

VARÓN PREVIAMENTE SANO CON DOLOR ABDOMINAL E ICTERICIA DE INSTAURACIÓN INSIDIOSA

PREVIOUSLY HEALTHY MALE WITH INSIDIOUS APPEARANCE OF JAUNDICE AND ABDOMINAL PAIN

Duarte-Chang, Calixto*^{*}; González, María Lourdes†[†]; Arenas, Gaspar‡[‡]

* Médico Residente de Medicina Interna en el Hospital Santo Tomás Panamá, Panamá.

† Estudiante de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Latina Panamá, Panamá.

‡ Médico especialista en Medicina Interna del Hospital Santo Tomás Panamá, Panamá.

Recibido: 13 de Diciembre de 2014

Aceptado: 6 de Marzo de 2015

Duarte-Chang C, González M L, Arenas G. Varón Previamente Sano con Dolor Abdominal e Ictericia de Instauración Insidiosa. Rev méd cient. 2014; 27(2): 12-13.

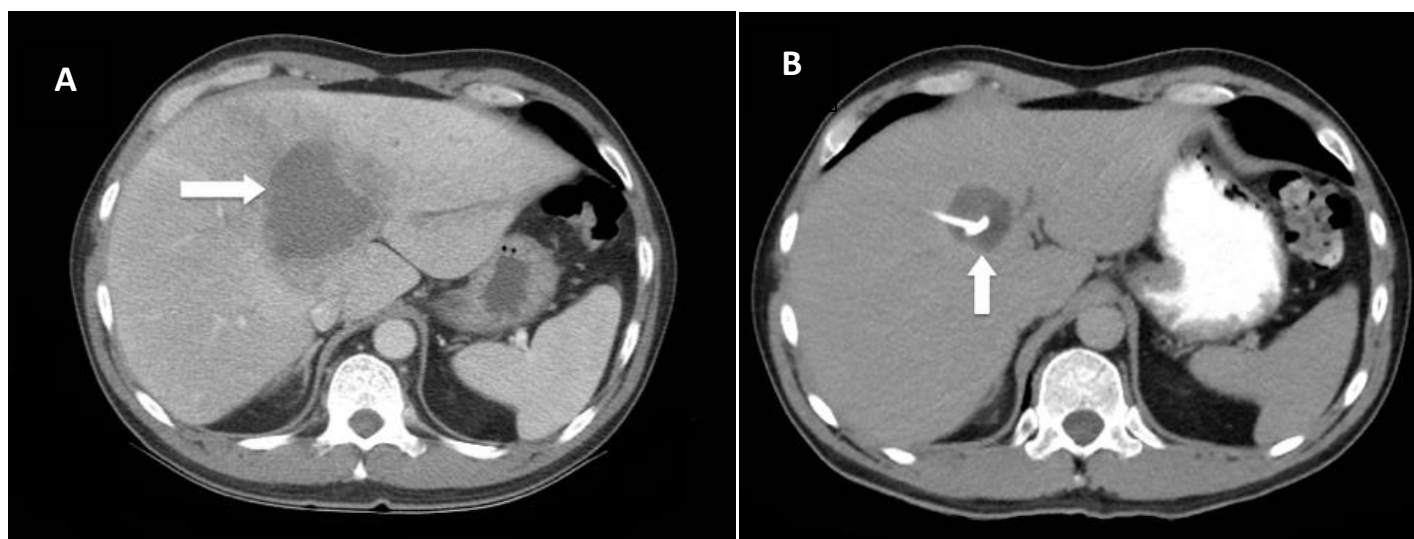


Figura 1. A) Tomografía de abdomen que muestra imagen heterogénea, con realce periférico, situado en el segmento IV, de 6.9 x 7.1 x 7.5 cm para un volumen aproximado de 192 ml compatible con absceso hepático. B) Tomografía de abdomen que muestra absceso hepático de 2,9cm, situado en el segmento IV, con evidente disminución de tamaño en comparación con estudio previo. Se identifica imagen tubular hiperdensa en su interior en relación al catéter de drenaje percutáneo.

Varón de 46 años procedente de Darién con cuadro clínico de 2 semanas de evolución, caracterizado por deposiciones semilíquidas y dolor epigástrico acompañado de fiebre no cuantificada sin predominio horario. Al examen físico, se encontraba febril, taquicárdico, con ictericia escleral y dolor a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho.

Varón previamente sano con dolor abdominal e ictericia de instauración insidiosa by Calixto, Duarte-Chang; María Lourdes, González; Gaspar, Arenas is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/). Permissions beyond the scope of this license may be available at www.revistamedicocientifica.org.



Los laboratorios mostraban una leucocitosis de 23,500 mm³, con neutrofilia e hiperbilirrubinemia a expensas de la bilirrubina directa. La tomografía abdominal inicial mostró una imagen hepática heterogénea, de unos 6.9 x 7.1 x 7.5 cm, hipodensa, de bordes irregulares, situada en el segmento IV, compatible con absceso hepático. (Ver figura 1A)

El paciente evolucionó favorablemente tras el tratamiento con metronidazol y piperacilina/tazobactam junto al drenaje percutáneo del absceso. (Ver figura 1B)

A pesar de los resultados negativos para Ameba en el aspirado del absceso y en el examen fresco de heces y ante la ausencia de prueba serológica, creemos que el paciente por la ausencia de diabetes o alguna inmunosupresión por historia, los antecedentes de diarrea, el nexo epidemiológico, la edad, el cuadro clínico y los hallazgos en las pruebas de imagen, ha presentado un absceso hepático de origen amebiano.

El absceso hepático amebiano (AHA) es la manifestación extraintestinal más frecuente de la infección por *Entamoeba histolytica* y ocurre entre el 3 y 9% de los pacientes infectados.¹ Se ha documentado una alta prevalencia en África Occidental, Sudáfrica, Asia, México y América del Sur, afectando aproximadamente un 10% de la población mundial.¹ Su mecanismo de transmisión es la vía fecal-oral. La prueba serológica es la técnica de mayor sensibilidad para el diagnóstico (90-100%)¹ debido a que su aislamiento en examen de heces es del 50% (algunos casos del 6-30%) y en líquido drenado del absceso por lo general es negativo.² La técnica de elección para el diagnóstico es la tomografía abdominal con contraste, de hecho, algunas series de casos han mostrado una sensibilidad cercana al 100%, alcanzando de esta forma el diagnóstico en casi un 96% de los pacientes, evidentemente, posee mayor sensibilidad que la ecografía, no obstante, ésta última sigue siendo la prueba inicial en el abordaje de un paciente con dolor abdominal e ictericia, por su bajo coste y fácil disponibilidad.¹

El manejo consiste en la administración de metronidazol, con/sin el drenaje percutáneo. Éste último se realiza ante la presencia de abscesos de gran tamaño (5-10cm) o abscesos situados en el lóbulo hepático izquierdo debido a la posibilidad de extensión a pericardio, y evidentemente ante la falta de resolución tras tratamiento médico.³

REFERENCIAS

1. Cosme A, Ojeda E, Zamarreño I, Bujanda L, Garmendia G, Echeverría MJ, Benavente J. Pyogenic versus amoebic liver abscesses. A comparative clinical study in a series of 58 patients. Rev Esp Enferm Dig. 2010 Feb; 102(2):90-9.
2. Martín Ezquerro A, González Quijada S, Dueñas Gutiérrez C, Grande Sáez C. Absceso hepático amebiano autóctono. Presentación de un caso Rev Clin Esp 2004;204 (1):43-4
3. Manzanedo-Teran B, Lopez Velez R, Dronda F. Absceso hepático amebiano autóctono: caso clínico y revisión de la literatura médica. Enferm Infecc Microbiol Clin 2005;23(3):179-82