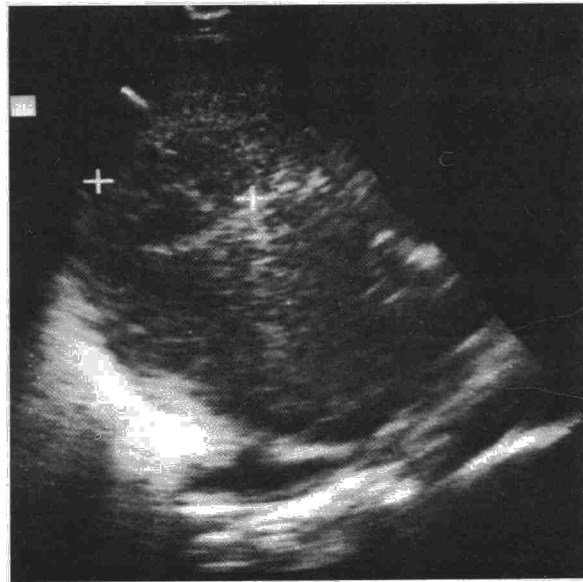


Fig. 4. Ecografía hepática: absceso de 6 cm en lóbulo derecho hepático.

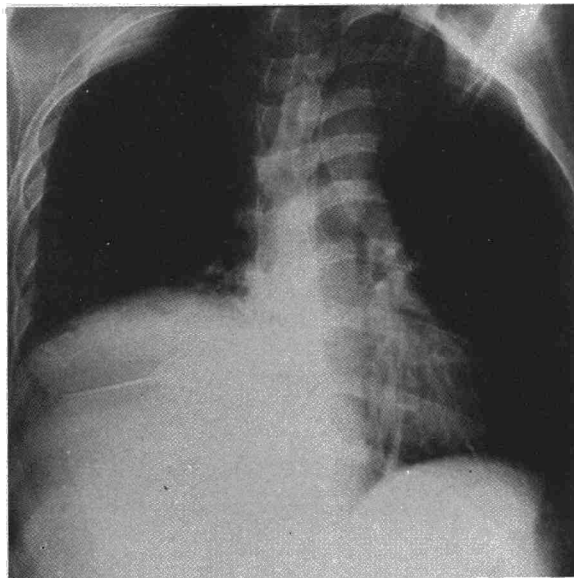


Fig. 3. Radiografía de tórax en la que se aprecia elevación del hemidiafragma derecho con pequeño derrame pleural.

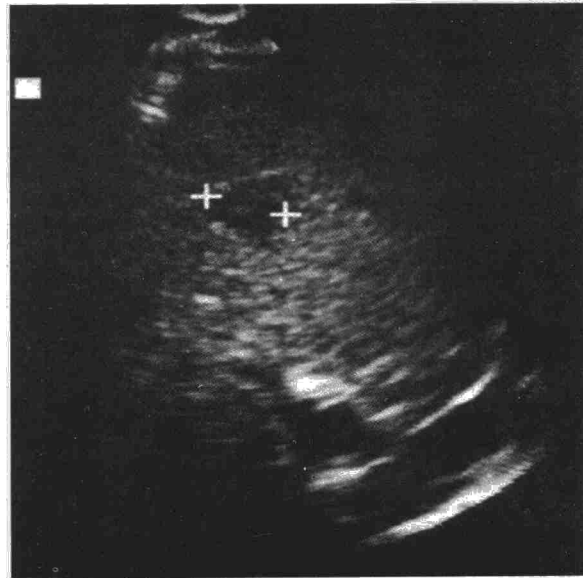


Fig. 5. Ecografía hepática: absceso de 2,2 cm en lóbulo derecho hepático.

con ecos heterogéneos, tabicaciones y una imagen compatible con trayecto fistuloso a diafragma.

En la analítica destacaba únicamente leucocitosis de 12.000/mm³ y fosfatasas alcalinas 124 mu/ml.

Los test serológicos para diagnóstico de amebiasis mostraron una inmunofluorescencia indirecta positiva a un título de 1/450 y una hemaglutinación positiva a un título de 1/512.

Ante el diagnóstico de absceso hepático amebiano fistulizado a cavidad pleural se instauró tratamiento con metronidazol a dosis de 750 mg cada 8 horas durante 10 días, con lo que remitió por completo la sintomatología. Posteriormente se practicó una laparotomía subcostal derecha con desbridamiento y drenaje del absceso, saliendo un líquido que se describió como «pasta de anchoas», ante lo cual se reinstauró tratamiento con metronidazol. El estudio bacteriológico del contenido del absceso de-

mostró únicamente estructuras muy destruidas correspondientes a restos de entamoeba. A su alta el control radiológico de tórax era normal excepto por un discreto pinzamiento del seno costofrénico derecho. En la actualidad 4 meses después el enfermo está asintomático.

Caso 2: Paciente de 32 años, que con frecuencia hace viajes al extranjero y últimamente había estado tres meses en la India. Hace seis meses estando en París, tuvo un cuadro diarreico sin sangre, moco ni pus que no fue filiado; no se encontraron parásitos en heces. Presentó nueve días antes de su ingreso dolor súbito en punta de costado derecho irradiado a hombro del mismo lado y fiebre de 40° C. Visto en urgencias, la radiografía de tórax era normal, no se apreciaba hepatomegalia y sólo había leucocitosis de 19.500/mm³ con desviación izquierda. Se le remitió a su domicilio con el tratamiento de amoxicilina 3 g/día.



TABLA I
Complicaciones torácicas del absceso hepático
amebiano, 501 casos³

| Complicación | N.º de casos |
|---------------------------------------|--------------|
| Inflamación de estructuras contiguas | |
| Pleura, pulmón | 165 |
| Pericardio | 10 |
| Ruptura en estructuras contiguas | |
| Vías aéreas | 175 |
| Cavidad pleural | 106 |
| Cavidad pericárdica | 5 |
| Simultáneamente en | |
| Vías aéreas y cavidad pleural | 39 |
| Cavidad pleural y cavidad pericárdica | 1 |

Siete días después al no notar mejoría se decidió su ingreso hospitalario.

La exploración física mostraba mal estado general, temperatura de 40° C, crepitantes y disminución del murmullo vesicular en base pulmonar derecha y dolor a la palpación en hipocondrio derecho sin clara hepatomegalia.

En la radiografía de tórax (fig. 3) existía una elevación del hemidiafragma derecho con pequeño derrame pleural. La ecografía abdominal (figs. 4 y 5) detectaba dos abscesos en lóbulo derecho hepático (6 y 2,2 cm de diámetro respectivamente).

La analítica mostraba 11.800 leucocitos, VSG 100 mm a la primera hora; fosfatasas alcalinas 160 mu/ml. Hemaglutinación indirecta para ameba, positiva a título de 1/1.024.

La evolución del paciente, tras tratamiento con metronidazol 750 mg (IV) durante 10 días fue buena, desapareciendo rápidamente la fiebre, el dolor torácico, el derrame pleural y el absceso pequeño, quedando el mayor con tendencia a la organización.

Discusión

La amebiasis es una enfermedad producida por un parásito del grupo de los protozoos denominado *Entamoeba histolytica*. Puede producir los siguientes cuadros clínicos: portador asintomático, cuadros diarreicos de intensidad variable, amebomas o amebiasis hepática.

La localización primaria de la amebiasis es siempre intestinal, la afectación hepática sería secundaria y la localización pleuropulmonar debe considerarse como una manifestación terciaria². Es interesante recordar que sólo en la mitad de los casos de amebiasis hepática se registran antecedentes sospechosos de disentería amebiana, de una semana a varios años antes. Las complicaciones torácicas se producen en el 10-20 % de los casos de absceso hepático amebiano, y se detallan en la tabla I tomada de una amplia serie de reciente publicación que abarca 501 casos durante 18 años³.

En nuestros dos casos existía el antecedente de viaje a zona endémica, y de un cuadro diarreico previo, varios meses antes de la aparición de la complicación torácica, que consistió en ruptura del absceso hepático a cavidad pleural con formación de un empiema en el primer caso, y en la inflamación de una estructura contigua, la pleura, en el segundo caso.

La amebiasis pleuropulmonar es 10-15 veces más frecuente en varones, con mayor incidencia entre los 20 y los 40 años⁴. Nuestros enfermos presentaron fiebre, dolor torácico en base derecha y cuadrante superior derecho del abdomen, a veces irradiado a hombro derecho, pérdida de peso y tos.

La ecografía hepática y/o la gammagrafía hepática confirmaron la presencia del absceso, y lo diferenciaron del absceso subfrénico. Además informaron sobre su localización, lo cual es muy útil a la hora de plantear posible aspiración y drenaje⁵.

El diagnóstico de confirmación se puede establecer con la identificación de quistes en esputo, o en el líquido pleural, o por hemaglutinación que es positiva en el 95 % de los casos de amebiasis extraintestinal⁴.

En nuestros dos casos la hemaglutinación fue la técnica que nos dio el diagnóstico.

El tratamiento de elección es el metronidazol 750 mg tres veces al día durante 5-10 días, que actuaría como amebicida intraluminal e histórico^{4,6-11}. Otros autores añaden un amebicida intraluminal como diyodohidroquinina (yodoquinol) 650 mg tres veces al día durante 21 días^{12,13}. Un régimen alternativo es la emetina o dihidroemetina durante 10 días más cloroquina 150 mg dos veces al día durante tres semanas y un amebicida extraluminal como diyodohidroquinina¹².

La punción y/o drenaje del absceso hepático está indicada en casos de ruptura a pericardio o cavidad pleural, lesiones muy voluminosas especialmente en el lóbulo izquierdo hepático, fallos del tratamiento médico y sobreinfección^{3,7,8}.

Nuestros dos pacientes recibieron tratamiento con metronidazol. En el primero se practicó además el drenaje del absceso tras el diagnóstico de fistulización a cavidad pleural.

BIBLIOGRAFIA

1. Krogstad DJ, Spencer HC, Hearly GR. Current concepts in parasitology: Amebiasis. N Engl J Med 1978; 298:262-265.
2. Fraser RG, Paré PJA. Enfermedades infecciosas de los pulmones. En Diagnóstico de las enfermedades del tórax. 2.ª ed. Barcelona, Salvat Ed, 1981; 915-919.
3. Carlos Ibarra-Pérez. Thoracic complications of amebic abscess of the liver. Chest 1981; 79:672-677.
4. Bordow RA, Stool EW, Moser KM. Manual of clinical problems in pulmonary medicine. Little, Brown and Company 1981; 191-193.
5. Kuligowska E, Connors SK, Shapiro JH. Liver abscess: Sonography in diagnosis and treatment. AJR 1982; 138:253-257.
6. Cameron EWJ. The treatment of pleuropulmonary amebiasis with metronidazole. Chest 1978; 73:647-650.



7. Peters RS, Gitlin N, Libke RD. Amebic liver abscess. *Ann Rev Med* 1981; 32:161-174.
8. Katzenstein D, Rickerson V, Braude A. New concepts of amebic liver abscess derived from hepatic imaging, serodiagnosis and hepatic enzymes in 67 consecutive cases in San Diego. *Medicine* 1982; 61:237-246.
9. Knight R. Amebiasis. En Beeson PB, Mc Dermott W. *Tratado de Medicina Interna de Cecil-Loeb*. 9.ª ed. Méjico, Interamericana 1982; 581-586.
10. Plorde JJ. Amebiasis. En *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 10.ª ed. Mc Graw-Hill Book Company 1983; 1182-1186.
11. Finegold SM. Metronidazole. *Ann Intern Med* 1980; 93:585-587.
12. Most H. Current concepts: Treatment of parasitic infections of travelers and immigrants. *N Engl J Med* 1984; 310:298-304.
13. Santafé Oroz J, Segarra Doménech J. Terapéutica farmacológica de las parasitosis digestivas. *Gastroenterología y Hepatología* 1983; 6:375-387.