

Manuel Callejón Fernández¹
Rocío Kohan¹
Ana María López Lirola²
María Lecuona Fernández¹

Absceso hepático amebiano en paciente procedente de Gambia

¹Servicio de Microbiología y Control de la Infección, Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, España
²Servicio de Infecciones. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. España

Article history

Received: 29 September 2022; Revision Requested: 3 November 2022; Revision Received: 9 November 2022;
Accepted: 29 November 2022; Published: 2 February 2023

Estimado Editor:

La amebiasis producida por *Entamoeba histolytica* es una parasitosis que afecta aproximadamente a 40 millones de personas en el mundo, causando 100.000 muertes al año [1]. Este parásito, cuya transmisión es vía fecal-oral, se observa con frecuencia en personas procedentes de zonas endémicas (India, África, México y América Central y del Sur) y viajeros [2]. La mayoría de las personas que se infectan por *E. histolytica* son portadores asintomáticos (90%) [3]. La colitis amebiana generalmente tiene un inicio subagudo, con síntomas que pueden variar desde diarrea leve hasta disentería severa. Algunos pacientes pueden llegar a desarrollar amebiasis extraintestinal invasiva, siendo el absceso hepático amebiano la manifestación extraintestinal más frecuente (2-5%) [4]. Hoy en día, con un tratamiento eficaz, la tasa de mortalidad de los pacientes con enfermedad no complicada es inferior al 1 %. Sin embargo, en el 5-10 % de los casos, puede complicarse con rotura del absceso, aumentando potencialmente la mortalidad. Por este motivo, hemos considerado de interés exponer este caso poco frecuente en nuestro entorno, pero a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial del absceso hepático en este tipo de pacientes.

Varón de 17 años procedente de Gambia sin antecedentes conocidos, que tras su llegada a la isla de Tenerife comenzó con dolor abdominal de predominio epigástrico, acompañado de náuseas y vómitos, que persistió durante días irradiándose hacia hipocondrio derecho y fosa renal derecha, fiebre (39°C) y PCR elevada (223,77mg/l). Se realizó ecografía abdominal, encontrándose hallazgos sugestivos de absceso hepático de 8x8x9 cm.

Al ingreso, el Servicio de Infecciones pautó tratamiento antibiótico intravenoso con ceftriaxona 2g/24 h y metronidazol

750mg/8h. Además del despistaje de enfermedades protocolizado para este tipo de paciente (Serologías VHB, Quantiferón), se solicitó estudio de parásitos en heces (test de concentración Miniparasep®SF (Grifols) y PCR multiplex GI-FilmArray®) y PCR de *E. histolytica* en sangre, obteniendo resultados negativos en todas las determinaciones. Por último, se remitió muestra de suero al laboratorio de referencia para el estudio de anticuerpos de *E. histolytica*.

En la ecografía de control (a los 5 días) se evidenció mejoría radiológica con disminución del tamaño del absceso (5x4,2 cm). Dado el resultado negativo de las pruebas solicitadas y, a falta del resultado del centro de referencia, se decidió realizar punción del absceso y recogida del material purulento para estudio de parásitos y cultivo (Figura 1).

Se realizó tinción tricrómica tipo Wheatley del absceso (Figura 2), observándose estructuras sugestivas pero no concluyentes de *E. histolytica*. A su vez, se realizó Panel GI-FilmArray® a pesar de no estar validado para dicha muestra, resultando positivo para *E. histolytica*. A su vez, se recibió el resultado de la serología del centro externo, siendo positivo para *E. histolytica* (IgG).

Tras 18 días ingresado, el paciente fue dado de alta.

La presentación clínica de absceso hepático generalmente ocurre dentro de las 8 a 20 semanas post-infección, aunque puede ser asintomático durante años [5]. Suele aparecer dolor en hipocondrio superior derecho, fiebre y hepatomegalia. Sólo el 10-35% de los pacientes con absceso hepático presentan síntomas gastrointestinales asociados a disentería amebiana y menos del 20% de los pacientes presentan parásitos en heces. Dado que los síntomas y signos son inespecíficos y el examen de heces puede ser negativo, suelen ser útiles las pruebas de imagen (ecografía) y las pruebas serológicas, teniendo en cuenta que, en pacientes provenientes de áreas endémicas, el valor de estas pruebas es controvertido, ya que cerca del 35% de esta población tiene anticuerpos debido a su alta prevalencia.

Correspondencia:
Manuel Callejón Fernández
Servicio de Microbiología y Control de la Infección. Hospital Universitario de Canarias. Crtra Ofra s/n. 38320. La Cuesta. San Cristobal de La Laguna. España
E-mail: macafer4@gmail.com

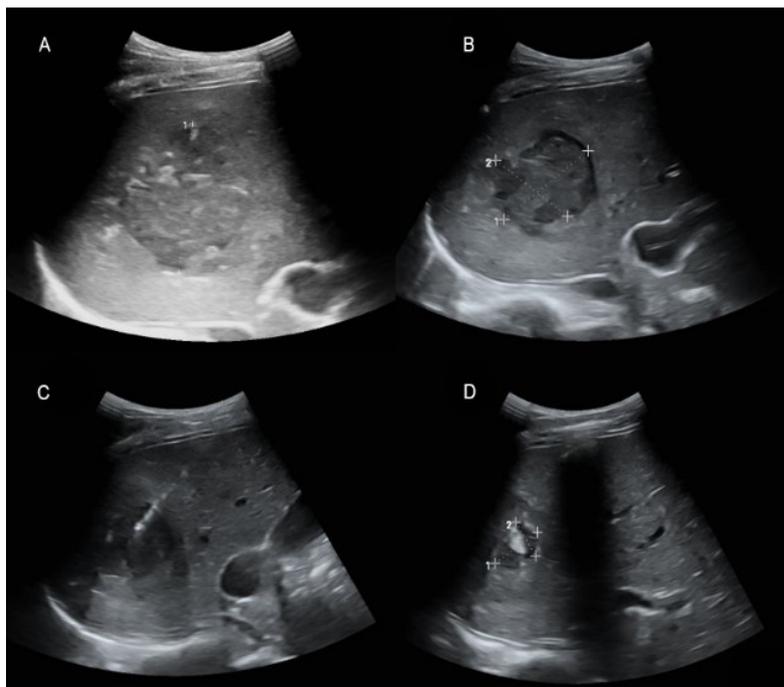


Figura 1 A: Imagen de ecografía con absceso hepático 8 x 8 x 9 cm. B: Disminución del tamaño de absceso. C: Punción diagnóstica. D: Imagen del absceso hepático tras punción

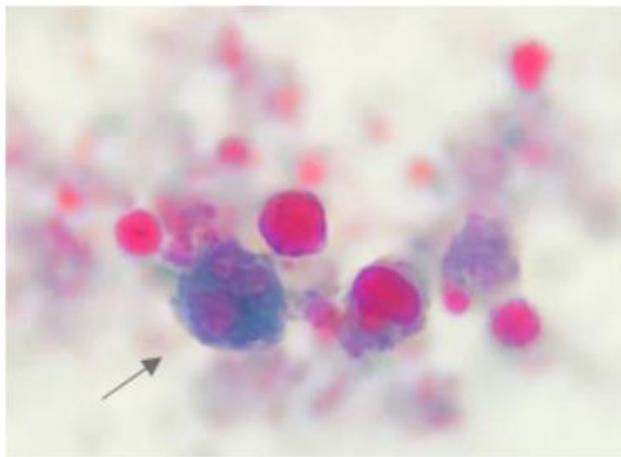


Figura 2 Tinción tetrómica

El diagnóstico confirmatorio incluye la detección de *E. histolytica* del material biopsiado [6], aunque sólo se considera necesario el drenaje quirúrgico en aquellos casos resistentes al tratamiento, contraindicaciones (embarazo), riesgo de rotura del absceso o extensión pleuropulmonar [7]. Nuestro caso pone en evidencia la posibilidad de utilizar técnicas moleculares en muestras no validadas como el drenaje de absceso. El tra-

tamiento de la amebiasis invasiva incluye un amebicida tisular (metronidazol 750 mg/8h oral o intravenoso) y un amebicida intraluminal (paramomicina 500 mg/8h oral) durante 10 días.

Creemos importante incluir esta patología en el diagnóstico diferencial de estos pacientes, dado el incremento de población migrante procedente de zonas endémicas causado por la actual crisis migratoria. En aquellos casos con sospecha de amebiasis extraintestinal, se deben utilizar con celeridad todas las herramientas diagnósticas disponibles, incluyendo técnicas moleculares en muestras para la cual todavía no están validadas.

FINANCIACIÓN

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jackson-Akers JY, Prakash V, Oliver TI. Amebic Liver Abscess. In: StatPearls. Treasure Island (FL); 2022.

2. Anesi JA, Gluckman S. Amebic liver abscess. *Clin Liver Dis.* 2015;6(2):41–3. doi: 10.1002/cld.488.
3. Abello Vaamonde JA, White EG, López AM, Lorenzo Silva JM. Minimally invasive treatment of an amebic empyema secondary to the transdiaphragmatic rupture of a liver abscess: a case report. *J Surg Case Reports.* 2022;2022(7):1–3. doi: 10.1093/jscr/rjac334.
4. Zulfiqar H, Mathew G, Horrall S. Amebiasis. In: *StatPearls.Treasure Island (FL); 2022.*
5. Kaiser RWJ, Allgeier J, Philipp AB, Mayerle J, Rothe C, Wallrauch C, et al. Development of amoebic liver abscess in early pregnancy years after initial amoebic exposure: a case report. *BMC Gastroenterol.* 2020; 14;20(1):424. doi: 10.1186/s12876-020-01567-7.
6. Salles JM, Salles MJ, Moraes LA, Silva MC. Invasive amebiasis: an update on diagnosis and management. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2007; 5(5):893–901. doi: 10.1586/14787210.5.5.893.
7. Choudhuri G, Rangan M. Amebic infection in humans. *Indian J Gastroenterol.* 2012;31(4):153–62. doi: 10.1007/s12664-012-0192-2.
8. Kantor M, Abrantes A, Estevez A, Schiller A, Torrent J, Gascon J, et al. *Entamoeba Histolytica*: Updates in Clinical Manifestation, Pathogenesis, and Vaccine Development. *Can J Gastroenterol Hepatol.* 2018; 2018:4601420. doi: 10.1155/2018/4601420.
9. Tharmaratnam T, Kumanan T, Iskandar MA, D'Urzo K, Gopee-Ramanan P, Loganathan M, et al. *Entamoeba histolytica* and amoebic liver abscess in northern Sri Lanka: a public health problem. *Trop Med Health.* 2020; 48:2. doi: 10.1186/s41182-020-0193-2.