

ASPECTOS SOBRESALIENTES DE LA AMIBIASIS
HEPÁTICA

IV

PRUEBAS FUNCIONALES TERAPEUTICAS*

DR. R. HERNÁNDEZ DE LA POTILLA
DR. A. DE LEÓN

EN OCASIONES, no poco frecuentes, resulta difícil establecer con oportunidad el diagnóstico de absceso hepático amibiano. Muchos de estos casos han sido confundidos, inicialmente, con procesos de etiología infecciosa tales como salmonelosis, brucelosis, paludismo, o bien con padecimientos torácicos o abdominales como neumonía o pleuresía basales o con colecistitis agudas o apendicitis o pancreatitis, así como con cirrosis o carcinoma del hígado. El estudio de las pruebas de funcionamiento hepático interpretado a la luz de los datos clínicos y aunado a otros procedimientos de gabinete, tales como la radiología, y de adquisición relativamente reciente, el hepatogramma,¹⁻² han proporcionado al médico medios de investigación muy útiles para ayudar a establecer el diagnóstico diferencial del absceso hepático amibiano.

En esta parte del tema se presentará la experiencia adquirida en el H.E.N. en relación a la interpretación de las pruebas de funcionamiento del hígado en un suficiente número de enfermos con absceso hepático amibiano.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron 113 enfermos con tal padecimiento, comprobado en 64 por medios quirúrgicos, en 10 casos por autopsia y en 39 casos en los que tanto el

* Trabajo de Sección (Gastroenterología) presentado por sus autores en la sesión del 23 de septiembre de 1964.

cuadro clínico, así como los otros medios de diagnóstico y la prueba al tratamiento médico (en este caso considerado como específico) permitieron asegurar dicha entidad nosológica.

La edad de los enfermos se aprecia en el Cuadro 1, en donde se deduce que el absceso hepático amibiano fue más frecuente en la 4a. década de la vida (se aclara que en el H.E.N. no se atienden niños).

CUADRO 1
EDAD
(Distribución por décadas)

<i>Décadas</i>	<i>No. de casos C. absceso</i>
2ª	2
3ª	20
4ª	40
5ª	19
6ª	19
7ª	11
8ª	2
Total:	113

Este padecimiento apareció con más frecuencia en el sexo masculino que en el femenino en una proporción de 5:1.

En el Cuadro 2 se aprecia el tiempo de evolución clínica del absceso, considerada como tal, desde que el enfermo empezó a tener las primeras manifestaciones sintomáticas hasta el tiempo en que se hizo el diagnóstico y se inició el tratamiento específico.

CUADRO 2
TIEMPO DE EVOLUCION CLINICA

< 2 meses	62 casos
no más de 3 meses	20 „
> 3 meses	31 „

Las pruebas de funcionamiento del hígado que se seleccionaron en este estudio fueron las siguientes: retención de la bromosulfaleína, bilirrubina directa, tiempo de protrombina, albúmina del suero, fosfatasa alcalina y colesterol esterificado. Además, por separado se informa del resultado de la dosificación de las transaminasas glutámico-pirúvica y oxalo-acética en 13 casos, datos que nos fueron generosamente proporcionados por el Dr. J. Jesús Villalobos.³

RESULTADOS

En el Cuadro 3 se concentran los resultados obtenidos:

CUADRO 3

PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO DEL HIGADO EN 113 ENFERMOS CON ABSCESO HEPATICO AMIBIANO

<i>Prueba</i>	Casos \bar{C} resultado normal	Casos \bar{C} resultado anormal	%
Bromosulfaleína	23	< 6% (90)	79.6
Bilirrubina directa	25 (negt)	< 1 mg (13) > 1 mg (75)	11.5 66
Tiempo de protrombina	71	13" 16" (42)	37
Albúminas	55	< 3.5 gr. % (58)	51
Fosfatasa alcalina	34	> 7 U.B. (79)	70
Colest. est.	91	< 60% (22)	10.6

A continuación se comentarán algunos datos interesantes al analizar cada una de estas pruebas:

La retención de la bromosulfaleína fue la prueba que con más frecuencia se alteró; sin embargo, en más de la mitad de los casos, las cifras no rebasaron valores superiores al 15% de retención, y cuando lo hicieron, por regla general se encontraba uno ante los casos con cuadro toxi-infeccioso. Puede decirse que cuando las cifras eran superiores a 30% de retención, se trataba de enfermos graves; por ejemplo, de los 10 pacientes que fallecieron, en 5 de ellos la retención de la bromo fue superior a 30% siendo la cifra máxima de 49%. Estos resultados deben ser tenidos en cuenta para ayudar a establecer el pronóstico.

La bilirrubina directa en cifras superiores a 1 mg. apareció en las 2/3 partes de los enfermos. Sólo en 3 casos se hallaron cifras por encima a 3 mg. %; dos de los pacientes fallecieron por peritonitis como complicación del absceso hepático. En la gran mayoría de los casos no hubo correlación entre la cantidad de bilirrubina directa del suero, con el grado de retención de la bromosulfaleína ni con la elevación de la fosfatasa alcalina.

La hipoalbuminemia se encontró en la mitad de los casos; de éstos, 18 eran desnutridos. Hubo pocos casos con cifras inferiores a 3 gr. %. Entre los 10 enfermos que fallecieron, las albúminas oscilaron entre 3 y 3.3 gr. %. El tiempo

de protrombina junto con el colesterol esterificado fueron las pruebas que menos se alteraron (véase cuadro 3). El tiempo de protrombina se afectó con mayor frecuencia en aquel grupo de enfermos con absceso de menos de tres meses de evolución y también hubo cierta correlación entre el grado de alteración de la prueba con la gravedad del proceso, inclusive, de los 10 enfermos que fallecieron

en 6 las cifras fueron superiores a $\frac{13''}{19''}$.

La fosfatasa alcalina se encontró elevada en el 70% de los casos, pero con mayor frecuencia en el grupo de los abscesos de evolución más crónica; las cifras superiores a 10 U.B. fueron las que se hallaron más a menudo (las 2/3 partes). No guardó relación con la cantidad de bilirrubina directa del suero, inclusive de los 25 casos en los que no hubo bilirrubina directa, en más de la mitad de los mismos la fosfatasa alcalina estuvo elevada en cifras superiores a 10 U.B. Este dato aunado a los hallazgos clínicos y a la experiencia del facultativo ha hecho que dicha prueba sea útil en el diagnóstico del absceso hepático amibiano, lo que ameritó que fuera objeto de una publicación especial.⁴

De los 13 casos estudiados por el Dr. Villalobos, en los que se efectuaron determinaciones de las transaminasas glutámico-pirúvica y oxalo-acética, la primera fue normal en 9 de ellos (cifras inferiores a 60 unidades %) y la segunda en 8. En los enfermos en los que estas enzimas resultaron elevadas (cifras superiores a 200 U %) se encontraron complicaciones por estados toxi-infecciosos, o por peritonitis y en uno de ellos con cirrosis del hígado y con necrosis hepática. De estos resultados, aunque corresponden a un corto número de casos, se puede deducir que las transaminasas GP y OA se alteran poco en los enfermos con absceso hepático amibiano y cuando lo hacen es porque muy probablemente existen complicaciones sobreañadidas que afectan en forma difusa al hígado y, por ende, a la celdilla hepática.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Del análisis tanto individual como en conjunto de las pruebas de funcionamiento del hígado en los enfermos con absceso hepático amibiano, se puede concluir que algunas de ellas, sobre todo la fosfatasa alcalina y en segundo lugar la retención de la bromosulfaleína, aunque no sean específicas pueden ser de ayuda diagnóstica en el absceso hepático *siempre y cuando se sospeche en dicha entidad nosológica*; es decir, que las pruebas se interpreten a la luz de los datos clínicos, principalmente en aquel grupo de enfermos con "fiebre en estudio" en los que, todavía no hay manifestaciones clínicas que expresen sufrimiento hepático.

La retención de la bromosulfaleína elevada en cifras superiores a 30%, así