



## I-008 - PRIMER CASO DE ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO AUTÓCTONO COMO DEBUT DE INFECCIÓN CRÓNICA POR VIH EN EL ÁREA 6 DE LA CAM

M. Vivas Sanz, A. Callejas Díaz, G. Vázquez Contreras, S. de la Fuente Moral, A. Ángel-Moreno Maroto, A. Díaz de Santiago

Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda (Madrid).

### Resumen

**Objetivos:** En los últimos años se ha detectado en España un aumento en la incidencia de amebiasis en personas sin historia de viajes a zonas endémicas. Además, estudios recientes realizados en áreas endémicas demuestran que la prevalencia de amebiasis invasiva es mayor en pacientes VIH, sobre todo en varones homosexuales.

**Material y métodos:** A raíz de este caso, revisamos de forma retrospectiva todos los abscesos hepáticos amebianos diagnosticados desde septiembre de 2008 hasta mayo de 2016.

**Resultados:** Descripción del caso: varón de 39 años que consulta por fiebre alta y dolor en costado derecho. No tiene antecedentes de interés. Trabaja como ingeniero. No había realizado viajes al extranjero. Es homosexual, con pareja estable desde hace 13 años. A su llegada presentaba fiebre, taquicardia y mínima hepatomegalia dolorosa. En la analítica destacaba Bt 1,2 mg/dl, ALT 79 U/L, AST 77 U/L, GGT 186 U/L, FA 245 U/L. PCR > 250 mg/L. Leucocitos 21.720/?l (86,2% neutrófilos, 5% linfocitos, 2,6% inmaduros). TP 16,70 sg, AP 60%, INR 1,42. Se realiza una ecografía abdominal urgente que evidencia hepatomegalia leve a expensas de un absceso hepático de 8 cm en lóbulo hepático derecho, y esplenomegalia. Ante la sospecha inicial de absceso piógeno se inicia tratamiento antibiótico empírico y se realiza drenaje del absceso. El cuarto día comienza con insuficiencia respiratoria, aparece un derrame pleural derecho de aspecto loculado. Se realiza drenaje del mismo y se demuestra la existencia de una fístula entre ambas colecciones. Se obtienen hemocultivos negativos, cultivo del absceso y del derrame pleural negativos, estudio de heces negativo. Posteriormente se recibe serología positiva para VIH 1, confirmada mediante Western-blot. Al diagnóstico, presenta infección crónica de presentación tardía (CD4 absolutos 167/?L, 26%, cociente CD4/CD8 0,45) con carga viral (CV) de 69.000 copias/ml y HLAB5701 negativo. Se inicia profilaxis de infecciones oportunistas. Posteriormente recibimos serología positiva para *Entamoeba histolytica* y poco después PCR positiva para *Entamoeba histolytica* en muestra de drenaje de absceso hepático y de líquido pleural. Se realiza tratamiento con metronidazol 750 mg cada 8 horas durante 21 días. Posteriormente paromomicina 500 mg cada 8 horas durante 7 días. Tras resolución del cuadro agudo se inicia terapia antirretroviral (TAR). Finalmente se retira el catéter de drenaje a los 40 días de su colocación. Al mes del inicio del TAR la CV VIH es indetectable y los CD4 se han duplicado. Revisión de abscesos hepáticos: En total se han diagnosticado 133 abscesos hepáticos; sólo 5 han sido amebianos. Los 5 pacientes eran hombres. 1 de estos 5 pacientes (caso descrito) presentaba además infección por VIH, y era el único sin antecedentes de viajes o procedencia de país endémico. La edad media al diagnóstico era de 33 años, con una desviación estándar (DE) de 9. El tamaño medio del absceso era de 7,8 cm (DE 6,4). Se drenaron 3 de estos 5 abscesos (60%), y el drenaje se mantuvo 76 días de media, siendo el mínimo 19 días y el máximo 168 (DE 81). Se requirió una media de 9 meses

hasta la resolución radiológica completa (DE 8,5).

*Discusión:* El aumento de casos de amebiasis en países no endémicos puede estar favorecido por fenómenos como los movimientos migratorios y el comercio global. El VIH es un factor de riesgo para presentar amebiasis invasiva. Se han registrado muy pocos casos en los que un absceso hepático amebiano sea la primera manifestación de una enfermedad crónica por VIH.

*Conclusiones:* La amebiasis debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de los abscesos hepáticos en nuestro medio, aún en ausencia de datos epidemiológicos. La infección por VIH se ha convertido en un importante factor de riesgo para amebiasis invasiva, incluyendo absceso hepático, por lo que se debería descartar VIH en estos pacientes de forma rutinaria.