

**GOBIERNO  
FEDERAL**



**SALUD**

**Guía de Referencia  
Rápida**

**SEDENA**

**SEMAR**

**Diagnóstico y Tratamiento del  
Absceso Hepático Amebiano  
No Complicado**

**GPC**

**Guía de Práctica Clínica**

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-282-10**

**CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL**



**Vivir Mejor**

## GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

### A06.4 Absceso amebiano del hígado

GPC

### Diagnóstico y tratamiento del absceso hepático amebiano no complicado

ISBN en trámite

#### FACTORES DE RIESGO

Sexo masculino

Tercera a quinta década de la vida

Alcoholismo

Padecimientos oncológicos

Prácticas homosexuales

Inmunosupresión

Habitar o viajar a zonas endémicas

Uso de corticosteroides

A diferencia de los pacientes con abscesos hepáticos piógenos, aquellos con abscesos amebianos tienen mayor probabilidad de ser menores de 50 años de edad y ser del sexo masculino.

El AHA se puede sospechar en todos los grupos de edad, más frecuente entre los 20 y 40 años, en hombres y/o con ingesta de alcohol.

#### DIAGNOSTICO CLÍNICO

El cuadro clínico es de presentación aguda, con una o dos semanas de fiebre (38.5 a 39.5° C) y dolor en hipocondrio derecho. La participación de la cara diafragmática del hígado puede provocar dolor pleural del lado derecho o referido al hombro. El dolor abdominal constante en el cuadrante superior derecho o epigastrio se asocia más frecuentemente con el AHA en el lóbulo izquierdo. La diarrea, en forma concurrente, está presente en menos de un tercio de los pacientes. Algunos pacientes refieren haber tenido disentería en los meses anteriores. Para los viajeros que regresan de una zona endémica, la presentación por lo general ocurre dentro de 8 a 20 semanas (mediana de 12 semanas) y dentro de cinco meses de su regreso en el 95% de los pacientes. Ocasionalmente, los pacientes tienen una presentación más crónica con meses de fiebre, pérdida de peso y dolor abdominal.

El examen físico, en aproximadamente 50% de los casos, revela hepatomegalia y sensibilidad en el área hepática. La ictericia clínica se produce en menos de 10% de los pacientes. En ocasiones, el absceso se rompe al peritoneo, causando peritonitis (2 a 7%). La trombosis de la vena hepática y de la vena cava inferior secundaria a la formación del absceso hepático también ha sido reportada.

En todo paciente, con cuadro clínico de absceso hepático amebiano y hallazgo de masa ileocecal a la exploración física, se debe sospechar ameboma.

## LABORATORIO Y GABINETE

Los pacientes con absceso hepático amebiano generalmente tienen leucocitosis moderada en 90%, reacción leucemoide en 5%, anemia 30%. Las pruebas de función hepática revelan una fosfatasa alcalina elevada en 80% de los casos (la fosfatasa alcalina en fase aguda se encuentra en límites normales y en fase crónica se eleva) y las transaminasas hepáticas también pueden elevarse, en una tercera parte de los casos, elevación de las bilirrubinas en 30%.

La microscopía fecal es positiva para amebas en 18% de los casos, el cultivo, aunque solo está disponible como una herramienta de investigación, es positivo en aproximadamente 75 % de los casos.

Otros hallazgos inespecíficos comunes, incluyen una radiografía de tórax anormal con elevación del hemidiafragma y/o derrame pleural derecho, así como proteinuria.

El ultrasonido es un estudio de bajo costo para detectar abscesos medianos o grandes, es útil para su punción guiada. La tomografía es útil para detectar abscesos pequeños.

En pacientes con cuadro clínico sugestivo, los siguientes signos obtenidos por ultrasonido sugieren la necesidad de otros estudios por imagen:

- Lesión hepática focal discreta.
- Enfermedad en espacio pleural o en el parénquima pulmonar.
- Sombra en cuña con refracción.
- Flujo venoso distorsionado o ausente.
- Patrones anormales del doppler.
- Trombosis venosa.

En la gammagrafía con galio los abscesos amebianos son “fríos”, con un borde brillante, mientras que los abscesos piógenos son “calientes”.

Sin embargo, ninguna de estas pruebas puede diferenciar de manera definitiva entre un absceso piógeno, un absceso amebiano, o enfermedad maligna. La presencia de factores de riesgo y una lesión sospechosa, son suficientes para pensar que existe una infección amebiana, al menos, a la espera de resultados de otras pruebas

Las imágenes ecográficas repetidas generalmente no son útiles ya que las lesiones pueden aparecer, aumentar de tamaño o número una vez iniciado el tratamiento, incluso en presencia de mejoría clínica. Las lesiones tratadas pueden ser anecoicas, calcificadas o pueden persistir como lesiones de aspecto quístico; la resolución radiológica completa puede tardar hasta dos años.

Las anomalías persistentes en las imágenes de ultrasonido no deben conducir a repetir el tratamiento o pruebas adicionales en un paciente que está clínicamente bien. La conducta terapéutica en la evolución del paciente en tratamiento de AHA debe ser guiado por el estado clínico del paciente.

Se debe solicitar en paciente con cuadro clínico sugestivo radiografía de tórax, ultrasonido hepático y de acuerdo con lo encontrado en el ultrasonido solicitar tomografía de abdomen

## PRUEBAS SEROLÓGICAS

Los anticuerpos séricos se detectan en 92 a 97% de los pacientes, el 99% de los pacientes tendrán exámenes positivos de anticuerpos. En las zonas endémicas el 25% de las personas no infectadas tienen anticuerpos anti-amebiano secundarios a infecciones por *E. histolytica* previas. La prueba más sensible es la hemaglutinación indirecta. La difusión en agar gel y la contraimmunoforesis son menos sensibles que la hemaglutinación indirecta, pero por lo general sólo se mantienen positivos después de una infección por

ameba durante 6 a 12 meses, lo que puede hacerlos más útiles en las áreas endémicas. Se han desarrollado también otras pruebas serológicas basadas en antígenos recombinantes de *E. histolytica*. Estas pueden ofrecer mejor diagnóstico de amebiasis invasiva en curso, ya que al parecer diferencian infección activa de exposición previa al parásito. Otras técnicas diagnósticas son el inmunoensayo enzimático rápido con una sensibilidad de 93% en comparación con la hemaglutinación indirecta. Y una prueba de detección del antígeno que es positiva en 75% de los pacientes con absceso hepático amebiano.

Se debe realizar examen serológico para confirmar el diagnóstico de absceso hepático amebiano en todo paciente con imagen sugestiva de absceso por ultrasonido o tomografía, no son útiles las pruebas serológicas en caso de reinfección ni para vigilar la evolución por la memoria inmunológica que se desarrolla.

Los falsos negativos pueden resultar al realizar los exámenes dentro de los primeros 7 días del inicio de la enfermedad, los falsos positivos se presentan en zonas endémicas por contacto previo con el agente patógeno.

Aunque las pruebas serológicas son de utilidad, el no contar con ellas no debe retrasar el tratamiento médico, ya que el diagnóstico se establece con:

- Factores epidemiológicos.
- Cuadro clínico.
- Laboratorio y gabinete

## TRATAMIENTO

El fármaco más utilizado para tratar el absceso hepático amebiano es el metronidazol 500 a 750 mg por vía oral o intravenosa, tres veces al día durante 7 a 10 días (30 a 50 mg / Kg/ día vía oral; y de 7.5 mg /Kg/dosis vía endovenosa). La vía endovenosa no ofrece ninguna ventaja significativa, siempre y cuando el paciente pueda tomar medicamentos por vía oral y no tenga deficiencias en la absorción del intestino delgado. Las tasas de curación son 95% con desaparición de la fiebre, el dolor y la anorexia entre las 72 y 96 horas.

Posterior al tratamiento con metronidazol debe administrarse un fármaco luminal para erradicar el estado de portador asintomático. En presencia de intolerancia a la ingesta de metronidazol, se deberá utilizar tinidazol u ornidazol a una dosis de 60 mg por kilo/ día, máximo 2 grs. por diez días; Se sigue la ingesta de alimentos ricos en hierro en conjunto con el tratamiento con imidazoles. Se puede utilizar nitazoxanida cuando existe intolerancia a los imidazoles.

La aspiración terapéutica además del metronidazol para acelerar la resolución clínica o radiológica de los abscesos hepáticos amebianos sin complicaciones no puede apoyarse o refutarse con las evidencias actuales. Los pacientes que no responden adecuadamente al metronidazol o tienen recaídas al tratamiento, deberán ser sometidos a punción percutánea e identificación de la ameba, si se confirma se deberá prolongar el tratamiento con metronidazol

Se deberá iniciar tratamiento ante la sospecha de absceso hepático amebiano y se indicará punción percutánea si el paciente presenta:

Persistencia de síntomas clínicos como dolor y fiebre.

Datos de ruptura inminente de absceso.

Absceso de lóbulo hepático izquierdo.

Mujeres embarazadas y contraindicación del uso del metronidazol.

Complicaciones pleuropulmonares.

Paciente sin mejoría después de 72 horas de haber iniciado el manejo

El drenaje laparoscópico combinado con antibioticoterapia es una alternativa quirúrgica en paciente seleccionado o posterior a fracaso de drenaje percutáneo. Dejando la laparotomía solo para casos en los que se sospeche ruptura del absceso a la cavidad peritoneal o no se cuente con los recursos para punción percutánea o cirugía laparoscópica.

## PRONÓSTICO

El absceso hepático amebiano no complicado tiene una tasa de mortalidad menor de 1% si se diagnostica y trata a tiempo. Para la enfermedad complicada, las tasas de mortalidad pueden ser tan altas como 20%.

Los factores de mal pronóstico son:

- Abscesos múltiples.
- Volumen de la cavidad del absceso > 500 ml.
- Elevación del hemidiafragma derecho o derrame pleural en la radiografía de tórax.
- Encefalopatía.
- Bilirrubina > 3,5 mg/dl.
- Hemoglobina < 8 g/dl.
- Albúmina < 2 g/dl.
- Diabetes mellitus.

## CRITERIOS DE REFERENCIA

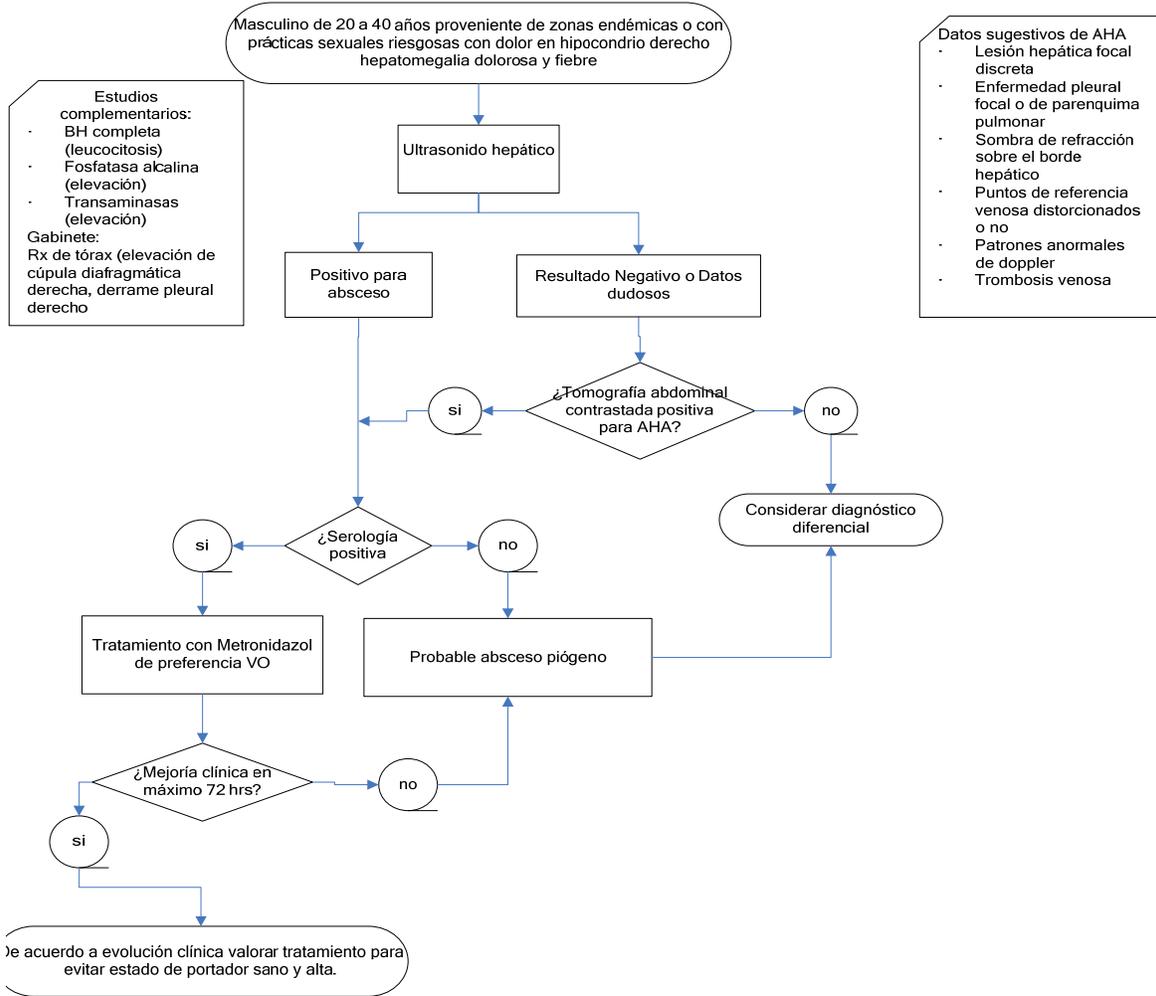
Se recomienda que sean enviados a segundo nivel los pacientes con sospecha de AHA y factores de riesgo. La referencia de pacientes a segundo nivel de atención hospitalaria deberá de ser acompañada de reporte de biometría hemática completa, de ser posible determinación de fosfatasa alcalina y ecografía abdominal con foco a hígado

Ante la presencia de una fístula traqueo bronquial, complicaciones cardíacas o cerebrales los pacientes deberán ser enviados a tercer nivel para su valoración y tratamiento

## INCAPACIDADES

Los días de incapacidad que se requieren varían desde 7 hasta 28 días, o más en los casos de complicaciones pleuropulmonares.

ALGORITMOS



\*2 Metronidazol 1500 mg/día cada 8 horas por 7 a 10 días IV o 30 a 50 mg/kg/día o Tinidazol 2000 mg/día cada 24 horas por 7 a 10 días 60 mg/kg/día Ornidazol 2000 mg/día 7 a 10 días o 60 mg/kg/día

Aunque las pruebas serológicas son de utilidad, el no contar con ellas no debe retrasar el tratamiento médico. AHA Absceso hepático amebiano. BH Biometría Hepática