

Absceso hepático amebiano: observaciones sobre siete pacientes

Enrique Ruiz de Gopegui^a, Teresa Serra^a, María Leyes^b, Carla Delibes^b, Francisco Salvá^a y José L. Pérez^a

^aServicio de Microbiología. ^bUnidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. España.

INTRODUCCIÓN. Describir las características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas de los pacientes diagnosticados de absceso hepático amebiano, cuatro de ellos aparentemente autóctonos.

MÉTODOS. Se revisaron retrospectivamente los casos con absceso hepático amebiano detectados durante el período 1991-2002 en el Hospital Universitario Son Dureta de Palma de Mallorca, hospital de referencia para las Islas Baleares, con 980 camas.

RESULTADOS. Se diagnosticó a 7 pacientes con absceso hepático amebiano. Todos ellos residían en Mallorca. Dos pacientes viajaron a áreas endémicas (la India y Tailandia), otro era un inmigrante procedente de Ecuador. Cuatro pacientes no tenían antecedentes de viajes al extranjero, por lo que podría tratarse de casos autóctonos, si bien esta circunstancia no quedó probada. De los 7 pacientes, dos estaban infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana.

CONCLUSIONES. La etiología amebiana debería considerarse en el diagnóstico diferencial de los abscesos hepáticos en nuestro medio, a pesar de la ausencia de antecedentes epidemiológicos.

Palabras clave: *Entamoeba histolytica*. Absceso hepático. Epidemiología.

Amoebic liver abscess: observations in seven patients

INTRODUCTION. The epidemiological and clinical characteristics of patients with amoebic liver abscess are described.

METHODS. Laboratory, clinical, and epidemiological records of all patients with amoebic liver abscess diagnosed from 1991 to 2002 at Hospital Universitario Son Dureta (Palma de Mallorca, Spain), a 980-bed referral hospital in the Balearic Islands, were retrospectively reviewed.

RESULTS. Seven patients were diagnosed with amoebic liver abscesses and all were residing in Mallorca. Two patients had developed the disease after travelling to

endemic areas (India and Thailand), and another, from Ecuador, had been diagnosed four months after coming to Spain from his country of origin. In the remaining four patients, no apparent link with endemic areas was observed, nor was travel out of Spain recorded. Therefore, these cases were thought to have originated in Spain, though this circumstance could not be conclusively proven. Two of the seven patients had human immunodeficiency virus (HIV) infection.

CONCLUSIONS. An amoebic etiology should be considered in the differential diagnosis of liver abscess in our area, even in the absence of a clear related epidemiological history.

Key words: *Entamoeba histolytica*. Liver abscess. Epidemiology.

Introducción

La infección por *Entamoeba histolytica* es de distribución mundial. Endémica en muchos países de zonas tropicales, afecta a unos 48 millones de personas¹, y se estima que su mortalidad global es, aproximadamente, de 70.000 muertes anuales². Este protozoo puede colonizar el intestino sin provocar síntomas, o producir patología, entre la que destaca la infección intestinal no invasiva, la colitis amebiana y los abscesos hepáticos.

En nuestro medio, el absceso hepático amebiano es una enfermedad poco frecuente. La mayoría de casos se han detectado en viajeros procedentes de áreas tropicales endémicas^{3,4}. En los últimos años hemos observado en nuestro hospital un aumento del número de pacientes con este diagnóstico, por lo que consideramos de interés revisar las características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas de esta patología.

Métodos

Se revisaron retrospectivamente los casos de absceso hepático amebiano diagnosticados en el Hospital Universitario Son Dureta, hospital de tercer nivel, durante el período comprendido entre enero de 1991 y diciembre de 2002. Se estudiaron los antecedentes epidemiológicos y clínicos. Los criterios diagnósticos fueron, además de las características clínicas, la serología positiva acompañada de una imagen radiológica compatible por ecografía o tomografía computarizada (TC).

La detección de anticuerpos frente a *E. histolytica* se realizó mediante hemaglutinación indirecta (Cellognost® Amoebiasis, Dade Behring, Alemania), considerándose positiva con un título a partir de 1/64. Para el estudio parasitológico de heces se aplicó la técnica de con-

Correspondencia: Dr. E. Ruiz de Gopegui.
Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Son Dureta.
Andrea Doria, 55. 07014 Palma de Mallorca. España.
Correo electrónico: eruiz@hds.es

Manuscrito recibido el 27-8-2003; aceptado el 13-10-2003.

TABLA 1. Características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas de los pacientes con absceso hepático amebiano

Paciente	Año de diagnóstico	Viajes a áreas endémicas	Serología de VIH	Fiebre (°C)	Dolor abdominal	Diarrea	Serología de <i>Entamoeba</i>	Observación <i>Entamoeba</i> en heces	Observación <i>Entamoeba</i> en el pus del absceso	Ecografía abdominal	Radiografía de tórax
1	1991	Sí	(-)	39	Sí	Sí	1/2.048	Sí	NR	Absceso único	Elevación hemidiafragma derecho
2	1997	Sí	(-)	39,5	Sí	No	1/2.048	Sí	No	Absceso único	Normal
3	1997	No	(+)	39	Sí	Sí	1/2.048	Sí	NR	Abscesos múltiples	Elevación hemidiafragma derecho
4	1999	No	(-)	40	No	Sí	1/2.048	No	NR	Absceso único	Normal
5	2001	No	(+)	38	Sí	Sí	1/512	Sí	Sí	Abscesos múltiples	Normal
6	2001	No	(-)	38,5	No	No	1/2.048	No	NR	Absceso único	Normal
7	2002	Sí	(-)	39,5	No	Sí	1/2.048	Sí	Sí	Absceso único	Elevación hemidiafragma derecho

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; NR: no realizado.

centración con acetato sódico-ácido acético-formalina (Para-Pak® Ultra SAF, Meridian Diagnostics, Estados Unidos) y posterior observación microscópica. El estudio parasitológico del drenaje de los abscesos se realizó mediante observación microscópica directa.

Resultados

Durante dicho período se diagnosticó a 7 pacientes con abscesos hepáticos amebianos. La media de edad fue de 43 años (límites, 28-58), de los cuales 4 eran varones y tres mujeres. En cuanto a las características epidemiológicas, todos los pacientes eran residentes en Mallorca. Dos de ellos viajaron a áreas endémicas (Tailandia y la India); otro paciente era un inmigrante procedente de Ecuador que residía desde hacía 2 años en España, pero que había realizado un viaje a su país de origen 4 meses antes del diagnóstico. En los 4 pacientes restantes, tras una revisión de los datos clinicoepidemiológicos mediante una nueva entrevista con el paciente, no se encontraron antecedentes de viajes a áreas endémicas, por lo que parece razonable considerar que se trataba de casos autóctonos, aunque esta circunstancia no puede probarse de forma concluyente. Las manifestaciones clínicas del absceso, en los 3 pacientes que viajaron al extranjero, se presentaron aproximadamente a los 4 meses de haber regresado a Mallorca.

Las características epidemiológicas y clínicas se resumen en la tabla 1. Entre los 7 pacientes de nuestra serie, dos tenían una infección conocida por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Se trataba de 2 mujeres sin antecedentes de viajes al extranjero, ex adictas a drogas por vía parenteral, y una de ellas, además, ejercía la prostitución. En ambas la infección por este virus estaba en estadio sintomático y no controlada, con carga viral superior a 500.000 copias/ml y linfocitos CD4 de 200 y 217 células/mm³, respectivamente.

En lo referente a los métodos diagnósticos, todos los pacientes fueron diagnosticados por serología y en cinco por examen parasitológico de las heces. Previamente, ante la sospecha inicial de absceso hepático bacteriano, a todos se les realizó un drenaje hepático del absceso guiado por TC, y en todos ellos el cultivo bacteriológico fue negativo. Se remitió muestra para estudio parasitológico del absceso he-



Figura 1. TC abdominal que muestra abscesos amebianos múltiples.

pático solamente en 3 pacientes, y en dos de ellos se observó la presencia del parásito. La ecografía y la TC abdominales mostraron un absceso hepático único en 5 pacientes y múltiple en dos, ambos con infección por el VIH (fig. 1).

En 6 pacientes el tratamiento se efectuó con metronidazol a dosis de 750 mg/8 h entre 10 y 21 días, seguido de paromomicina durante 10 días. El otro paciente, tratado inicialmente con metronidazol y cloroquina, presentó dos recidivas del absceso hepático a los 8 meses y 2 años, que fueron tratadas con metronidazol y paromomicina. El paciente era un varón homosexual que había realizado viajes frecuentes a Tailandia durante el período de seguimiento. La evolución fue favorable en los 7 pacientes, con mejoría clínica manifiesta y con resolución radiológica completa del absceso.

Discusión

En los últimos años en las Islas Baleares, y especialmente en Mallorca, se ha producido un aumento considerable del número de inmigrantes procedentes de países en vías de desarrollo. Según datos del Instituto Balear de Estadística, en el año 2000, el 12% de la población extranjera en las Islas Baleares con permiso de

residencia procedía de África (5.266 personas), mientras que el 11% procedía de América (4.830 personas). Como en otras áreas del país, presumiblemente, la inmigración en situación no regulada puede ser mucho más alta. Esto lleva consigo un riesgo potencial de emergencia de parasitosis que antes eran poco frecuentes. Por su importancia destaca especialmente el paludismo, pero también la esquistosomiasis y la amebiasis.

Aunque la amebiasis es una enfermedad de distribución mundial, es en las zonas tropicales donde se ha observado una mayor frecuencia. En los países de nuestro entorno se adquiere fundamentalmente a través de viajes a áreas con un alto grado de endemia³. La existencia de abscesos hepáticos amebianos autóctonos es un tema controvertido. En los últimos 20 años se han publicado en España casos esporádicos de abscesos hepáticos amebianos probablemente autóctonos³⁻⁹. Algunas de las posibles vías de adquisición de este parásito podrían ser el consumo de alimentos (especialmente frutas tropicales)⁴ y el haber mantenido contactos próximos con personas portadoras de amebas. Las manifestaciones clínicas de los pacientes de nuestra serie no diferían de las demás series publicadas^{1,3-9}. Nos ha llamado la atención en nuestro estudio que cuatro de los 7 pacientes diagnosticados de absceso hepático amebiano no tenían antecedente epidemiológico alguno de contagio y que, además, estos abscesos se detectaron en los últimos años (entre 1997 y 2001), coincidiendo con un aumento de la inmigración procedente de zonas endémicas de amebiasis, aunque no se observó una relación epidemiológica directa con inmigrantes.

Es bien sabido que los pacientes infectados por el VIH pueden estar colonizados en el intestino por *Entamoeba dispar*, especie morfológicamente similar a *E. histolytica* pero no patógena, y también, pero menos frecuentemente, por *E. histolytica*. En un estudio realizado en Estados Unidos entre los años 1990 y 1998 en 34.063 pacientes infectados por el VIH, se observó *E. histolytica*/*E. dispar* en heces en 111 pacientes (13,5 casos por 10.000 personas/año), siendo más frecuente en varones homosexuales¹⁰. No obstante, la amebiasis invasiva también es rara entre las personas infectadas por el VIH; una posible explicación sería la mayor frecuencia de colonización por *E. dispar* en vez de

E. histolytica. Queremos resaltar que en nuestra serie los 2 pacientes con abscesos hepáticos múltiples estaban infectados por este virus, lo que quizás esté relacionado con la inmunosupresión.

Ante la creciente descripción de casos aparentemente autóctonos de absceso hepático amebiano, queremos subrayar la importancia de las medidas preventivas encaminadas al control de ésta y otras parasitosis, y a mantener un índice elevado de sospecha que permita el manejo clínico apropiado de estos pacientes.

Se debe dejar constancia explícita de las limitaciones que tiene un estudio retrospectivo, como el presente, sobre los antecedentes epidemiológicos de viajes a áreas endémicas, en especial, si éstos se han realizado varios años antes del episodio actual. Sin embargo, éste y otros estudios apuntan la probabilidad de que puedan existir casos autóctonos aunque, probablemente, su incidencia es baja en nuestro medio.

Bibliografía

1. Farthing MJG, Cevallos AM, Kelly P. Intestinal Protozoa. En: Cook GC, Zumla AI, editors. Manson's Tropical Diseases. 21st ed. Edinburgh: Elsevier Science, 2003; p. 1373-86.
2. World Health Organization. The World Health Report 1998. *Life in the 21st Century: A Vision for All*. Genève: WHO, 1998.
3. Quereda C, Cantón R, Fortún J, López-Vélez R. Absceso amebiano hepático autóctono en varón heterosexual con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1991;9:134-5.
4. García-Forcada A, Sans M, Gascón J, Valls ME, Bru C, Corachán M. Absceso hepático amebiano: Revisión de 13 casos. *Med Clin (Barc)* 1995;105:537-40.
5. Castilla A, López I, Pastor A, Aguirre C. Absceso amebiano hepático adquirido en Vizcaya en un paciente heterosexual. *Med Clin (Barc)* 1985;84:421.
6. Pérez-Trallero E, Cilla G, Urbietta M, Muñoz I. Infecciones autóctonas por *Entamoeba histolytica*. *Med Clin (Barc)* 1985;85:254.
7. Vidal JB, Espinosa FJ, García-Estaño J, Soriano J. Absceso amebiano hepático autóctono en varón no homosexual. *Med Clin (Barc)* 1985;85:597.
8. Ciriza C, Romero MJ, Karpman G, Valerdez S, García L. Absceso hepático amebiano con sobreinfección bacteriana en un área no endémica. *Gastroenterol Hepatol* 1999;22:286-9.
9. Lomas Cabezas JM, Alcócer Díaz R, Saavedra Martín J, Pujol de la Llave E. Infestación humana por *Entamoeba histolytica*. ¿Una enfermedad autóctona en nuestro medio? A propósito de un caso. *Rev Clin Esp* 2000;200:399.
10. Lowther SA, Dworkin MS, Hanson DL. *Entamoeba histolytica*/*Entamoeba dispar* infections in human immunodeficiency virus-infected patients in the United States. *Clin Infect Dis* 2000;30:955-9.