

ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO, A PROPÓSITO DE UN CASO EN SANTIAGO DE CHILE

Simona Oviedo Bravo^{a*}

Nicolás Muñoz Gardilic^a

^aEstudiante de Medicina, Facultad de Medicina - Universidad de los Andes.

Artículo recibido el 19 de mayo, 2023. Aceptado en versión corregida el 22 de junio, 2023.

RESUMEN

Introducción: El absceso hepático es un proceso focal supurativo, de etiología principalmente piógena y/o amebiana, esta última causada por el protozoo *Entamoeba histolytica*. La infección por este parásito en Chile alcanza una prevalencia de 3 al 18%. La infección es generalmente asintomática, sin embargo, el 10% cursa con síntomas, frecuentemente diarrea y dolor abdominal. Dentro de las manifestaciones extraintestinales destaca el absceso hepático amebiano. El diagnóstico se realiza a través del parasitológico seriado de y técnicas serológicas, para manifestaciones intra o extra intestinales respectivamente. El tratamiento del absceso hepático amebiano consiste en amebicidas y drenaje precoz. **Metodología:** Se presenta el caso de un paciente masculino, joven, sano, con factores de riesgo infecto epidemiológicos por habitar zonas de mayor endemia para *Entamoeba* y por exposición a agua no potable. Se realizó una revisión bibliográfica sobre absceso hepático y su correcto abordaje clínico terapéutico, con énfasis en la etiología amebiana, a propósito del caso. **Resultados:** Se presenta con un cuadro clínico caracterizado por fiebre, dolor abdominal en hipogastrio irradiado a epigastrio y tórax y hombro derecho, además de cambios en las deposiciones. Se pesquiza en imágenes, gran absceso hepático, único, sugerente de origen amebiano. Se maneja empíricamente con esquema antibiótico bi-asociado en espera de resultado de serología para *Entamoeba histolytica*, la cual resulta positiva. **Discusión:** Evoluciona con buena respuesta clínica, sin complicaciones. **Conclusión:** Se concluye la importancia de la precisión diagnóstica y terapéutica, incluida la erradicación luminal del parásito, tratamiento que aún no se encuentra disponible en Chile, dado contexto migratorio chileno actual.

Palabras clave: Absceso hepático, Absceso hepático amebiano, Amebiasis, *Entamoeba histolytica*.

INTRODUCCIÓN

El absceso hepático es un proceso focal supurativo, poco habitual, de mortalidad moderada¹. Representa el tipo más común de absceso visceral². Son de origen principalmente piógenos y amebianos (*Entamoeba histolytica*). Las características de cada uno se muestran en la Tabla 1. Desde el punto de vista diagnóstico, se debe sospechar, y hacer el diferencial, de colecistitis supurada y quiste hidatídico infectado³.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial del absceso hepático⁴.

Absceso hepático amebiano	Absceso hepático piógeno
Endemicidad	Enfermedad concomitante
Síntomas de menos de 2 semanas	Síntomas de más de 2 semanas
Dolor en cuadrante superior derecho	Dolor en cuadrante superior derecho
Fiebre y compromiso del estado general	Fiebre y compromiso del estado general
Lesión hipocóica solitaria de márgenes regulares	Múltiples lesiones hipocóicas de márgenes irregulares
Serología amebiana positiva	Cultivos hepáticos, sanguíneo o bires positivos con serología amebiana negativa

Dado el caso a presentar, se abordará el tema de absceso hepático causado por la infección por *Entamoeba histolytica*, parásito que puede ser encontrado en dos formas, como quistes o trofozoítos y que se transmite por aguas contaminadas por

deposiciones y vectores mecánicos como baratas, cucarachas o moscas, o transmisión sexual⁵. Áreas con alta tasa de infección amebiana son India, África y zonas de centro y Sudamérica⁶. La prevalencia de infección en Chile descrita es del 3 al 18%⁷.

La infección puede ser asintomática y en un 10% ocasionar manifestaciones intestinales, siendo de las principales causantes de diarreas parasitarias⁸. Causan diarrea disintérica y ocasionalmente colitis fulminante. Dentro de las manifestaciones extraintestinales, se encuentra el absceso hepático amebiano clásicamente y otras más raras, incluyendo compromiso pulmonar, cardíaco y cerebral⁹. Las manifestaciones extraintestinales son 7 a 10 veces más común en hombres entre los 40 y 50 años¹⁰, a pesar de la distribución equitativa de amebiasis colónica en ambos sexos¹¹. Los mecanismos sugeridos incluyen los efectos hormonales y el rol hepatotóxico del alcohol⁶. El diagnóstico se realiza a través del parasitológico seriado de deposiciones, en caso de diarrea, o por técnicas serológicas (ELISA, IFI, hemaglutinación indirecta)⁸ en casos extraintestinales.

El absceso hepático amebiano se genera por la colonización del hígado a través de la circulación portal¹. Se manifiesta con dolor abdominal y fiebre en la mayoría de los casos y en menor frecuencia, diarrea con o sin sangre¹. Los síntomas usualmente inician entre las 8 a 20 semanas posterior a la infección.

*Correspondencia: saoviedo@miuandes.cl
2023, Revista Confluencia, 6(1), 132-135



En general, se presenta con una o dos semanas de dolor abdominal en el cuadrante superior derecho y fiebre. El dolor puede ser referido en epigastrio, tórax derecho u hombro derecho, y usualmente es descrito como sordo, aunque también puede ser pleurítico o cólico. Otros síntomas incluyen tos, sudoración, fatiga, pérdida de peso y singulto. Algunos pacientes refieren diarrea recurrente o disentería los meses previos. Al examen físico se puede presentar hepatomegalia y sensibilidad hepática. Ocasionalmente, existen presentaciones más crónicas, de meses, con fiebre, pérdida de peso y dolor abdominal⁶. Para el diagnóstico del absceso, se utilizan exámenes imagenológicos que permitan visualizar la morfología y ubicación de las lesiones, permitiendo la punción-aspiración para el drenaje y estudio microbiológico¹.

El tratamiento consiste en la pronta administración de amebicidas, junto con drenaje percutáneo en caso de ser necesario¹. Dentro de las complicaciones, la principal es la ruptura del absceso, siendo más frecuente hacia tórax que peritoneo. Otras son trombosis secundaria de vena hepática o cava y recurrencias, a pesar de tratamiento adecuado⁶.

Se presenta a continuación un caso clínico que cuenta con el respaldo y consentimiento informado del paciente, médicos tratantes y centro clínico para la difusión científica.

DESARROLLO

Se presenta el caso de un paciente masculino, de 33 años, sin antecedentes médicos relevantes. Destaca tabaquismo activo, consumo de marihuana diariamente y alcohol 2-3 veces al mes. Nacionalidad venezolana, hace 1 año residiendo en Chile. Previo a ingresar al país, vivió 2 años en Perú, donde no contaba con acceso a agua potable. Al interrogatorio, se pesquiza antecedente de que, durante su infancia, consumía agua no sanitizada de manera habitual.

Consulta en urgencias por cuadro de 5 días de evolución, de sensación febril no cuantificada asociada a sudoración y compromiso del estado general, que cede parcialmente con antiinflamatorios, más dolor abdominal epigástrico, sordo, de intensidad en escala de Escala Visual Análoga (EVA) 5/10, sin gatillantes ni aliviantes, con irradiación en faja en hemiabdomen superior, tórax anterior y hombro derecho, asociado a cambio en el tránsito intestinal, con deposiciones de consistencia pastosa y más oscuras durante las últimas 24 horas y náuseas. Al interrogatorio dirigido, la historia de diarrea crónica es poco clara, refiere consumo de alimentos en locales de comida no establecidos. Al examen físico en urgencia se presenta con signos vitales dentro de rangos normales. Destaca signo de Murphy esbozado y tacto rectal positivo para melena, sin otros hallazgos patológicos. Al laboratorio, destaca anemia leve normocítica normocrómica, leucocitosis predominio de neutrófilos y Proteína C

Reactiva (PCR) en valor máximo del laboratorio. Además, alteración en perfil hepático con patrón colestásico discreto e hipokalemia leve. Amilasa, lipasa, creatinina y electrocardiograma sin alteraciones. Se solicita estudio de imágenes con Tomografía Axial Computarizada de Abdomen y Pelvis (TAC AP) con contraste, que evidencia en segmento VIII hepático, una lesión hipodensa heterogénea de contornos finamente lobulados, de 42 x 47 mm, asociado a leve edema perilesional, sugerente de absceso. Se realiza endoscopia digestiva alta, que muestra duodenitis erosiva mínima, con test de ureasa negativo, sin signos de sangrado activo.

Al ingreso, presenta *peak* febril de hasta 38,2°C, por lo que se pancultiva y se inicia empíricamente terapia antibiótica endovenosa con Ceftriaxona 2 g cada 24 horas, con Metronidazol 500 mg cada 8 horas. Evaluado por equipo de cirugía, se desestima punción dada localización de difícil acceso. Se decide hospitalización para estudio y manejo médico. Se evalúa en conjunto con el equipo de infectología y por las características epidemiológicas, clínicas e imagenológicas, además de ausencia de aparente foco bacteriano, impresiona absceso hepático de etiología amebiana, por lo que se decide estudio con serología de amebiasis extraintestinal, enviada al Instituto de Salud Pública (ISP). En espera de los resultados de serología, se mantiene Ceftriaxona y Metronidazol se aumenta a 750 mg cada 8 horas IV para cobertura amebiana. Se realiza ecografía abdominal que informa lesión focal hepática concordante con absceso hepático previamente visualizado en TAC, de medidas 4,7 x 4,8 x 7,7 cm aproximadamente. Destaca durante la hospitalización la presencia de trombocitosis reactiva, hasta 800.000/uL y estudio serológico viral (VHB, VHC, VIH, VDRL) negativo.

El paciente evoluciona con respuesta clínica favorable, logrando en 48-72 horas estar completamente asintomático. Presenta disminución de parámetros inflamatorios, sin caída de la hemoglobina. Se completan 15 días de tratamiento antibiótico bi-asociado y se solicita imagen de control que evidencia consolidación de bordes de absceso, sin mayores cambios en la extensión (Figura 1). Dada la buena respuesta clínica, se decide alta con seguimiento con hospital de día para continuar terapia antibiótica bi-asociada en espera de resultado de serología de amebiasis extraintestinal desde el ISP. Se tomó conocimiento del resultado de serología desde ISP dos semanas después del egreso hospitalario, momento en el que se realizó control imagenológico con TAC AP que informa persistencia de absceso, de medidas 53 x 38 x 35 mm. Completó en total 35 días de tratamiento con ceftriaxona endovenosa y 24 días de metronidazol vía oral. Se decidió alta, sin posibilidad de erradicación intestinal por no tener disponibilidad farmacológica en Chile.



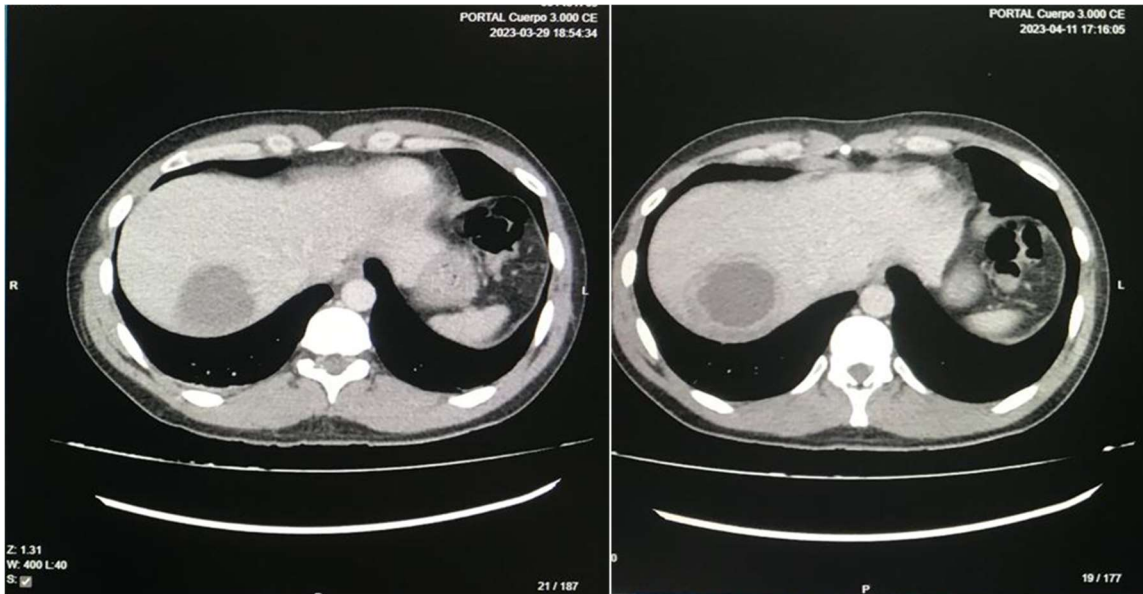


Figura 1. Absceso hepático. TAC AP con contraste con corte transversal. A la izquierda, imagen inicial (29 de marzo 2023). A la derecha, control posterior a 2 semanas (11 de abril 2023).

DISCUSIÓN

En el presente caso, destaca cuadro de diarrea de larga data, que luego se reagudiza con fiebre, dolor abdominal y deposiciones aparentemente melénicas. Se descarta sangrado activo y se evidencia absceso hepático subpleural, sin posibilidad de acceso quirúrgico percutáneo. Dado los factores de riesgo y presentación clínica, se sospecha absceso hepático amebiano y se trata empíricamente con cobertura bacteriana y amebiana.

Al hacer una revisión bibliográfica, se encontraron escasos estudios epidemiológicos en Chile. Respecto a la prevalencia previamente mencionada, se encontró un estudio en Talca que mostraba disminución en la prevalencia entre 1980 y 2008¹². Dada alta sospecha, se decide solicitar serología de amebiasis y enviar a ISP^{13,14}, pese a no ser el método diagnóstico con mejor sensibilidad (Tabla 2¹⁵). Una gran limitante en este caso fue el tiempo que demora el resultado. Esto parece vital considerando los costos que significan tanto para el paciente como para la salud pública.

Además, un punto clave es que en todos los casos debiese realizarse una erradicación luminal con fármacos actualmente no disponibles en el país (Tabla 3¹⁶). Se considera que es de vital importancia corregir esta falencia, ya que una erradicación incompleta puede traducirse en recidivas o propagación de la enfermedad.

Otro punto importante por destacar es que el control imagenológico en este caso no mostró grandes cambios involutivos. Esto se debe a que los abscesos de etiología amebiana, a diferencia de los piógenos, presentan lenta regresión, durante meses, y más tardíamente, pueden evolucionar con cicatrización y calcificación, por lo que no debe

guiarse el tratamiento únicamente en base a los hallazgos imagenológicos y en general el método de elección para el seguimiento es la ultrasonografía^{17,18}.

Tabla 2. Comparación de métodos diagnósticos de *Entamoeba histolytica*.

Prueba	Colitis		Absceso hepático amebiano	¿Diferencia la <i>E. Histolytica</i> ?
	Sensibilidad	Especificidad		
Microscopia (heces)	<60%	10-50%	<10%	No
Cultivo y determinación de isoenzimas	Menor que ag y PCR	Gold standard	<25%	Si
ELISA detección de ag (heces)	>95%	>95%	Negativo en general	Si
ELISA detección de ag (suero)	65% precozmente	>90%	Tardío +/- 75% 1ros 3 días 100%	Si
PCR (heces)	>70%	>90%	No disponible	Si
ELISA detección de anticuerpos (suero)	>90%	>85%	Infección presente 70-80% Tratado >90%	Si

Por último, y dado al estado actual migratorio del país, se debe tener un alto índice de sospecha de enfermedades infectocontagiosas poco habituales en Chile, y ampliar los diagnósticos diferenciales para tener diagnósticos certeros y prevenir complicaciones que pueden ser fatales.



Tabla 3. Tratamiento de *Entamoeba histolytica*.

Amebicidas tisulares: Tratamiento agudo	Dosis
Metronidazol	750 mg cada 8 horas por 10 días
Tinidazol	2 g cada 24 horas por 5 días
Amebicidas intraluminales: Prevención diseminación y recurrencia	Dosis
Paromomicina (1ª línea)	500 mg cada 8 horas por 7 a 10 días
Diloxanida furoato	500 mg cada 8 horas por 10 días
Iodoquinol	650 mg cada 8 horas por 20 días

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cosme Á, Cobián C. Abscesos hepáticos. Rev Esp Enferm Dig [Internet]. 2014 [citado el 13 de mayo de 2023];106(5):359. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082014000500011&lng=es
- Altermeier WA, Culbertson WR, Fullen WD, Shook CD. Intra-abdominal abscesses. Am J Surg [Internet]. 1973 [citado el 15 de mayo de 2023];125(1):70-9. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0002-9610\(73\)90010-x](https://doi.org/10.1016/0002-9610(73)90010-x)
- Fleta J, Bueno O, Bueno M. Amebiasis intestinal y absceso hepático amebiano. Med Integr [Internet]. 2000 [citado el 15 de mayo de 2023];36(3):96-101. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-amebiasis-intestinal-absceso-hepatico-amebiano-15325>
- Torre A. Enfermedades hepáticas infecciosas. Abscesos hepáticos. GH Cont [Internet]. 2006 [citado el 15 de mayo de 2023];5(5):201-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-70000350>
- 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 [Internet]. 2009 [citado el 15 de mayo de 2023];49(3):346-53. Disponible en: <https://doi.org/10.1086/600298>
- Leder K, Weller P. Extraintestinal *Entamoeba histolytica* amebiasis. UpToDate [Internet]. 2022 [citado el 14 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/extraintestinal-entamoeba-histolytica-amebiasis?search=liver%20abscess&source=search_result&selectedTitle=3~142&usage_type=default&disp lay_rank=3
- Valdevenito VM. Manual de Parasitología humana [Internet]. Concepción: UdeC; 2012 [citado el 15 de mayo de 2023]. Disponible en: http://repositorio.udec.cl/jspui/bitstream/11594/880/2/Manual_Parasitologia.Image.Marked.pdf
- Instituto de Salud Pública de Chile. Vigilancia de diarreas por agentes parasitarios en menores de 5 años Chile 2008 – 2012 [Internet]. Santiago: Gobierno de Chile; 2012 [citado el 15 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.ispch.cl/sites/default/files/boletin_diarreas.pdf
- Haque R, Huston CD, Hughes M, Houpt E, Petri WA Jr. Amebiasis. N Engl J Med [Internet]. 2003 [citado el 15 de mayo de 2023];348(16):1565-73. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/nejmra022710>
- Salles JM, Salles MJ, Moraes LA, Silva MC. Invasive amebiasis: an update on diagnosis and management. Expert Rev Anti Infect Ther [Internet]. 2007 [citado el 15 de mayo de 2023];5(5):893-901. Disponible en: <https://doi.org/10.1586/14787210.5.5.893>
- Acuna-Soto R, Maguire JH, Wirth DF. Gender Distribution in Asymptomatic and Invasive Amebiasis. Am J Gastroenterol [Internet]. 2000 [citado el 15 de mayo de 2023];95(5):1277-83. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2000.01525.x>
- Vidal S, Toloza L, Cancino B. Evolución de la prevalencia de enteroparasitosis en la ciudad de Talca, Región del Maule, Chile. Rev Chilena Infectol [Internet]. 2010 [citado el 15 de mayo de 2023];27(4):336-40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182010000500009>
- Instituto de Salud Pública de Chile. Formulario general de envío de muestras clínicas para estudios parasitológicos [Internet]. Santiago: ISPCH; 2023 [citado el 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.ispch.cl/wp-content/uploads/2023/02/Anexo-3-IT-213.01-001-FORMULARIO-GENERAL-DE-ENVIO-DE-MUESTRAS-CLINICAS-PARA-ESTUDIOS-PARASITOLOGICOS-v6.pdf>
- Instituto de Salud Pública de Chile. Amebiasis diagnóstico serológico [Internet]. Santiago: ISPCH; 2022 [citado el 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.ispch.cl/wp-content/uploads/prestaciones/571/2330007%20V1%2016.6.22%20AMEBIASIS%20DIAGNOSTICO%20SEROLOGICO.pdf>
- López M, Quiroz D, Pinilla A. Diagnóstico de amebiasis intestinal y extraintestinal. Acta Med Colomb [Internet]. 2008 [citado el 15 de mayo de 2023];33(2):75-83. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v33n2/v33n2a6.pdf>
- Weitzel T, Cifuentes C. Acceso a antiparasitarios en Chile [Internet]. Concepción: Sociedad Chilena de Infectología; 2018 [citado el 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.sochinf.cl/portal/templates/sochinf2008/documentos/2019/Acceso a Antiparasitarios en Chile.pdf>
- Blessmann J, Khoa ND, Van An L, Tannich E. Ultrasound patterns and frequency of focal liver lesions after successful treatment of amoebic liver abscess: Ultrasound follow-up of amoebic liver abscess. Trop Med Int Health [Internet]. 2006 [citado el 15 de mayo de 2023];11(4):504-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3156.2006.01595.x>
- Filice C, Di Perri G, Strosselli M, Brunetti E, Dughetti S, Van Thiel DH, et al. Outcome of hepatic amebic abscesses managed with three different therapeutic strategies. Dig Dis Sci [Internet]. 1992 [citado el 15 de mayo de 2023];37(2):240-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/bf01308178>

