

EL EXAMEN RADIOLOGICO EN LOS ABSCESOS AMIBIANOS DEL HIGADO

Por el Dr. *Francisco Convers.*

En Colombia la amibiasis es una de las endemias capitales y por esto los abscesos del hígado de este origen son muy frecuentes. Se puede afirmar que estos abscesos no ofrecen ninguna gravedad si se reconocen y tratan oportunamente y es por esto que he querido insistir sobre el servicio que puede prestar el examen roentgenológico para su diagnóstico y tratamiento. El procedimiento ideal para el diagnóstico del absceso del hígado por medio de los raxos X es la "hepatografía", y no habría otro mejor; pero este procedimiento no puede utilizarse mientras no se perfeccione un medio de contraste que no tenga los serios inconvenientes de las soluciones de dióxido de thorium. Por esto hemos tenido que conformarnos hasta ahora con los datos que nos proporciona el examen radiológico sencillo. De esta manera he tenido la oportunidad de estudiar cincuenta casos de abscesos del hígado y esta ha sido la base del presente trabajo. Del examen radiológico podemos sacar dos ventajas: 1 El diagnóstico del absceso del hígado y 2 La contribución de los rayos X en el curso del tratamiento del absceso. En relación con el primer punto debemos hacer primero la distinción entre los abscesos del lóbulo derecho y del lóbulo izquierdo del hígado. La localización en el lóbulo derecho es la más frecuente y todos los casos que he tenido oportunidad de estudiar pertenecen a esta localización. No tengo en mis observaciones ningún caso probado de absceso del lóbulo izquierdo.

En la localización en el lóbulo derecho del hígado el examen radiológico ha confirmado en muchos casos el diagnóstico ya establecido clínicamente y en otros ha descubierto un absceso que no se había sospechado. En casos clínicamente dudosos este examen le ha dado confianza al médico para negar, en vista de la ausencia de signos radiológicos, la existencia de un absceso.

Los signos radiológicos que se encuentran son: El aumento del tamaño de la sombra hepática, el ensanchamiento de la base del hemitórax derecho, la elevación y la inmovilidad de la cúpula del diafragma y la pleuritis seca diafragmática. Estos signos forman un conjunto y no tienen valor hallados aisladamente. Los abscesos amibianos del hígado no contienen gas, de manera que la presencia de este elemento indica que el absceso no es amibiano, o que de serlo se ha contaminado con micro-organismos productores de gas.

El aumento del tamaño del lóbulo derecho del hígado es fácil de apreciar radiológicamente y se pueden tomar medidas de él. En nuestras observaciones la medida vertical menor ha sido de 16 ctms. y la mayor de 23 ctms. La medida oblicua menor ha sido de 19 ctms. y la mayor de 27,5 ctms. El promedio normal de estas medidas es de 11 a 15 ctms., para la vertical, y de 18 a 21 ctms. para la oblicua. Al aumentar de tamaño el lóbulo derecho del hígado desplaza el estómago hacia la izquierda, el duodeno hacia la izquierda y hacia abajo y el ángulo hepático del colon y la parte derecha del colon transversal hacia abajo.

La elevación e inmovilidad del diafragma se instala progresivamente y de la misma manera progresiva va recuperando su movilidad y su situación normal con el progreso del tratamiento. Esta inmovilidad del diafragma puede llegar a ser absoluta; pero en ningún caso he visto movimientos paradójales, como se observan en la eventración diafragmática. Cuando el absceso está cerca de la cara superior del hígado es más precoz la pérdida de la movilidad del diafragma y también en este caso aparecen deformaciones en el contorno de la cúpula diafragmática: un abombamiento circunscrito del diafragma, de forma conveja y más o menos grande, muy semejante a los casos de parálisis parcial del diafragma; pero en estos últimos el resto del diafragma es móvil. Esta deformación establece de por sí la localización del absceso.

El aumento del tamaño de la sombra del hígado y la elevación del diafragma vienen a producir el ensanchamiento de la base del hemitórax derecho. La pleuritis seca diafragmática se traduce radiológicamente por una opacidad sobre el contorno del diafragma y generalmente es localizada y circunscrita a alguna región especial y por esto puede no ser visible sino en proyecciones oblicuas y laterales. Tiene un gran valor no solo desde el punto de vista diagnóstico, lo mismo que su representante en el examen físico, que son los ruidos de frote pleural; sino también desde el punto de vista de la localización del abs-

ceso, pues, este tiene que estar ya muy próximo a la pleura para ocasionar su reacción. La sínfisis pleural que se produce por esta pleuritis aísla la gran cavidad pleural y sirve de intermediario para la abertura del absceso a un bronquio, y gracias a ella la abertura a la gran cavidad pleural es muy rara y en cambio es bastante frecuente la fístula bronquial. Cuando el absceso se ha abierto al pulmón se agrega a la opacidad debida a la pleuritis seca una discreta disminución de la transparencia pulmonar, en la región del pulmón que le queda contigua. El establecimiento de esta fístula bronquial no tiene ninguna gravedad, y más aún, se puede decir que constituye un buen camino para la evacuación del absceso. No sucede lo mismo cuando el absceso se abre a la gran cavidad pleural, debido a la falta de sínfisis entre la pleura visceral de la base del pulmón y la pleura diafragmática. En este caso se encontrarán radiológicamente los signos de un derrame pleural y esta complicación es mucho más grave, y dos casos que he tenido oportunidad de ver han terminado fatalmente. Uno de estos presentaba abscesos múltiples, lo que también es de muy mal pronóstico. Con el objeto de ver el trayecto de la fístula bronquial practiqué en dos casos broncografías; pero el aceite opaco inyectado en los bronquios del lóbulo inferior no pasó al absceso. No insistí en estos exámenes por que no se ve que puedan tener utilidad.

Veamos ahora el segundo punto, o sea, la contribución de los rayos X en el curso del tratamiento del absceso.

En el año de 1943 P. Carnot y R. Cachéra presentaron un trabajo a la Sociedad de Gastro-enterología de París, titulado El diagnóstico y la vigilancia radiológica de los grandes abscesos del hígado por punciones e inyecciones aero-lipiodoladas. En este trabajo hacen referencia a un caso presentado a la Sociedad Médica de los Hospitales de París, en diciembre de 1927 por N. Fiessinger y R. Casterán, sobre la exploración con inyección de lipiodol de un absceso del lóbulo izquierdo, que simulaba una afección pleuro-pulmonar de la base del hemitórax izquierdo. En el trabajo de Carnot y Cachéra se presentan dos casos de absceso del lóbulo derecho del hígado, que ellos exploraron inyectando 10 c.c. de lipiodol pesado y 50 a 60 c.c. de aire en la cavidad del absceso, previamente evacuada por punción. Este procedimiento no tiene ningún papel, en lo que se refiere al diagnóstico mismo del absceso, pues, la punción y la extracción del pus es por sí sola concluyente. Tampoco tiene valor para determinar el tamaño del absceso, porque después de haberlo evacuado tendrá necesariamente dimensiones mucho

menores. Es por la cantidad del pus que se extrae como se puede hacer una evaluación más justa del tamaño del absceso, naturalmente que la aspiración puede no haber extraído todo el líquido existente y la apreciación de este residuo si se puede hacer muy bien con el examen radiológico, como veremos luego. La topografía del absceso se puede determinar muy bien con la inyección aero-lipiodolada, aun cuando no deja de ser molesto y dispendioso, por tener que hacer radiografías variando la posición del paciente para hacer que el lipiodol y el aire vayan mostrando todo el contorno de la cavidad. En 1935 el Dr. Roberto Franco se interesó en Bogotá en este procedimiento de examen con las inyecciones aero-lipiodoladas e introdujo esta técnica en su servicio de enfermedades tropicales del Hospital de San Juan de Dios. La permanencia del lipiodol por un tiempo largo en el sitio inyectado es una objeción muy seria para su uso y por algunas observaciones es de presumir que retarda la absorción del pus y el cierre del absceso. Se puede conseguir una representación mucho mejor de la bolsa con una sustancia opaca, no aceitosa, que llene completamente la cavidad, que se mezcle con el pus residual y con este fin he inyectado Neo-Iopax. Las imágenes así obtenidas son excelentes, pues, la sustancia opaca llena toda la cavidad, da un contraste muy bueno y el estudio topográfico del absceso se puede hacer muy bien y con mayor ventaja que con el uso del aceite yodado. Los casos inyectados con esta sustancia fueron observados cuidadosamente, para ver si podía tener algún efecto terapéutico; pero no se observó ninguno bien manifiesto, pero tampoco fue nocivo. Esta sustancia opaca se absorbe pronto; veinticuatro horas después de inyectada todavía es visible en el absceso, pero su cantidad es ya pequeña y por lo tanto el contraste muy ligero; y cuarenta y ocho horas después de inyectada prácticamente su absorción está terminada. En el caso de haber notado un efecto terapéutico manifiesto esto hubiera justificado la continuación de su empleo. La única ventaja con este medio de contraste es el estudio de la topografía del absceso, su absorción más rápida que la del pus residual la hace inservible para vigilar la evolución del absceso. En cambio el aire, inyectado junto con una de las sustancias opacas nombradas o solo, se absorbe lentamente, y se puede decir, de manera simultánea con el pus residual. El aire como medio de contraste es inferior al Neo-Iopax; pero en la práctica y haciendo un examen cuidadoso es suficiente para el estudio de la topografía del absceso y también permite estimar la cantidad de pus residual. El examen fluoroscópico, haciéndolo

le tomar al paciente diferentes posiciones es muy ilustrativo. Con el paciente en posición horizontal el aire da una idea bastante precisa del contorno del absceso y con el paciente en posición vertical se verá el aire por encima del nivel del pus residual y fácilmente se puede estimar la cantidad. Ahora, el punto más importante es la lenta absorción del aire, lo cual permite seguir el proceso de absorción del pus y si la cantidad es todavía muy grande o la absorción demasiado lenta será el caso de evacuarlo por medio de una nueva punción. De todos es bien conocida la dificultad que existe para las punciones de los abscesos del hígado, y esto para la primera punción. Esta dificultad es todavía muchísimo mayor cuando se trata de practicar nuevas punciones, cuando ya el absceso ha sido evacuado de la mayor parte de su contenido y por lo tanto su tamaño está muy reducido. De manera que, los rayos X no solo dan la indicación de una nueva punción para aspirar el pus residual, sino que al mismo tiempo fijan la topografía del absceso, se determina radiológicamente el sitio donde se debe hacer la punción, la dirección que se debe seguir y a qué profundidad es necesario llegar.

Por lo anterior se ve que el aire es el medio de contraste que tiene más ventajas: Permite un buen estudio de la topografía del absceso, hace fácil la estimación del pus residual y permite estudiar su absorción y si esta no es satisfactoria dará la indicación para aspirarlo por medio de nuevas punciones. Obs. N° 1. — H. C. - Edad 32 años.

Los síntomas comenzaron en el curso de una disentería, dos meses antes del examen radiológico.

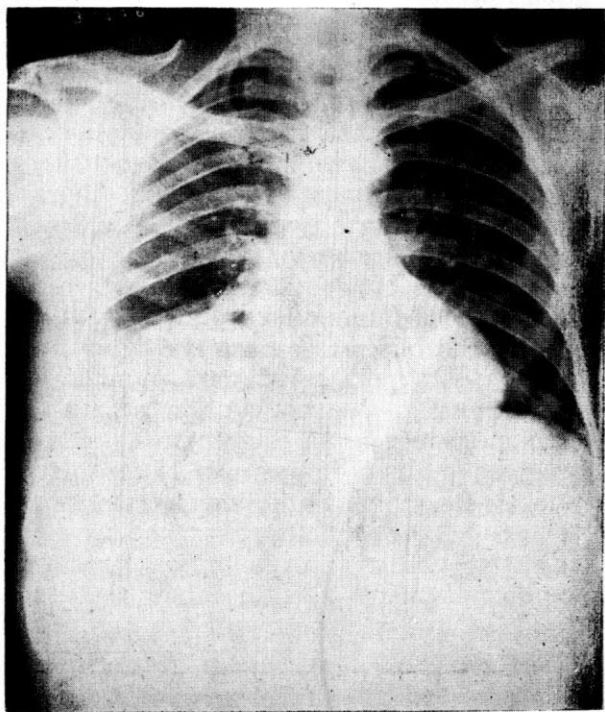
Síntomas y signos físicos: Hepatomegalia dolorosa y fiebre. El sitio de mayor dolor está sobre la región hepática y en la línea axilar posterior. El hígado es doloroso a la presión. Abombamiento de la base del hemitórax derecho y disminución de su movilidad.

En el examen radiológico se encuentra el lóbulo derecho del hígado aumentado de tamaño, el diafragma derecho elevado y completamente inmóvil y existen signos de una pleuritis seca diafragmática, localizada en la parte externa y posterior del seno costo-diafragmático derecho.

En las materias fecales se encontraron formas vegetativas de ameba histolítica.

Tratamiento: Se evacuó el absceso por punción y se administró emetina.

Resultado: Curación.



Obs. No. 1

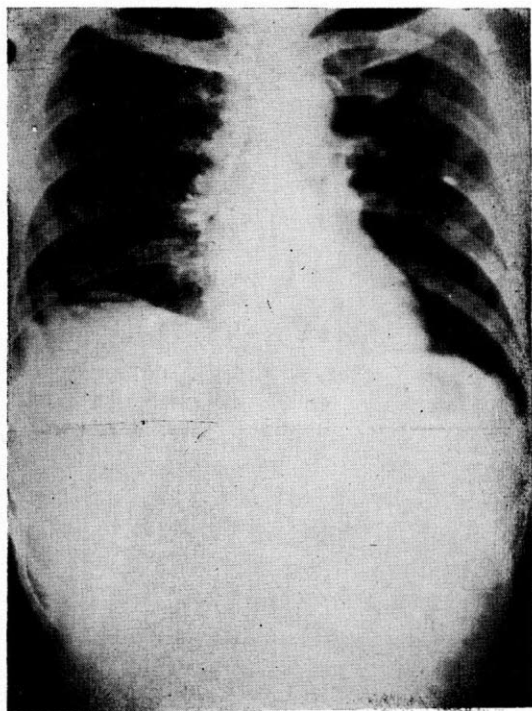


Obs. No. 1

Obs. N^o 2. — F. S.

Duración de los síntomas en el momento del examen radiológico: Un mes. No tiene antecedentes disentéricos.

Síntomas: Hepatomegalia dolorosa y fiebre. El dolor aumenta con los movimientos y con la presión y tiene irradiacio-



Obs. No. 2

nes al hombro derecho, a la región clavicular y hacia la columna vertebral.

El examen radiológico muestra elevación e inmovilidad del diafragma derecho, el lóbulo derecho del hígado está aumentado de tamaño y existe una pleuritis seca diafragmática del lado derecho.

Tratamiento: Emetina.

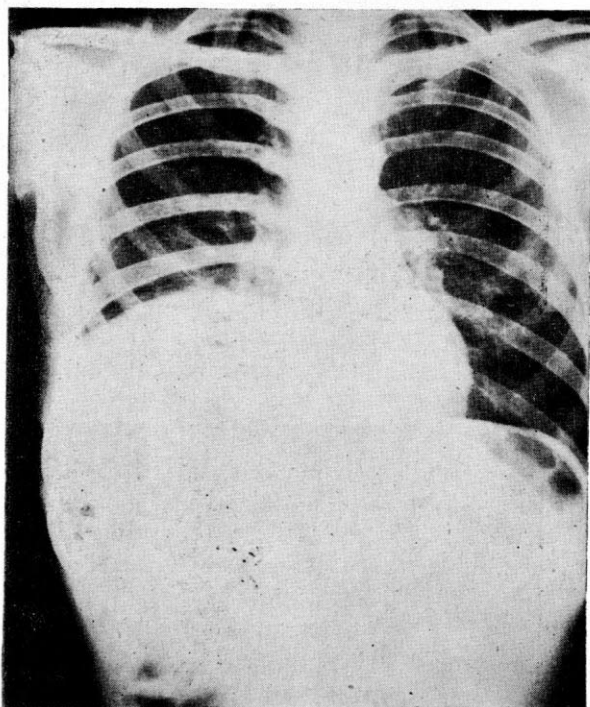
Resultado: Curación.

Obs. N^o 3 — E. R.

Duración de los síntomas en el momento del examen radiológico: Un mes.

Síntomas y signos físicos: Disentería. Hepatomegalia dolorosa. Macicez en la base del hemitórax derecho y silencio respiratorio.

En el examen radiológico se ve bastante aumentado de tamaño el lóbulo derecho del hígado. El diafragma derecho está elevado e inmóvil y existe una pleuritis seca sobre la cúpula diafragmática de este mismo lado.



Obs. No. 3

Tratamiento: Evacuación del absceso por punción.
Emetina.

Duración del tratamiento: 39 días.

Resultado: Curación.

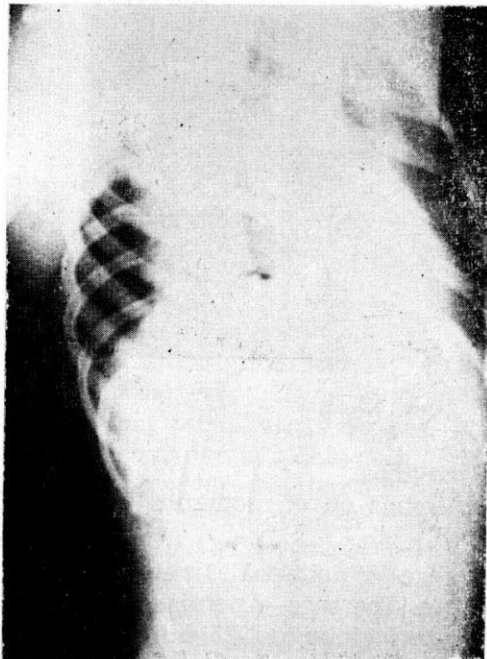
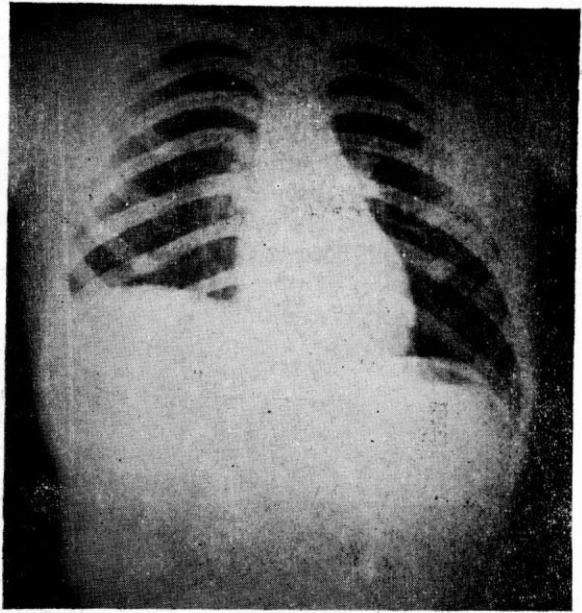
Obs. N^o 4. — O. Q. - Edad: 21 años.

Duración de los síntomas en el momento del examen radiológico: 22 días..

Tiene antecedentes de disentería amibiana.

Síntomas: Hepatomegalia dolorosa y fiebre. Hematíes: 4.000.000. Hemoglobina: 8%. Leucocitos: 8.000 No se encontró endamoeba histolítica en las materias fecales.

Obs. No. 4



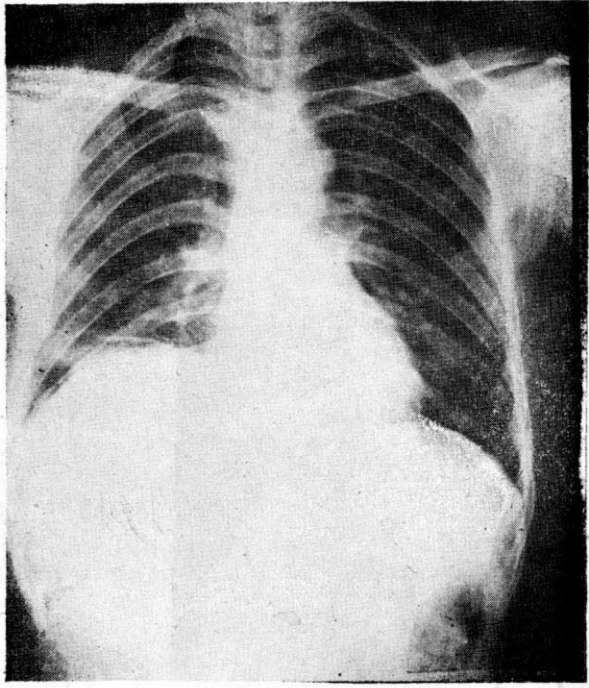
Obs. No. 4

En el examen radiológico aparece el diafragma derecho elevado e inmóvil sobre la parte posterior de la cúpula existe una discreta pleuritis seca diafragmática. La base del hemitórax derecho está ensanchada y el lóbulo derecho del hígado está aumentado de tamaño.

Tratamiento: Se evacuó el absceso por punción. Emetina. dosis total: 0,80. Duración del tratamiento: 19 días. En los cultivos hechos con el pus hepático no prendió ningún germen.

Resultado: Curación.

Obs. N° 5. — E. Ch. - Edad: 28 años.



Obs. No. 5

Disentería hace cinco años.

Duración de los síntomas en el momento del examen radiológico: Tres meses.

Síntomas: Hepatomegalia dolorosa. Irradiación del dolor al hombro derecho. Fiebre. Tos seca. Anemia. Leucocitosis con polinucleosis. Sedimentación globular: 83 mm. a la hora.

El examen radiológico muestra el diafragma derecho bastante elevado e inmóvil. Sobre la cúpula diafragmática se ve la

opacidad producida por una pleuritis seca. El lóbulo derecho del hígado está muy aumentado de tamaño.

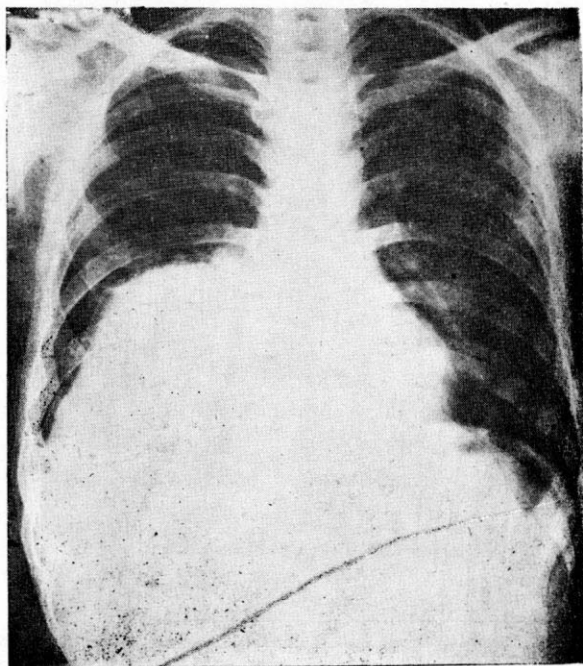
Tratamiento: Emetina.

Resultado: Curación.

Obs. N^o 6. — L. C. - Edad: 37 años.

Hace dos años tuvo disentería.

Duración de los síntomas en el momento del examen radiológico: Tres meses.



Ots. No. 6

Síntomas y signos físicos: Hepatomegalia dolorosa, con irradiación del dolor hacia el hombro derecho. Fiebre. Tos y expectoración purulenta y se han presentado tres vómitos de pus hepático. Anemia: Hematíes: 1.240.000. Hemoglobina: 30% Leucocitos: 10.800. Neutrofilia. Sedimentación globular: 138 mm. a la hora. Se evacuó por punción un derrame sero-fibrinoso de la gran cavidad pleural derecha.

En el examen radiológico se encuentra el diafragma derecho muy elevado e inmóvil, además está deformado y su contorno es irregular debido a una pleuritis seca.

Tratamiento: Punción y evacuación del pus. Emetina.

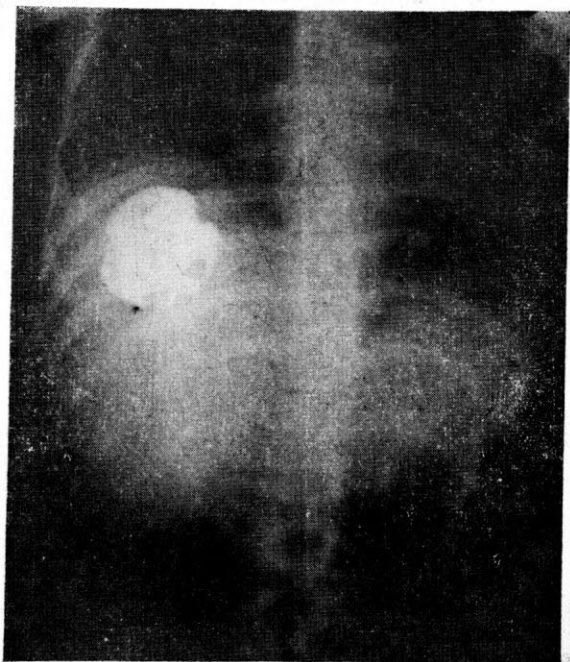
Resultado: Curación.

Obs. N° 7. — T. T. - Edad: 17½ años.

Duración de los síntomas en el momento del examen radiológico: 40 días.

Tiene antecedentes disentéricos.

Síntomas y signos físicos: Dolor en el hipocondrio derecho, con irradiación al hombro. Fiebre remitente. Hepatomegalia. Silencio respiratorio en la base del hemitórax derecho.



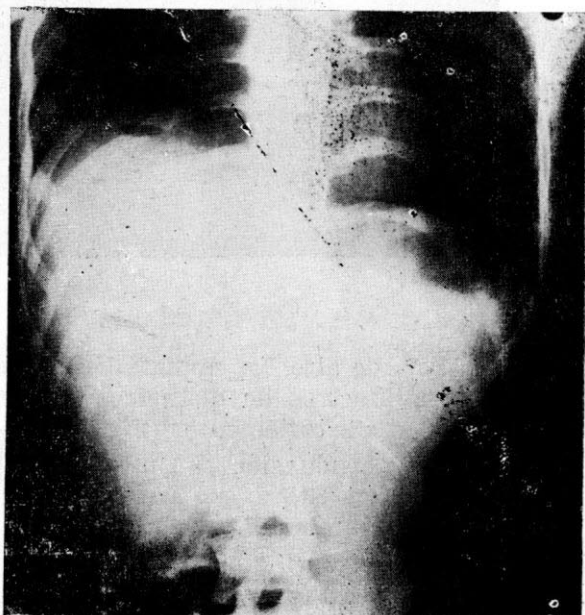
Obs. No. 7

Anemia: Hematíes 3.200.000. Hemoglobina: 60%. Leuccitos: 13.200. Neutrofilia. Sedimentación globular: 62 mm. a la hora.

Examen radiológico: El hígado está aumentado de tamaño en su lóbulo derecho y el diafragma del mismo lado está elevado e inmóvil. Por punción se extrajeron 150 c.c. de pus y se inyectaron 20 c.c. de Neo-Iopax. En las radiografías tomadas después, se ve que el absceso ocupa la parte superior, externa y posterior del lóbulo derecho del hígado y queda muy cerca del diafragma en su parte posterior. El absceso tiene una forma esférica, de unos diez centímetros de diámetro y las paredes son irregulares. El trayecto seguido por la aguja contiene también medio de contraste. Veinticuatro horas después



Obs. No. 7

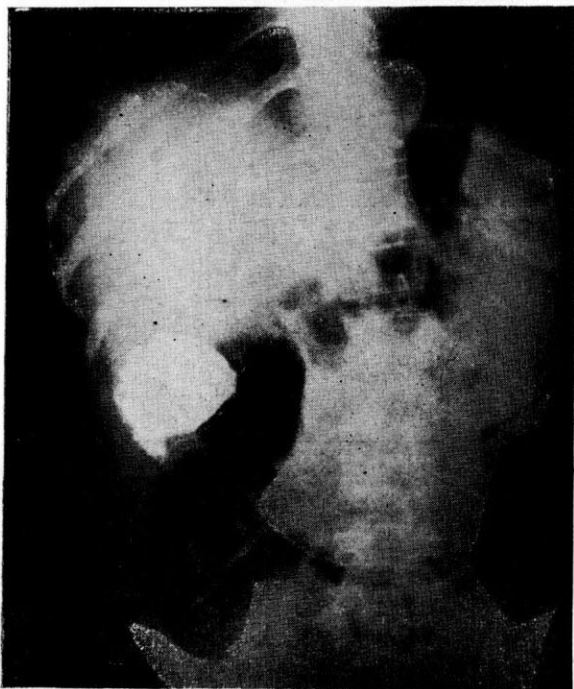


Obs. No. 7
(Fig. A)

todavía queda un poco del medio opaco en el absceso, pero su contraste es ya muy malo. Cuarenta y ocho horas después de inyectado el medio opaco su absorción estaba terminada.

No se notó acción terapéutica de esta inyección.

Veinticinco días después del primer examen se encuentra la cúpula diafragmática todavía elevada y ha recuperado parcialmente su movilidad. En el sitio ocupado antes por el absceso se ve una pequeña cantidad de líquido y encima de él



Obs. No. 8

una pequeña bola de aire. La cavidad del absceso tiene actualmente quince milímetros de diámetro. La absorción del pus ha continuado satisfactoriamente. (Fig. A).

Tratamiento: Evacuación del pus por punción. Emetina, dosis total: 0,48 gm. Stovarsol. Enterovioformo.

Duración del tratamiento: 55 días.

Resultado: Curación:

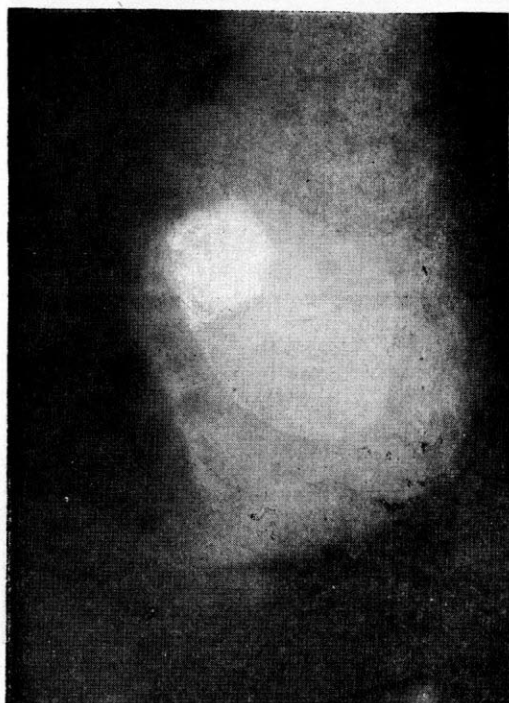
Obs. N° 8 — E. A. - Edad: 18 años.

Tiene antecedentes de disentería.

Duración de los síntomas en el momento del examen radiológico: Tres meses.

Síntomas y signos físicos: Tumefacción en el hipocondrio derecho, que hace cuerpo con el hígado y que es muy dolorosa. Leucocitosis: 14.400 glóbulos blancos. Neutrófilos: 75%. No se encontró endamoeba histolítica en las materias fecales.

En el examen radiológico se ve el diafragma derecho en



Obs. No. 8

su sitio habitual; pero se nota una disminución de su movilidad. El lóbulo derecho del hígado está bastante aumentado de tamaño.

Por punción se extrajeron 210 c.c. de pus y en seguida se inyectó Neo-Iopax. El examen radiológico practicado inmediatamente después muestra la cavidad del absceso llena por el medio de contraste. El absceso está situado en la parte inferior, anterior y externa del lóbulo derecho del hígado y muy cerca de su cara inferior. La forma es más o menos esférica, las paredes son irregulares y mide unos seis centímetros de diámetro.

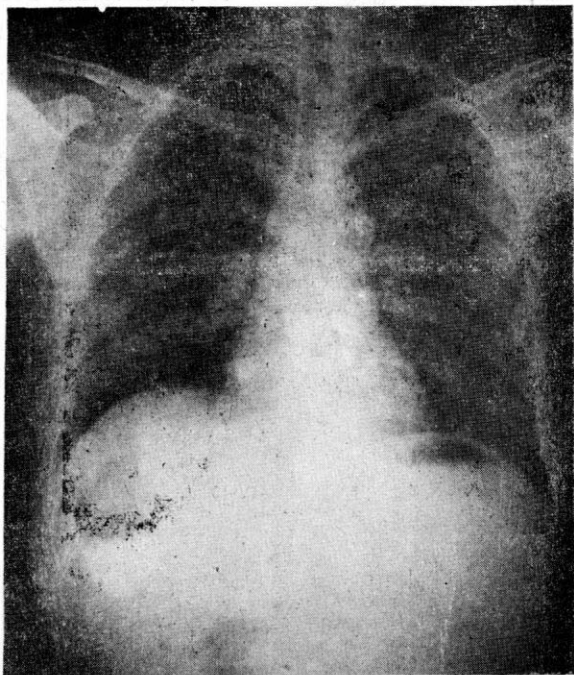
Tratamiento: Evacuación del pus por punción. Emetina.

Resultado: Curación.

Obs. N° 9 — R. R. - Edad: 25 años.

Hace cinco meses tuvo disentería.

Síntomas y signos físicos: Hepatomegalia dolorosa. Tume-

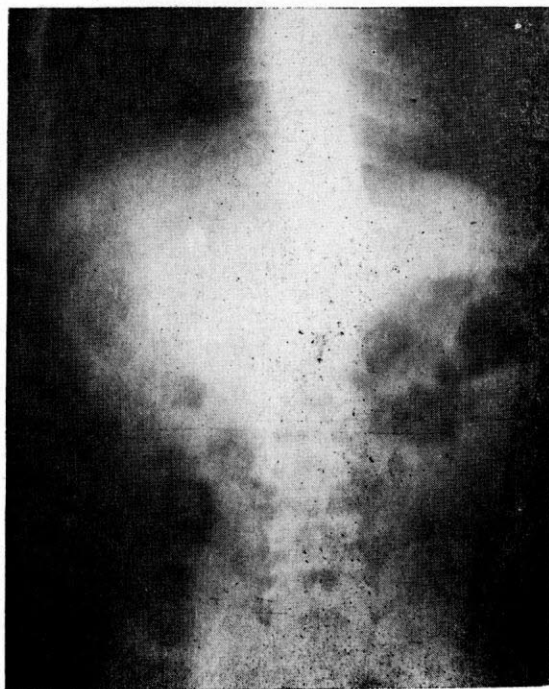


Obs. No. 9

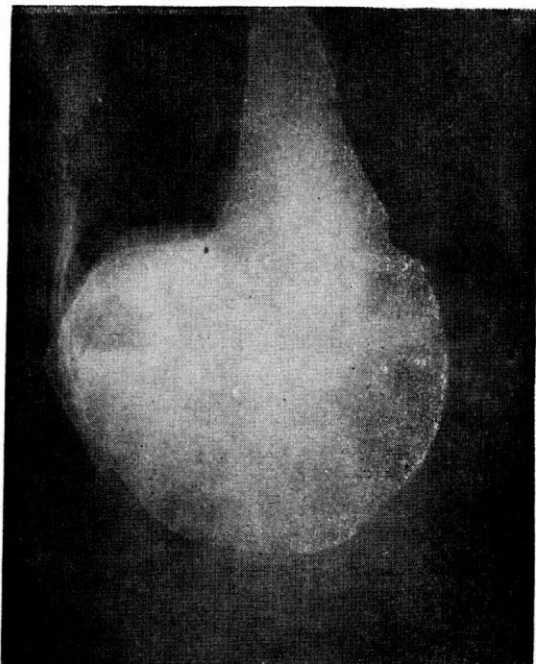
facción en el hipocondrio derecho, con ensanchamiento de la base del hemitórax. Se le hicieron tres punciones y se extrajeron 500 c.c. de pus en la primera, 360 c.c. en la segunda y 190 c.c. en la tercera. Después de evacuar el pus por tercera vez se inyectaron 20 cc. de Neo-Iopax.

En el examen radiológico se ve el diafragma derecho elevado y completamente inmóvil. El lóbulo derecho del hígado está aumentado de tamaño. El absceso se ve inyectado con el medio opaco y con aire, está situado en la parte anterior, superior y externa del lóbulo derecho del hígado, tiene una forma ovalar y su diámetro vertical mide 8 ctms. y el transversal 6 ctms. El octavo espacio intercostal, en la línea axilar anterior, es el sitio más próximo al absceso.

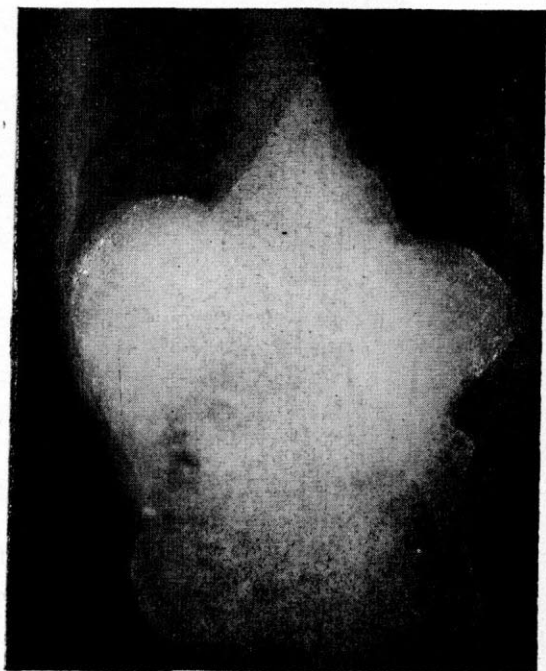
Obs. No. 9



Obs. No. 9

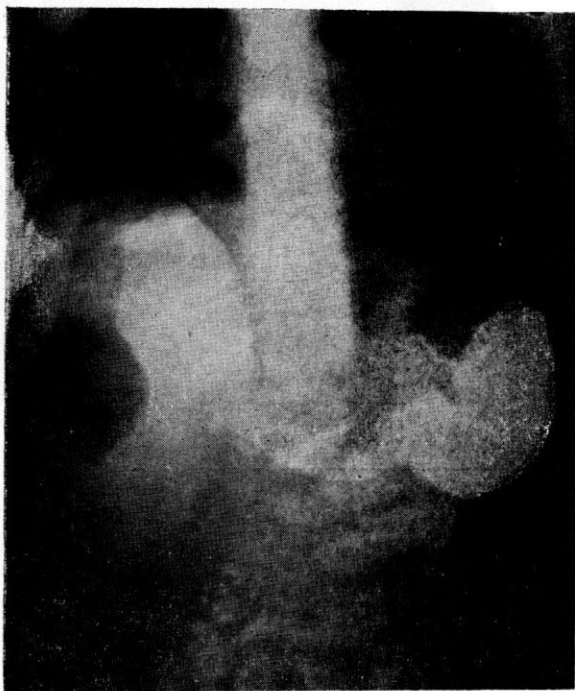


Obs. No. 9
(Figura A)



Obs. No. 9
(Figura B)

Siete días después se ve la cavidad del absceso llena de líquido en su mitad inferior y de aire en la superior. No se encuentran huellas del medio opaco. Al comparar la imagen actual con la de las radiografías anteriores se ve que el absceso ha disminuído de tamaño y tanto el líquido como el aire han sufrido una reabsorción parcial. El diafragma se encuentra todavía elevado e inmóvil. (Fig. A).



Obs. No. 10

Catorce días después del primer examen se encuentran todavía en la cavidad del absceso unas pequeñas cantidades de aire y de líquido y se puede ver que la absorción ha continuado satisfactoriamente. (Fig. B).

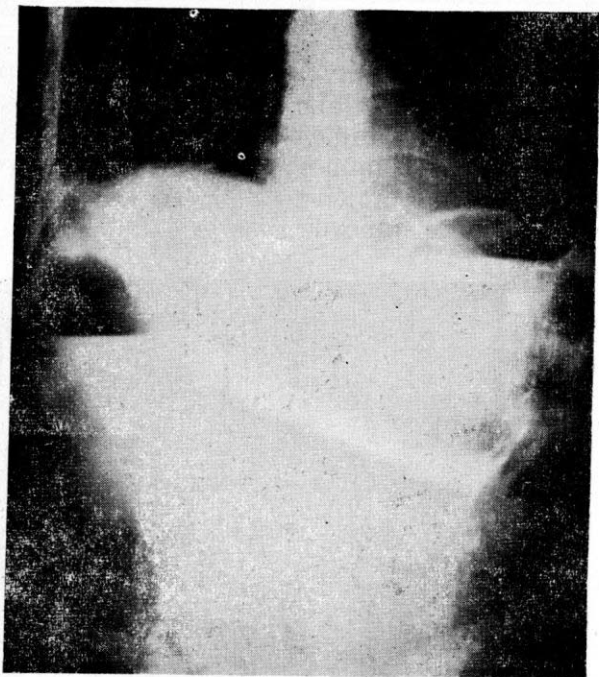
Tratamiento: Tres punciones evacuadoras. Emetina.
Resultado: Curación.

Obs. N^o 10. — A. R. - Edad: 46 años.

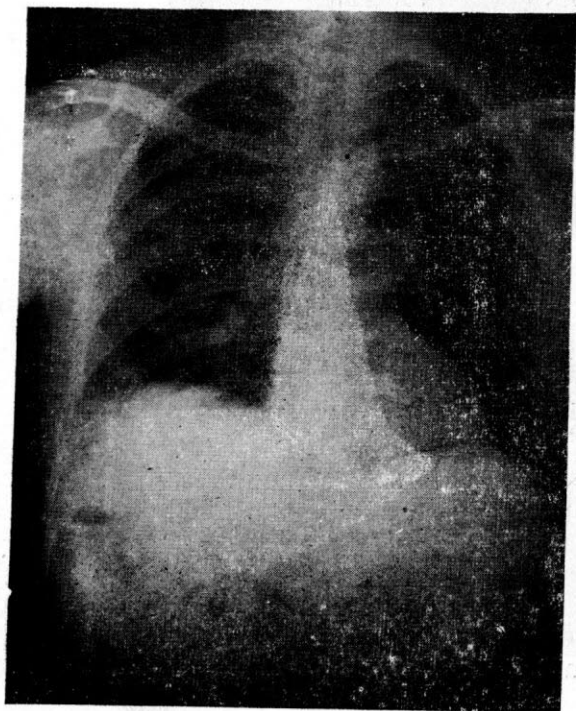
Duración de los síntomas en el momento del examen radiológico: Dos meses.

Síntomas: Dolor en el hipocondrio derecho con irradiación al hombro. Fiebre remitente. Como signos físicos se encuentran

Obs. No. 10



Obs. No. 10
(Figura A)



dolor a la presión sobre el hipocondrio derecho, submacidez en la base del hemitórax y disminución del murmullo vesicular. Anemia; Hematíes: 3.700.000. Hemoglobina 80%. Leucocitos: 16.000. Neutrofilia.

No se encontró endamoeba histolítica en las materias fecales. En el examen radiológico se encuentran signos de pleuritis seca sobre la cúpula diafragmática derecha. El tamaño de la sombra hepática está aumentado. El diafragma derecho está elevado e inmóvil. En la parte posterior y superior del lóbulo derecho del hígado se encuentra un absceso; es una cavidad de unos ocho centímetros de diámetro y que está llena de líquido en su mitad inferior y de gas en la superior. El sitio más próximo al absceso está en la parte externa del undécimo espacio intercostal y sobre la cara dorsal del tórax. Debe estudiarse bacteriológicamente el pus de este absceso porque la presencia de gas indica que no es un absceso amibiano puro y debe existir allí algún micro-organismo productor de gas.

Dieciséis días después el examen radiológico muestra una considerable disminución del tamaño del absceso, pues solo llega a tener cuatro centímetros de diámetro. La absorción del gas y del pus progresa rápidamente.

Nueve días después se ve el diafragma derecho todavía elevado y su movilidad disminuída. La opacidad producida por la pleuritis seca ha disminuido. El absceso tiene actualmente tres centímetros de diámetro y todavía encierra una pequeña cantidad de líquido y de gas. (Fig. A).

Tratamiento; Emetina. Duración del tratamiento: 32 días. Resultado: Curación.

Obs. N^o 11 — B. A. - Edad: 35 años.

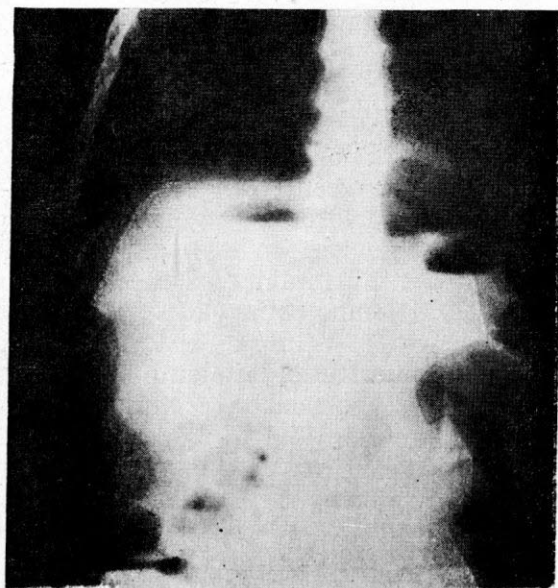
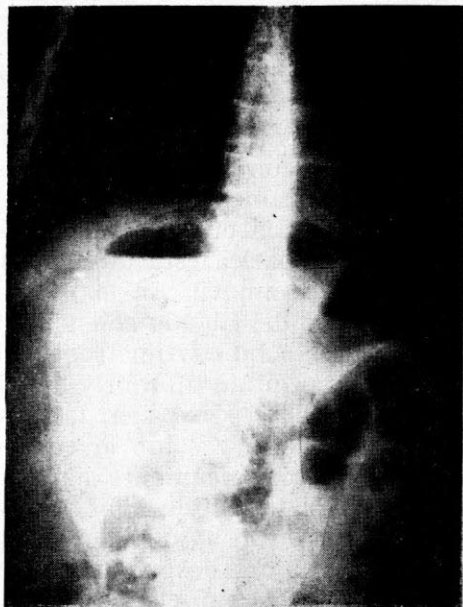
Un mes antes del examen radiológico se iniciaron los síntomas, estando en evolución una disentería.

Síntomas: Hepatomegalia dolorosa, con irradiación del dolor al hombro derecho. Submacidez en la base del hemitórax derecho y disminución del murmullo vesicular. Fiebre. Anemia: Hematíes 2.280.000. Hemoglobina 80%. Leucocitos: 8.200. Neutrofilia.

El examen radiológico muestra el aumento del tamaño del lóbulo derecho del hígado y elevación e inmovilidad del diafragma derecho.

Por punción se extrajeron 150 c.c. de pus y se inyectaron 40 c.c. de aire. En el examen radiológico practicado inmediatamente después se encuentra en la parte superior e interna del lóbulo derecho del hígado la imagen del absceso, que contiene aire y pus residual. La cavidad es de forma redondeada y tie-

Obs. No. 11



Obs. No. 11

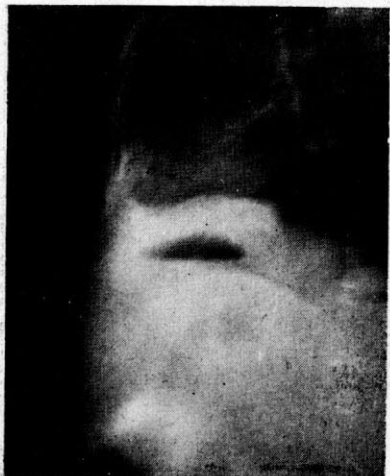


Obs. No. 11

Obs. No. 11



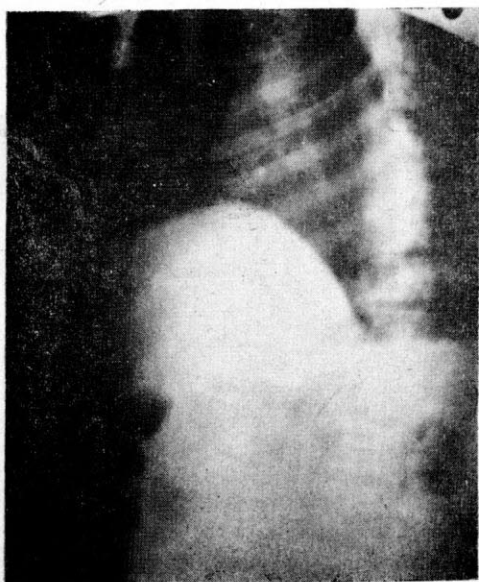
Obs. No. 11



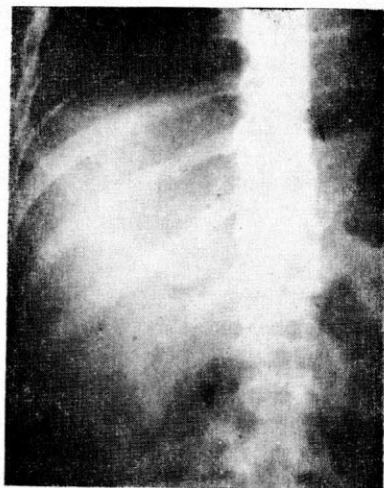
Obs. No. 11



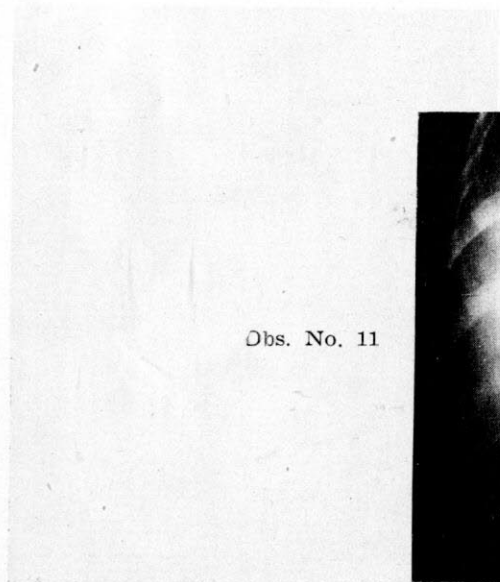
Obs. No. 11



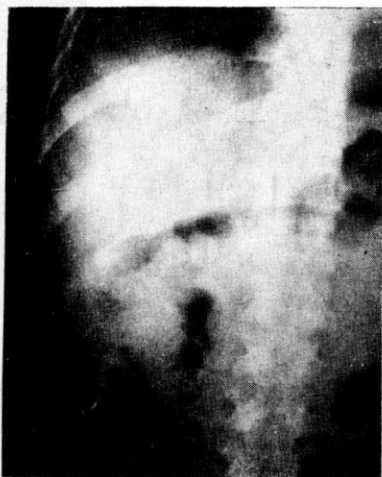
Obs. No. 11



Obs. No. 11



Obs. No. 11



ne aproximadamente nueve centímetros de diámetro. Entre la parte superior del absceso y el diafragma quedan unos dos centímetros de espesor de tejido hepático. Hay todavía en el absceso bastante pus.

Once días después se ve que la cúpula diafragmática ha recuperado su movilidad, pero la amplitud de los movimientos todavía no es normal. La absorción del aire y del pus continúa y la cavidad del absceso ha disminuído de tamaño.

Diecisiete días después los síntomas habían desaparecido. La movilidad del diafragma está restablecida y el tamaño de la sombra del hígado ha regresado a lo normal. En el absceso todavía se encuentra una muy pequeña cantidad de líquido y de aire y se ve que esta cavidad no pasa de tres centímetros de diámetro.

Tratamiento: Evacuación del pus por punción. Emetina, dosis total: 0,80 grms. Duración del tratamiento: 30 días.

Resultado: Curación.