

**HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE ÁVILA****Absceso hepático amebiano con empiema pleural derecho. A propósito de un caso****Amoebic liver abscess with right pleural empyema. About a case**

Jesús Esteban Cong Rodríguez^I, Alberto Bermúdez Balado^{II}, Dashiell Jiménez Rodríguez^{III}, Frank Yaniel Martínez Lorenzo^{IV}, Esther María Estrada Espinosa^V, Pilar de la Caridad Ferriol Giance^{VI}.

RESUMEN

Introducción: el absceso hepático amebiano y el empiema pleural son complicaciones graves y poco frecuentes de la amebiasis intestinal, que requieren tratamiento oportuno con medicamentos o drenaje quirúrgico. Generalmente se emplean fármacos del grupo de los nitroimidazoles (el metronidazol es el más utilizado) y, de no ser efectivos, se recurre a la punción evacuadora bajo control ultrasonográfico o el drenaje por intervención quirúrgica convencional o laparoscópica. Aunque ocurre con poca frecuencia, la rotura del absceso hacia las cavidades abdominal, pleural o pericárdica puede ser mortal.

Presentación del caso: paciente masculino de 22 años de edad, con antecedentes de un cuadro intestinal con dolor tipo cólico, que con posterioridad presentó fiebre y deterioro progresivo del estado general. Fue ingresado en el Centro de Diagnóstico Integral "Salvador Allende" de Caracas, República Bolivariana de Venezuela, con fiebre alta y sintomatología respiratoria. En los exámenes imagenológicos se constató la existencia de un absceso hepático de probable etiología amebiana y un derrame pleural. A pesar del tratamiento médico la evolución del paciente fue tórpida, por lo que se le realizó drenaje percutáneo del absceso hepático y pleurotomía mínima media del empiema pleural, con lo que se logró una mejoría significativa de su estado y posteriormente fue dado de alta.

Conclusiones: el tratamiento quirúrgico oportuno, con punción evacuadora y aspiración, en los casos de absceso hepático amebiano y empiema pleural secundario contribuye a disminuir el tiempo de estadía hospitalaria de los pacientes y la morbimortalidad a causa de estas dolencias.

Palabras clave: ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO/diagnóstico, ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO/cirugía, EMPIEMA PLEURAL/diagnóstico, EMPIEMA PLEURAL/cirugía, INFORMES DE CASOS.

ABSTRACT

Introduction: amoebic liver abscess and pleural empyema are serious and infrequent complications of amoebic dysentery, requiring timely drug treatment or surgical drainage. Usually drugs of the nitroimidazole group are used (metronidazole is the most used) and, if not effective, evacuation puncture is used under ultrasonographic control or drainage by conventional or laparoscopic surgery. Although it occurs infrequently, the abscess break into the abdominal, pleural or pericardial cavities can be fatal.

Presentation of the case: a 22-year-old male patient with a history of an intestinal condition with colic pain, who subsequently presented fever and progressive deterioration of the general condition. He was admitted to the Integral Diagnosis Center "Salvador Allende" in Caracas, Bolivarian Republic of Venezuela, with high fever and respiratory symptoms. Imaging examinations revealed a liver abscess of probable amoebic etiology and a pleural spillover. In spite of the medical treatment, the patient's evolution was torpid. Percutaneous drainage of the hepatic abscess and minimal pleurotomy of the pleural empyema were carried out, which resulted in a significant improvement in his condition and subsequently he was discharged.

Conclusions: timely surgical treatment with evacuation puncture and aspiration in cases of amoebic liver abscess and secondary pleural empyema contributes to decrease the length of hospital stay and morbidity and mortality due to these conditions.

Keywords: AMEBIC LIVER ABSCESS/diagnosis, AMEBIC LIVER ABSCESS/surgery, PLEURAL

EMPYEMA/diagnosis, PLEURAL EMPYEMA/surgery, CASE REPORTS.

- I. Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Asistente. Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
- II. Especialista de I Grado en Cirugía General. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
- III. Especialista de I Grado en Cirugía. Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
- IV. Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Asistente. Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
- V. Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Profesor Auxiliar. Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
- VI. Estudiante de 5to Año de Medicina. Alumna Ayudante de Ginecología y Obstetricia. Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.

INTRODUCCIÓN

El absceso hepático amebiano y el empiema pleural son complicaciones graves y poco frecuentes de la amebiasis intestinal, que requieren tratamiento oportuno con medicamentos o drenaje quirúrgico^(1,2).

El absceso hepático amebiano (AHA) es la invasión al hígado, desde un foco intestinal, por *Entamoeba histolytica*; se produce por diseminación hematógena, mediante embolización a través de la vena porta. El contenido del absceso es de color marrón rojizo, con aspecto de "pasta de anchoas"; microscópicamente es posible observar una zona central con necrosis focal del parénquima, bacteriológicamente estéril (con pocas o ninguna célula), una zona media (con el parénquima destruido) y una región externa o cápsula del absceso, en la que las células hepáticas se ven relativamente normales, pero en la que se pueden ver los parásitos^(1,2).

Por otra parte, el empiema pleural se define como la acumulación de pus en la cavidad pleural (localizada entre las pleuras visceral y parietal); la aparición de este tipo específico de empiema es frecuente y por lo general se debe a la diseminación de infecciones pulmonares y a otras causas, entre ellas rotura de absceso pulmonar, bronquiectasias, infarto pulmonar, neumotórax espontáneo con fístula broncopleural persistente, tuberculosis pulmonar y quiste hidatídico⁽³⁾.

Para el tratamiento del absceso hepático amebiano generalmente se emplean fármacos del grupo de los nitroimidazoles (el metronidazol es el más utilizado) y, de no ser efectivos, se recurre a la punción evacuadora bajo control ultrasonográfico o el drenaje por intervención quirúrgica convencional o laparoscópica⁽¹⁻³⁾.

A pesar de la alta efectividad del tratamiento farmacológico (más de 90 % de los casos), se pueden presentar complicaciones más o menos graves, entre ellas la aparición de fístulas hepato-bronquiales, absceso pulmonar, derrame pleural reactivo, trombosis de las venas suprahepáticas y obstrucción de la vena cava superior. Aunque ocurre con poca frecuencia, la rotura del absceso hacia las cavidades abdominal, pleural o pericárdica puede ser mortal^(2,3).

Las complicaciones pleuropulmonares ocurren aproximadamente en 20 % de los pacientes con AHA; los mecanismos de diseminación torácica son varios: rotura directa del absceso hacia la cavidad pleural, difusión linfática a través del diafragma, diseminación hematógena de los trofozoitos o inhalación de los quistes de *Entamoeba histolytica*. El tratamiento de las complicaciones impacta directamente en la morbimortalidad^(1,2-8).

Se presenta el caso de un paciente, atendido por los especialistas de la Misión Médica Cubana en la República Bolivariana de Venezuela, que presentó empiema pleural secundario a la ruptura de un absceso hepático amebiano.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 22 años de edad y color de la piel mestizo, obrero de la construcción, con antecedentes de salud, que un año antes manifestó un cuadro intestinal con dolor tipo cólico y diarreas que cedieron espontáneamente; con posterioridad presentó fiebre que persistía por períodos de cinco días para luego desaparecer, tos y dolor en hemitórax derecho.

El estudio radiográfico indicado en ese momento no mostró ninguna anormalidad (Figura No.1).

Figura No.1. Radiografía de tórax. Aspecto normal.



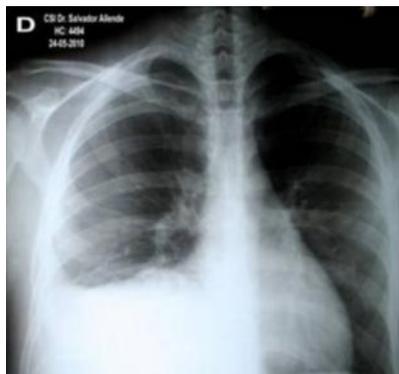
El estado general del paciente se deterioró progresivamente, con pérdida de peso de 15 Kg, por lo que fue ingresado en el Centro de Diagnóstico Integral "Salvador Allende" de Caracas, República Bolivariana de Venezuela, con un cuadro de fiebre alta acompañada de escalofríos y sintomatología respiratoria (tos con escasa expectoración de color amarillento) y dolor torácico de tipo punzada en el costado derecho.

En el examen físico del paciente se observaron mucosas húmedas y de coloración pálida, polipnea moderada con una frecuencia respiratoria (FR) de 27/min, vibraciones vocales y murmullo vesicular abolido hacia la base pulmonar derecha, taquicardia con una frecuencia cardíaca (FC) de 106 y no se auscultaron soplos. El abdomen presentó aspecto plano; se constató que seguía el ritmo de los movimientos respiratorios y que resultaban dolorosas la palpación superficial y profunda en el hipocondrio derecho, en donde se palpó hepatomegalia de aproximadamente seis centímetros, dolorosa, de superficie lisa y borde romo.

Los exámenes complementarios mostraron los siguientes valores: hematocrito (Hto) en 0,36 L/L, eritrosedimentación a 77 mm/seg, leucocitos en 14×10^9 L (58 % segmentados), linfocitos en 42 %, proteína C reactiva (PCR) a 82 g/L, transaminasa glutámico oxalacética (TGO) en 325 U/L, transaminasa glutámico pirúvica (TGP) en 221 U/L, bilirrubina total en 21 nmol/L y bilirrubina directa en 11 nmol/L; no se observaron formas parasitarias en las heces fecales.

En la radiografía posteroanterior (PA) de tórax se observó una radiopacidad de densidad líquida en el tercio inferior del pulmón derecho del paciente, pero no se observaron alteraciones del parénquima pulmonar ni del mediastino (Figura No.2).

Figura No.2. Radiografía posteroanterior de tórax. Se observa la zona radiopaca de densidad líquida en el tercio inferior del pulmón derecho.



En el ecosonograma abdominal se encontró que el hígado presentaba un aumento de tamaño que rebasaba el reborde costal en 2 cm y la línea media abdominal en 4 cm; su ecotextura no era homogénea, aunque su superficie era lisa y se apreció ecogenicidad aumentada, con una gran imagen hipoecogénica que midió 160 x 126 mm, que ocupaba todo el lóbulo derecho, con contornos bien definidos y calcificaciones en su interior. Las vías biliares no se encontraron dilatadas, y la vesícula, páncreas, bazo y riñones se observaron normales. No había líquido libre en la cavidad, pero se observó un derrame pleural de moderada cuantía en el lado derecho.

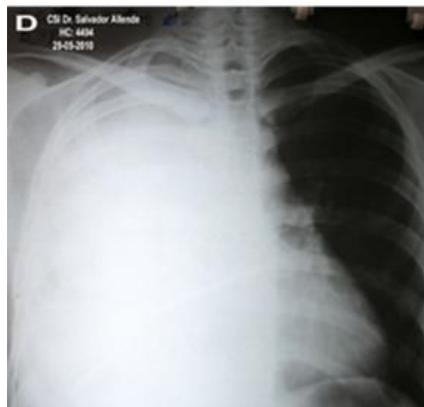
La tomografía axial computarizada (TAC) mostró en el hígado una imagen hipodensa de 24-32 unidades Hounsfield (UH) que midió 136x162 cm, y ocupaba los segmentos IVa, IVb, V, VI, VII y VIII, relacionada a absceso hepático.

En el análisis previo se constató que los cuadros intestinales iniciales, la fiebre, el deterioro del estado general del paciente, la sintomatología abdominal y el cuadro respiratorio tenían una etiopatogenia única; una vez realizados los estudios complementarios al paciente, todo ello permitió establecer el diagnóstico de absceso hepático amebiano, con derrame pleural asociado y secundario a una irritación pleural.

Al paciente se le inició tratamiento antibiótico con ceftriaxona, gentamicina y metronidazol por vía endovenosa; a las 48 horas la fiebre desapareció, el estado general del paciente mejoró discretamente y en el ecosonograma evolutivo se observó una discreta reducción del tamaño del absceso.

No obstante, a pesar del tratamiento médico la evolución del paciente fue tórpida: las manifestaciones respiratorias empeoraron con polipnea evidente, se incrementó el dolor torácico, se constató murmullo vesicular abolido hacia la base del pulmón derecho y marcadamente disminuido hacia el resto del campo pulmonar y en la radiografía se observó un derrame pleural de gran cuantía (Figura No.3).

Figura No.3. Radiografía en la que se aprecia el derrame pleural.



Ante esta situación al paciente se le realizó drenaje percutáneo del absceso hepático mediante una sonda con pleurótomo número 20; durante este procedimiento se evacuaron 1 300 ml de líquido de la cavidad pleural. No obstante, en la radiografía de control no se apreció modificación alguna de la opacidad del tórax, por lo que al paciente se le realizó pleurotomía mínima media del empiema pleural con pleurótomo número 24, y mediante aspiración directa se extrajo una pequeña cantidad de líquido serohemático (fluido y sin pus); a continuación se realizó aspiración mediante equipo de aspiración continua a baja presión, sin que se lograra extraer líquido alguno.

En los ecosonogramas abdominal y torácico realizados con posterioridad a estos procedimientos no se observaron signos de absceso hepático, pero se encontró una gran cantidad de líquido en el espacio pleural derecho, tabicado, con zonas ecogénicas posiblemente relacionadas a adherencias de fibrina. Ante esta situación, con el objetivo de alisar las bandas de fibrina para posteriormente realizar un lavado pleural, se decidió instilar por una sonda de pleurotomía 1 500 000 unidades de estreptoquinasa, diluida en 500 ml de solución salina fisiológica (Figura No.4).

Figura No.4. Paciente con sonda de pleurotomía para instilación de estreptoquinasa.



Este procedimiento se repitió hasta observar el líquido serohemático de coloración clara, y se mantuvo la aspiración durante siete días. Se logró una mejoría significativa del paciente en cuanto a mecanismo de ventilación y estado general, lo que se constató por radiografía, por lo que posteriormente fue dado de alta (Figura No.5).

Figura No.5. Radiografía en la se constata la mejoría del paciente.



DISCUSIÓN

La amebiasis intestinal es un problema de salud pública en países en vías de desarrollo. En menos de 1 % de los casos la afección tiene localización extraintestinal –entre las formas no intestinales se destaca la pulmonar– lo que representa un grave riesgo para la vida del paciente^(1,2,5-9); como factores contribuyentes a la forma pulmonar de la amebiasis se han identificado las condiciones socioeconómicas inadecuadas, la malnutrición y el alcoholismo crónico, aunque también se ha reportado el incremento de estos casos entre varones homosexuales inmunodeprimidos^(1-4,8).

El absceso hepático es la más común de las complicaciones extraintestinales; le siguen en frecuencia de presentación las complicaciones pleuropulmonares, a menudo asociadas a abscesos hepáticos; el empiema se desarrolla cuando los abscesos hepáticos se abren, a través del diafragma, a la cavidad pleural^(1-4,7,8).

El diagnóstico se basa en el examen físico del paciente, los estudios de imagen y las pruebas serológicas; la combinación de signos tales como hemidiafragma elevado (generalmente el derecho), hepatomegalia, derrame pleural con obliteración de los ángulos costo-frénicos y costo-diafragmáticos, es indicio de amebiasis torácica^(1,2,5,8).

Ante la sospecha de esta entidad se recomienda como primer estudio imagenológico a realizar la ultrasonografía, debido a que por su alta sensibilidad es posible diferenciar en alrededor de 75-80 % de los casos entre un tumor sólido o líquido. No obstante, en comparación con la ultrasonografía, la tomografía axial computarizada (TAC) tiene una sensibilidad de 88-95 % y su rendimiento mejora con el empleo de contraste⁽²⁾.

El diagnóstico basado en el reconocimiento de la *Entamoeba histolytica* es limitado, sólo en pocos casos se reconocen el protozooario o sus formas infectantes en el pus aspirado, aún cuando tenga aspecto de pasta de anchoas. Las pruebas serológicas son de inmenso valor en el diagnóstico; las enzimas hepáticas usualmente están normales y en algunos casos se puede encontrar leucocitosis neutrofílica. Los anticuerpos antiamebianos se pueden detectar por el análisis de inmunoabsorción ligada a las enzimas (ELISA, por sus siglas en inglés), la prueba indirecta de anticuerpos inmunofluorescentes (IFAT, por sus siglas en inglés) y la prueba de inhibición de la hemoaglutinación (IHA). Mediante la prueba ELISA se pueden detectar antígenos amebianos en el suero o en el pus. La detección del ácido desoxirribonucleico (ADN) del parásito en el pus o el esputo es un método sensible y específico^(1,4).

Aunque la literatura recoge que el tratamiento farmacológico tiene buenos resultados en pacientes con absceso hepático amebiano y empiema torácico, la mayoría de los autores se inclinan por el tratamiento quirúrgico. A este respecto, en un estudio realizado en pacientes del Hospital General del estado mexicano de Sonora⁽⁶⁾ se encontró que los pacientes diagnosticados de estas entidades (con criterios ultrasonográficos especialmente referidos al tamaño del absceso), pero a los que no se les realizó drenaje temprano, tuvieron una alta tasa de complicaciones.

CONCLUSIONES

El tratamiento quirúrgico oportuno, con punción evacuadora y aspiración, en los casos de absceso hepático amebiano y empiema pleural secundario contribuye a disminuir el tiempo de estadía hospitalaria de los pacientes y la morbimortalidad a causa de estas dolencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chang HR, Lee JJ, Lin CB. Pleural empyema secondary to rupture of amoebic liver abscess. Intern Med [Internet]. 2012 [citado 12 Feb 2016];51(5):471-4. Disponible en: https://www.jstage.jst.go.jp/article/internalmedicine/51/5/51_5_471/pdf
2. Perucca Páez E, León M, Cuellar Jaramillo E, Díaz Moreno F, Mendoza I, Delgado García E. Absceso hepático amebiano en el embarazo: reporte de un caso. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2010 [citado 12 Feb 2016];75(1):50-3. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v75n1/art08.pdf>
3. Baron MJ, Kasper DL. Infecciones y abscesos intraabdominales. En: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editores. Harrison. Principios de Medicina Interna I. 18va ed. New York: McGraw-Hill; 2012. p. 1077-83.
4. Shamsuzzaman SM, Hashiguchi Y. Thoracic amebiasis. Clin Chest Med [Internet]. Jun 2002 [citado 12 Feb 2016];23(2):479-92. Disponible en: [http://www.chestmed.theclinics.com/article/S0272-5231\(01\)00008-9/pdf](http://www.chestmed.theclinics.com/article/S0272-5231(01)00008-9/pdf)
5. Rodríguez Herrera R, Carbajal Rodríguez L, Zarco Román LJ, Perea Martínez A, Pérez Fernández AL, Bernal Moreno MA, et al. Absceso hepático amebiano complicado con rotura intraabdominal y torácica. Rev Enf Inf Peditr [Internet]. Dic 2010 [citado 12 Feb 2016];XIV(94):64-8. Disponible en: <http://www.imbiomed.com.mx/1/1/descarga.php?archivo=Pi1094-08.pdf>
6. Puebla Clark JG, Alday Noriega MC, Peña Ríos DH. Particularidades del absceso hepático amebiano en México: revisión de una cohorte de pacientes del Hospital General del Estado de Sonora. Med Int Mex [Internet]. Oct 2012 [citado 12 Feb 2016];28(5):440-5. Disponible en: http://www.cmim.org/boletin/pdf2012/MedIntContenido05_06.pdf
7. Loulergue P, Mir O. Pleural empyema secondary to amoebic liver abscess. Int J Infect Dis [Internet]. May 2009 [citado 12 Mar 2016];13(3):e135-6. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S1201971208014756/1-s2.0-S1201971208014756-main.pdf?_tid=6c38677a-dd90-11e6-93c8-00000aacb35d&acdnat=1484752484_80a2a814848626065174895a5cd1a38e
8. Pinto Angulo VM, Miranda Fraga P, García Álvarez J, Briseño Sáenz G. Absceso hepático amebiano drenado a cavidad pleural. Rev Mex Aparato Dig [Internet]. Dic 2012 [citado 12 Feb

2016];1(2):100-4. Disponible en: <http://www.amcad.mx/absceso.pdf>

9. Kaur N, Maheshwari K, Gupta A. Broncho-hepatico-cutaneous fistula in a case of amoebic liver abscess. Trop Doct [Internet]. Abr 2014 [citado 12 Feb 2016];44(2):110-1. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0049475513518529>
-

Recibido: 13 de mayo de 2016

Aprobado: 17 de mayo de 2016

Dr. Jesús Esteban Cong Rodríguez
Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola"
Calle Máximo Gómez No.257, entre 4ta y Onelio Hernández. Ciego de Ávila, Cuba. CP.65200
Correo electrónico: cong@ali.cav.sld.cu