

Caso Clínico

Absceso hepático amebiano

Posgrado Dr. Alejandro Noda
Asistente Dr. Martín López



Historia clínica:

Sexo masculino, 49 años, procedente de Maroñas, Montevideo

AP:

- Tabaquista
- Hipertensión arterial.

Antecedentes epidemiológicos:

- Residió durante 20 años en el norte de México, hace 3 meses en Montevideo, se desempeñaba en administración hotelera.



Historia clínica:

MC: Disnea y fiebre

EA:

- Historia de un mes de evolución.
 - Disnea CFII, sin tos, no otros síntomas respiratorios.
 - Dolor en hipocondrio derecho, de intensidad ascendente
 - Fiebre diaria intermitente de una semana de evolución.
-
- Tránsito digestivo: sin particularidades.
 - Tránsito urinario: sin particularidades.



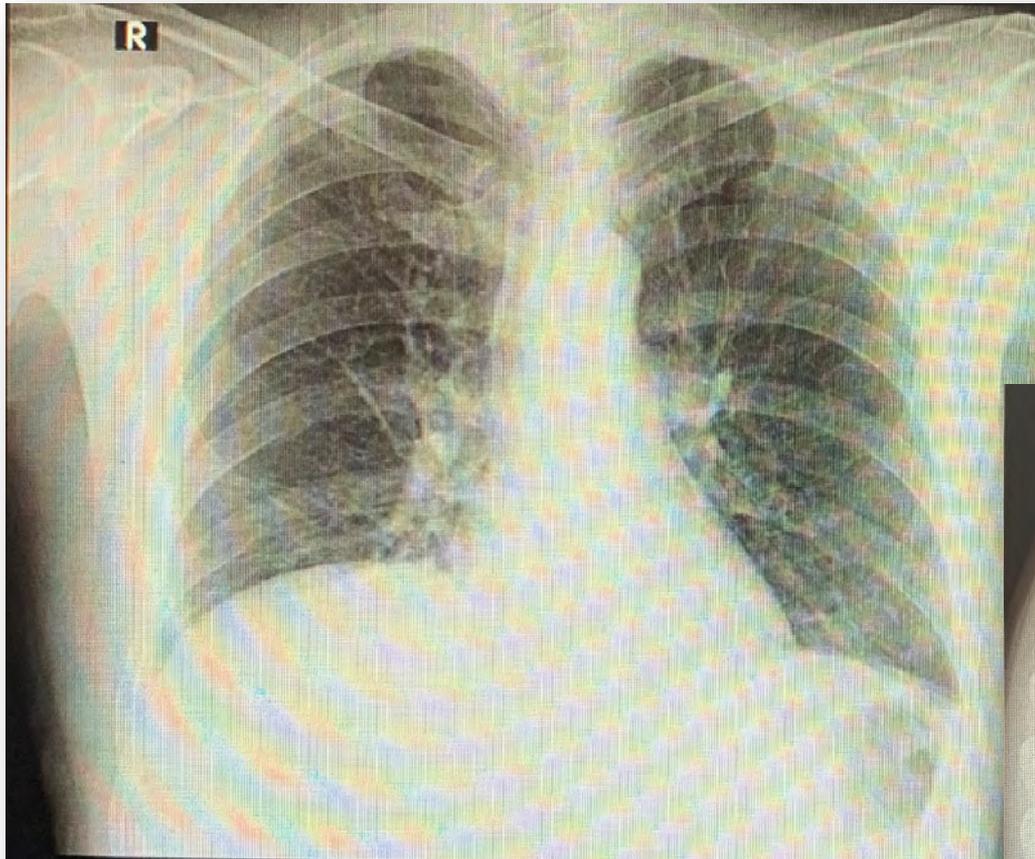
Examen físico al ingreso:

- Febril 40°C, lúcido, eupneico
- PP: MAV ligeramente disminuido en base de hemitórax derecho, no estertores. SatO2 96%VEA.
- FC: 100 lpm
- Abd: Dolor a la palpación en HD, hepatomegalia que rebasa reborde costal en 2 traveses de dedo, no signos de reacción peritoneal, no defensa

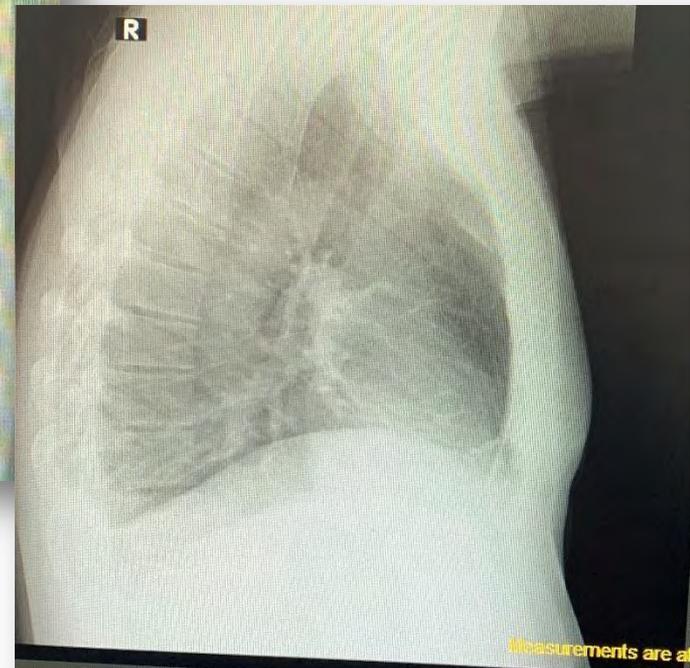
Paraclínica al ingreso:

- Hb. 10,7 Pqt. 497 GB. 22870 Neut. 19840 Eos. 114
- PCR 347
- BT. 0,66 FA 308 GGT 268 TGO 460 TGP 376 LDH 370
- Eco abd: hígado aumentado de volumen de forma difusa (L: 185mm) masa heterogénea de contornos lobulados de 115X102, en lob derecho, sin vascularización.



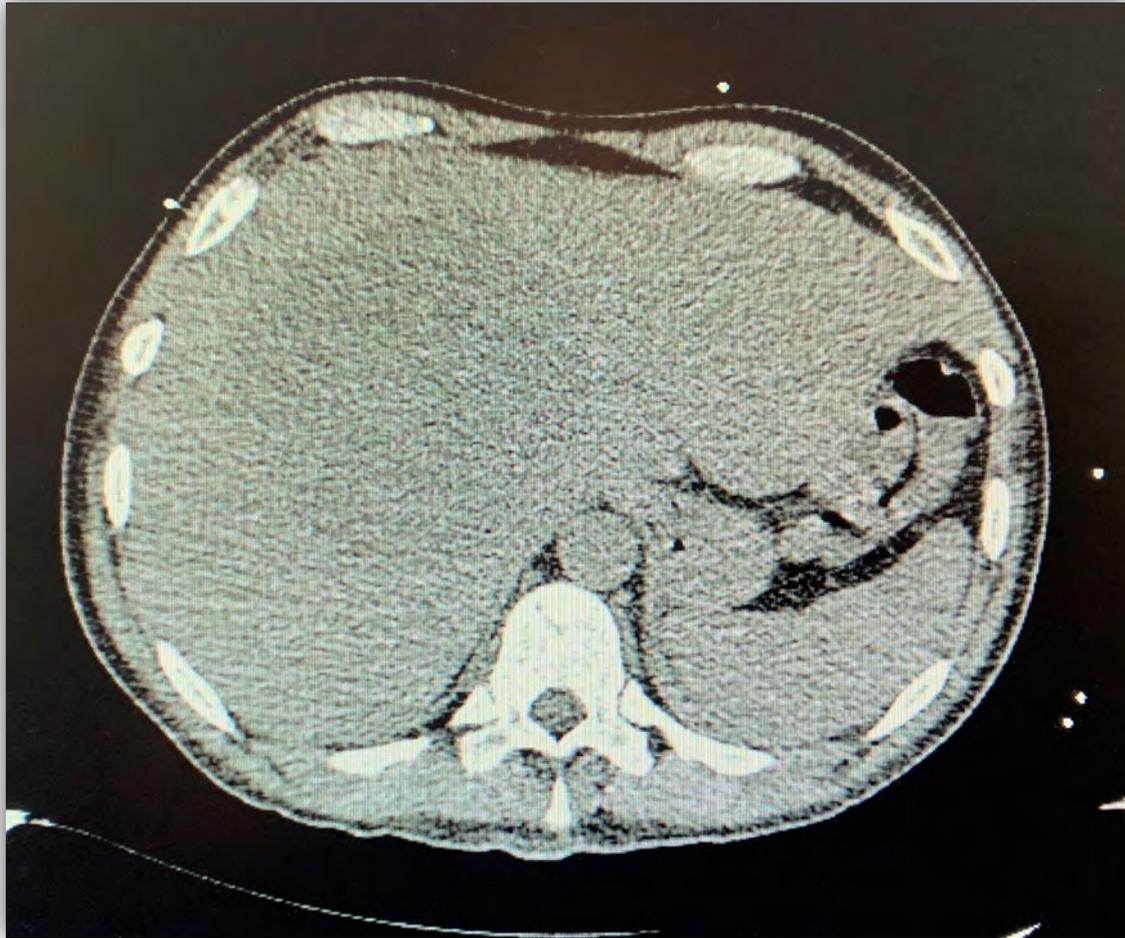


Radiografía simple de Tórax



Obliteración de ambos fondos de sacos costofrenicos, en probable relación a derrame pleural, no alteraciones parenquimatosas

TAC de abdomen:



Absceso hepático en segmento 4^a y 8 de 15x12x12 cm



Planteos



Absceso hepático

Etiología:

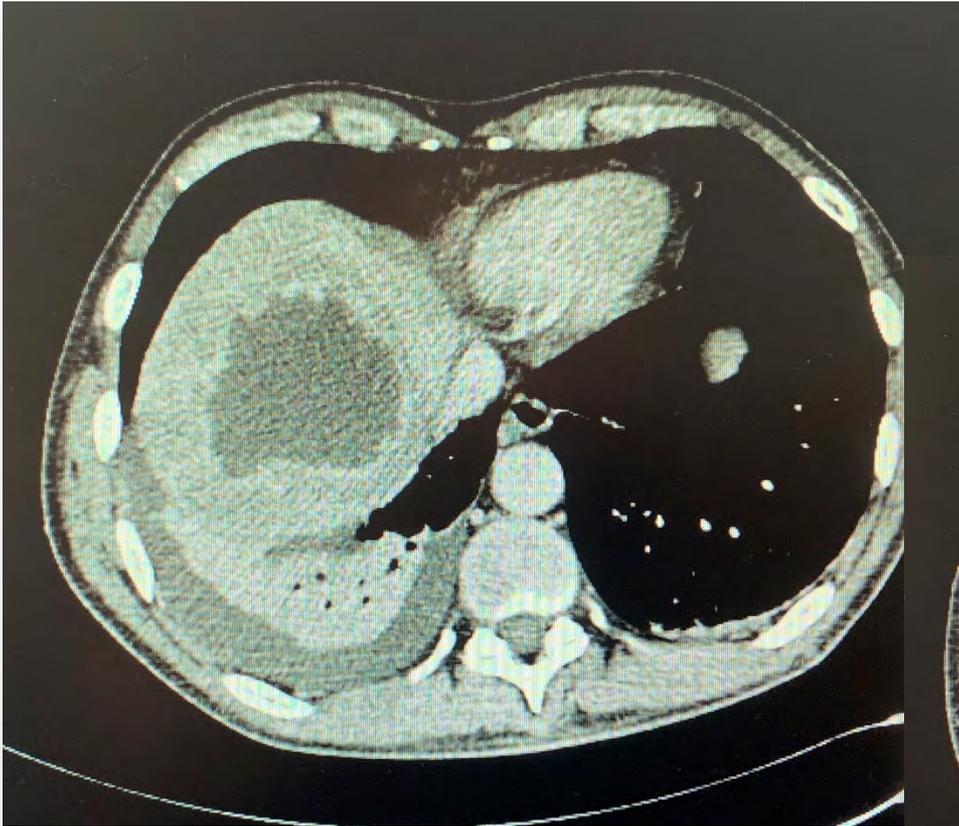
- Piógeno
- Amebiano
- Tumoral

Conducta:

- Inicio de plan antimicrobiano empírico:
 - Piperacilina tazobactam 4.5g IV cada 6 hs.
 - Metronidazol 500mg IV cada 8 horas
- Hemocultivos.
- Punción guiada por imagen para diagnóstico y tratamiento: Material no purulento, esfacelado, grisáceo, se envía para cultivo bacteriológico.
- Serología para *Entamoeba histolytica*



TAC de abdomen evolutiva:



Hígado de tamaño y forma habituales, colección de paredes finas que presentan realce con contraste, de 82x74x75mm.

Evolución:

- Afebril a las 48 horas de tratamiento.
- HC x 2 sin desarrollo
- Cultivo bacteriológico de material de punción sin desarrollo

	14/7	15/7	16/7	20/7	16/7	29/7
PCR	347	338	284	63	15	7,3

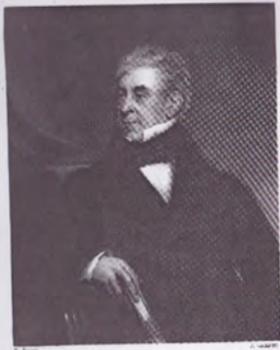
Drenaje

Amoxicilina/Sulbactam por 14 días

- Recibimos resultado de serología para *Entamoeba histolytica* **POSITIVA**
- Solicitamos compra de Paramomicina para tratamiento de formas quísticas intraluminales.
- En seguimiento por policlínica de infectología, paciente asintomático, PCR 6 a los 21 días del alta.

Revisión





James Annesley

RESEARCHES
—
CAUSES, NATURE, AND TREATMENT
—
OF
—
THE MORE PREVALENT
DISEASES OF INDIA,
—
AND OF
—
WARM CLIMATES GENERALLY.
—
BY
JAMES ANNESLEY, F.R.S., F.R.A.,
LATE PRESIDENT OF THE MEDICAL BOARD OF MADRAS.
—
LONDON:
LONGMAN, BROWN, GREEN, AND LONGMANS,
PATERNOSTER ROW.

James Annesley (1828)
Primera asociación entre
disentería y absceso hepático

Sir. William Osler (1890)
Primera descripción en
Estados Unidos





IOHANNES FRIDERICUS HELVETIUS
ANHALTINUS CÖTHÖNENSIS DOCTOR, atq;
Practicus Medicinae HAGÆ, COMITIS. A. 1730. A. 1731.
Contra Vinum Mortis est panacea. Pater Iesu meo.

Johann Friedrich Schweitzer
Helvétius (1630-1709)



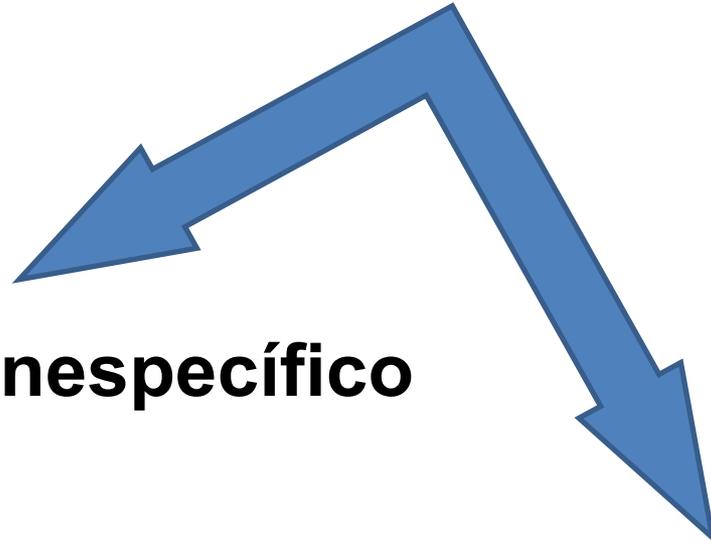
Ipecacuana

Primer tratamiento medianamente eficaz para la disentería

Luis XIV de Francia



Absceso hepático



Bacteriano inespecífico

Amebiano



- *Entamoeba histolytica* afecta a alrededor del 12% de la población mundial.
- Afecta al 50% de las personas que viven en zonas tropicales o subtropicales.
- Es la enfermedad protozoaria más agresiva que afecta el intestino humano (entre 2da y 3era causa de muerte por enfermedad parasitaria).
- Endémica de países tropicales y de bajos recursos.
- El absceso hepático amebiano es la forma extraintestinal más frecuente y afecta alrededor del 1% los pacientes, afecta 10 veces más a hombres que a mujeres.
- Factores predisponentes son el alcoholismo, cirrosis hepática, diabetes mellitus

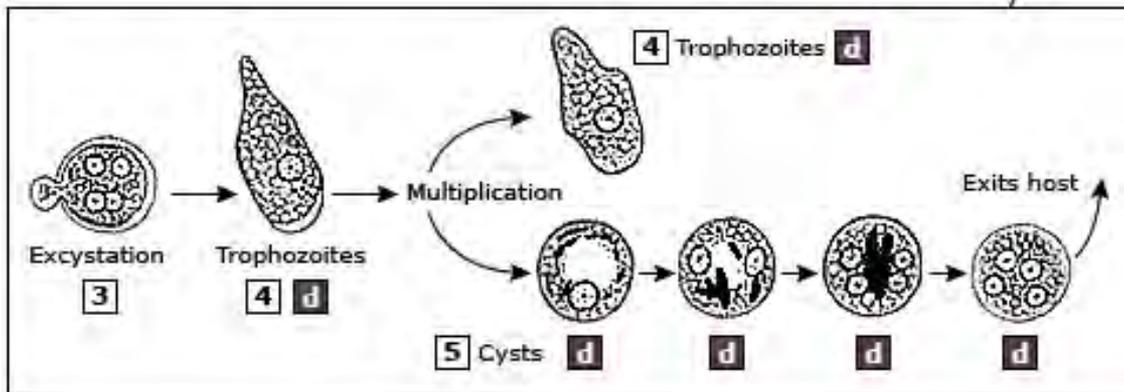
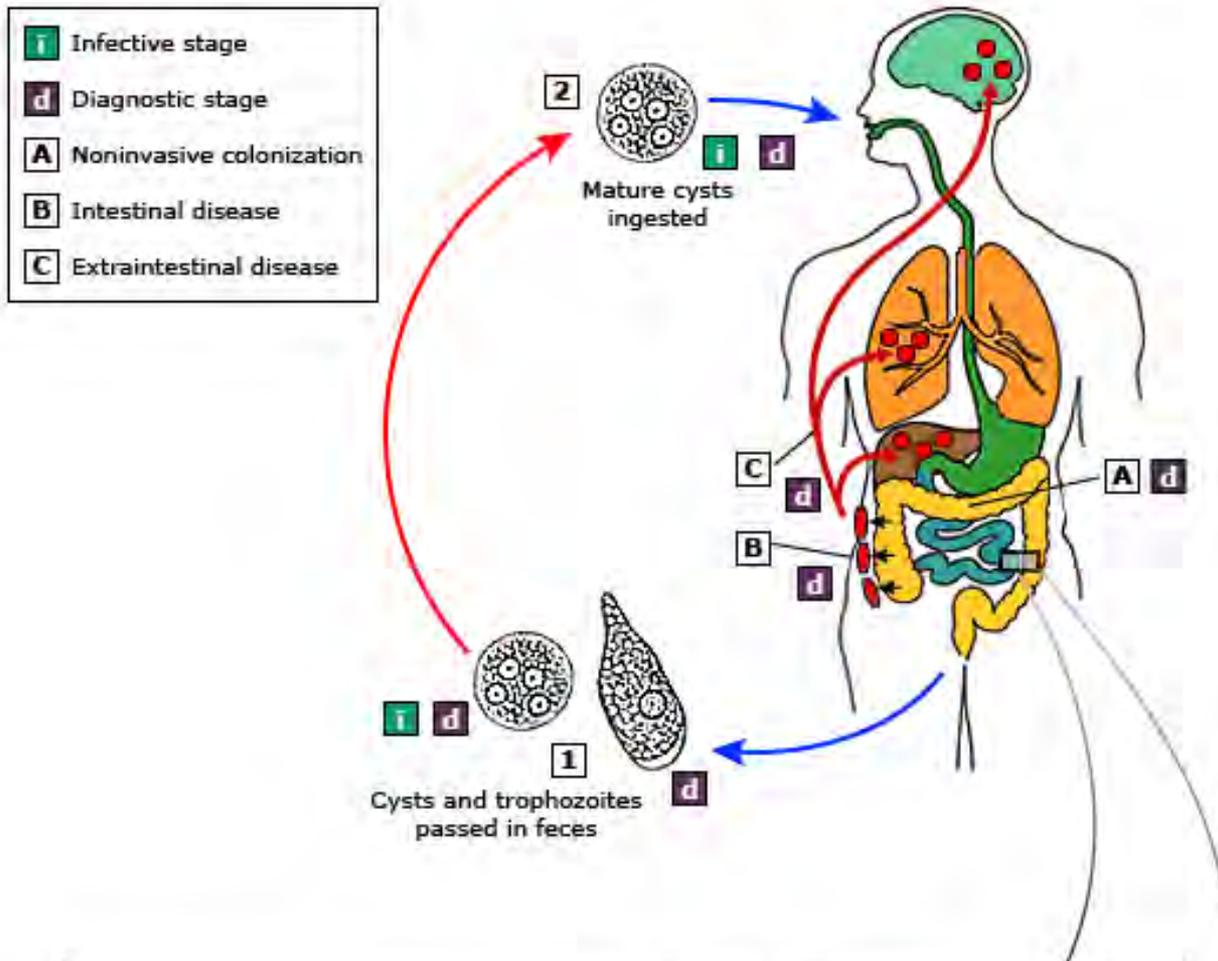
Chaudhary S, Et al. Tropical Doctor 2016. Vol. 46(I) 12-15

Salles JM, Et al. Expt Rev. Anti Infect. Ther. 2007 5(5) 893-901

Kannathasan et al. BMC Public Health (2018) 18:118

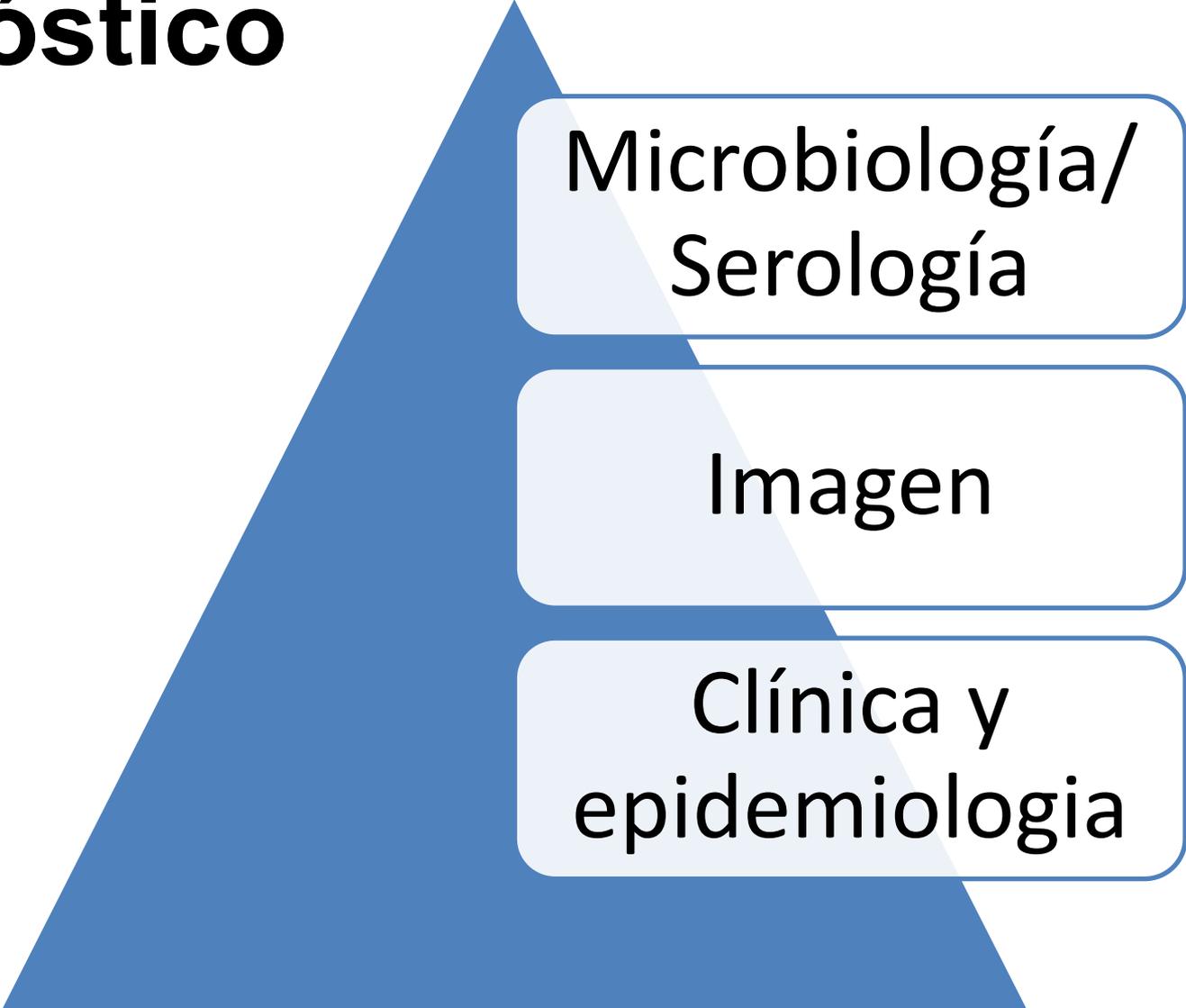


Patogenia



Reproduced from: Centers for Disease Control and Prevention. DPDx: Amebiasis. Available at: <http://www.cdc.gov/dpdx/amebiasis/>.

Diagnóstico



Microbiología/
Serología

Imagen

Clínica y
epidemiología



Manifestaciones clínicas:

- Inicio gradual
- Días, semanas o meses previos disentería clásica (puede no estar presente)
- Triada de: **FIEBRE, DOLOR Y HEPATOMEGALIA**
- Fiebre en 90%
- Dolor abdominal es el síntoma mas frecuente, en ocasiones como dolor referido.
- Diarrea en menos del 30%
- Ictericia en 5% (absceso grande o múltiple)
- Otros pueden ser tos, sudoración, decaimiento, perdida de peso, anorexia, hipo.

Salles JM. Expert Rev. Anti Infect. Ther. 2007; 5(5), 893

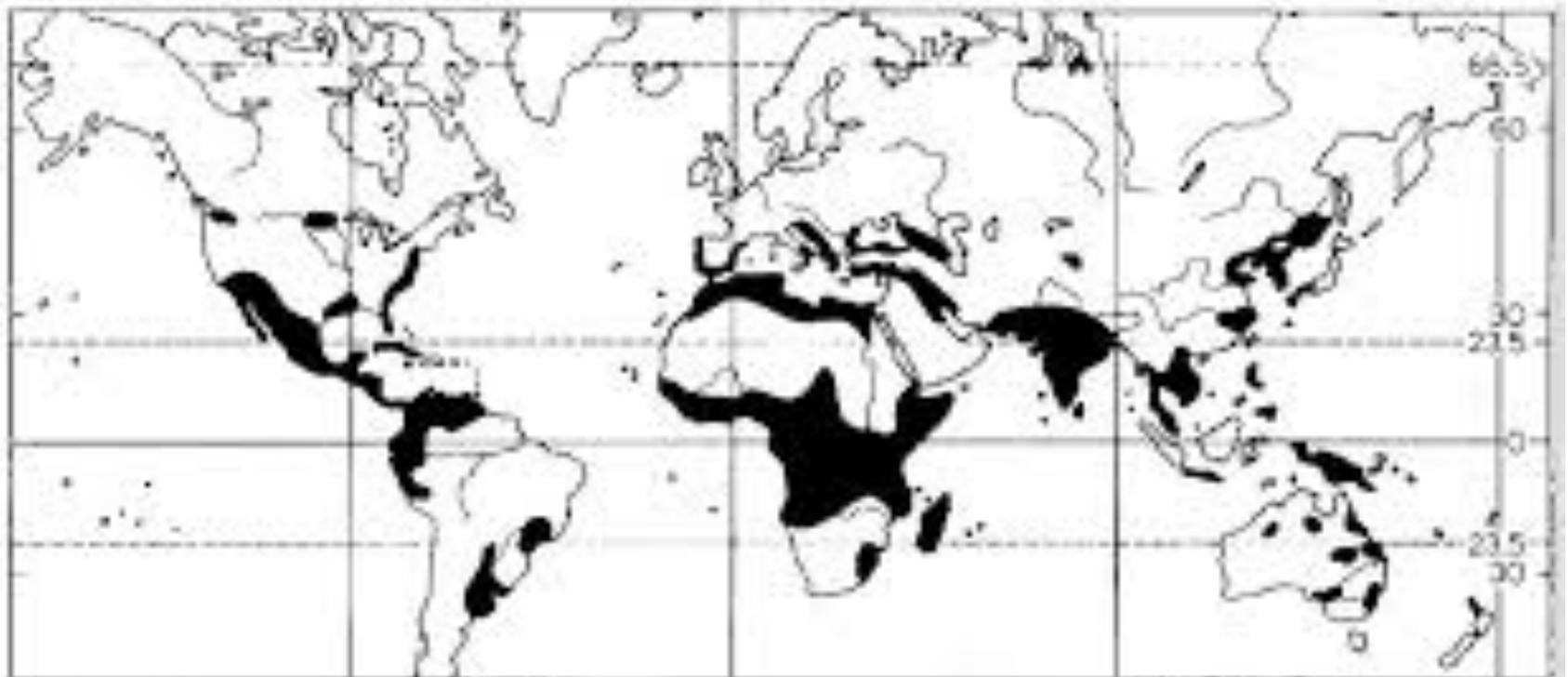
Costi D. et al. In: Mandell et al. 2015, p. 998

Chaudhary S, Et al. Tropical Doctor 2016. Vol. 46(I) 12



Epidemiología:

- FIEBRE, DOLOR Y HEPATOMEGALIA
- Pacientes residentes provenientes de zonas endémicas.



Imagenología:

Ultrasonografía

Más frecuentemente utilizada y mas asequible

TAC contrastada

- 70-80% imagen única subcapsular.
- Puede permanecer hasta dos años o más luego de tratamiento adecuado.



Serología:

- 99% de los pacientes desarrollan anticuerpos detectables.
- ELISA es la prueba mas sensible
- La serología puede ser negativa durante la primera semana de infección
- 35% de individuos en zonas endémicas presentan anticuerpos anti-ameba.
- La serología negativa es útil como valor de exclusión.
- Su positividad no distingue infección aguda/crónica.
- La validez de los test diagnósticos es discutida, (larga vida de los anticuerpos, permanencia de los mismos en zonas endémicas)

Peterson KM, et al. Tropical Infectious Diseases: Principles, Pathogens and Practice, 2011. p.614.

Joyce MP, Ravdin JI. Am J Trop Med Hyg. 1988;38(1):74

Aucott JN, Ravdin JI. Infect Dis Clin North Am. 1993;7(3):467



Serología

	ELISA	IHA
Sensibilidad	98%	81%
Especificidad	96%	97%
Valor prd +	98%	96%
Valor prd -	96%	73%
Exactitud	98%	87%

Otros exámenes:

- Leucocitosis hasta 15000 cel/ml. Mayor de esto posibilidad de absceso bacteriano o múltiple.
- Mayormente sin eosinofilia.
- Elevación de transaminasas variable.
- PCR y VES elevada.
- *Entamoeba histolytica* o quistes en heces (no presente en mas del 70% de los pacientes).
- Test antigénico o PCR en material de drenaje (caro y menos asequible), sensibilidad 75-100%.
- Examen directo con observación de trofozoitos positivo en alrededor de 20% de los casos.

Salata RA, et al. J Infect Dis. 1986;154(1):19
Jaiswal V, et al . BMC Res Notes. 2012;5:416

Othman N, et al. Foodborne Pathog Dis. 2010;7(6):637
Salles JM. Expert Rev. Anti Infect. Ther. 2007; 5(5), 893



Tratamiento

The diagram illustrates a clinical pathway. On the left, the word 'Tratamiento' is centered within a cluster of blue circles of varying sizes. Two large, light-blue chevron arrows point from this cluster towards the right. On the right, a large blue circle contains the text 'Médico Quirúrgico'. A red rectangular box is positioned above this circle, containing the text 'Solo médico en la mayoría de los casos'. A large red arrow points downwards from the bottom of this box into the top of the blue circle.

Solo médico en la
mayoría de los
casos

Médico
Quirúrgico



Tratamiento:

Elección

- Metronidazol 500-750mg cada 8 horas por 5-10 días. Activo contra formas tisulares.

Alternativo

- Cloroquina (útil en combinación a metronidazol en abscesos múltiples)
- Tinidazol
- Secnidazol

Posterior

- Paramomicina (30mg/Kg/día) por 7-10 días
- Furoato de diloxanida (500mg c/8horas) por 10 días
- Etofamida (500mg c/12 horas) por 3 días
- **ACTIVOS CONTRA FORMAS QUÍSTICAS INTRALUMINALES**



Tratamiento:

Quirúrgico Absceso hepático de lóbulo derecho grande, o
ruptura inminente

Persistencia de síntomas (fiebre y dolor
abdominal) bajo tratamiento médico

Absceso en lóbulo izquierdo

Embarazadas con lesiones amebianas y
contraindicaciones para metronidazol

Complicaciones pulmonares

Empeoramiento clínico



- Se debe tener alta sospecha de absceso hepático ante pacientes que cumplan con la clínica y presenten el antecedente epidemiológico.
- La amebiasis es un problema social, por lo que depende de implementación de medidas de salud pública para su erradicación.
- Una posible vía de erradicación serían las vacunas, basadas en los antígenos de adherencia de lectinas y serina.(En desarrollo)
- El tratamiento en muchas ocasiones es solo médico.
- La serología es de alto valor en el diagnóstico





Cátedra de Enfermedades Infecciosas, 2019.

