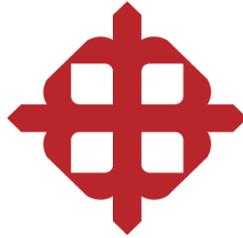


UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL



**COMPARACION DEL  
METODO QUIRURGICO  
VS. EL  
FARMACOLOGICO EN EL  
TRATAMIENTO DE  
ABSCESO HEPATICO  
AMEBIANO**

---

**HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO  
2008-2012**

**DRYDEN ARROYO PLAZA**

**22/04/2014**

**INDICE:**

**PORTADA** .....pag1.

**INDICE**.....pag2.

**ABSTRACT**.....pag.3-4

**INTRODUCCION**.....pag5

**METODOLOGIA**.....pag.6-7

**RESULTADOS** .....pag.8-9

**TABLAS Y GRAFICOS**.....pag.10-11-12-13

**DISCUSION**.....pag. 13-14-15

**BIBLIOGRAFIA**.....pag. 16-17-18

# **COMPARACION DE SERIE DE CASOS ENTRE EL METODO FARMACOLOGICO VS. EL QUIRURGICO (PUNCION-ASPIRACION) EN EL TRATAMIENTO DEL ABCESO HEPATICO AMEBIANO EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO 2008-2012.**

## **ABSTRACT:**

“En los textos de cirugía se encuentran afirmaciones sobre el manejo clásico de los abscesos hepáticos, que minimizan su importancia y aseguran que hasta 90 % se resuelve con antimibianos y manejo conservador. Generalmente el drenaje percutáneo se considera cuando existen complicaciones del absceso o cuando el paciente no ha respondido varios días después del tratamiento”.(1) La mayoría de la bibliografía proviene de países donde la amibiasis no representa un problema de salud como en nuestro medio. Se analizo a los pacientes que cumpliesen con los siguientes criterios de inclusión: edad entre 30-60 años, diagnostico realizado ecográficamente de AHA y pacientes con absceso amebiano mayor a 40ml de tamaño del centro de cirugía y medicina interna. Los pacientes del grupo de exclusión fueron: los pacientes mayores a 60 años, abscesos hepáticos mixtos o piógenos, pacientes con enfermedades concomitantes a nivel hepático y pacientes con enfermedades inmunodepresoras. Se revisaron la historia clínica del (1500) pacientes a través del cie-10 para absceso hepático (A06.4), de los cuales (800) correspondían únicamente a absceso hepático amebiano; los cuales cumplieron los criterios de inclusión (300). Del grupo de inclusión de (300) pacientes (183) fueron tratados con el procedimiento quirúrgico de punción aspiración, y los siguientes (117) pacientes recibieron únicamente el tratamiento farmacológico.

## **ABSTRACT:**

“In the texts of surgery include statements about the classic management of liver abscesses, minimizing its importance and ensure that up to 90 % and resolved with conservative management antiamebic. Generally considered percutaneous drainage of the abscess when there are complications or if the patient has not responded several days after treatment.” (1) Most of the literature comes from countries where amebiasis is not a health problem like in our country. patients who fulfilled the following inclusion criteria were analyzed: Aged 30-60 years, performed ultrasound diagnosis of AHA and patients with amebic abscess size 40ml or greater center surgery and internal medicine:. Patients in group for exclusion were: patients older than 60 years old, mixed or pyogenic liver abscesses, patients with concomitant hepatic diseases and patients with immunosuppressive diseases. Medical Records (1500 ) patients were reviewed through the cie - 10 for liver abscess ( A06.4 ) , of which ( 800 ) are matched only amebic liver abscess ; which met the inclusion criteria ( 300 ) . Including group (300) patients (183) were treated with surgical aspiration procedure and the following (117) patients received pharmacological treatment alone.

## **INTRODUCCION:**

“La Entamoeba histolytica es un parásito que solo habita en el hombre, y tiene un ciclo de transmisión fecal-oral. El 90 % de los pacientes infectados son portadores asintomáticos de las formas quísticas del parásito. Clínicamente, la enfermedad cursa desde la forma diarreica ligera a la forma fulminante, como toma de órganos”.(1) “Se estima que infecta alrededor de 500 millones de personas anualmente y que de ellas 110.000 mueren por complicaciones causadas por este agente”.(2) La amebiasis es una enfermedad prevalente en regiones tropicales, endémica en la India, África del Sur y del oeste, Lejano Oriente, Sur y Centro América. El AHA (absceso hepático amebiano) es resultado de la invasión al hígado por E. histolytica desde un foco intestinal. Los abscesos hepáticos amebianos son frecuentes en nuestro país; sin embargo, no se cuenta con un tratamiento específico, existe una indecisión entre el tratamiento quirúrgico (punción-aspiración) vs el farmacológico “Por lo general, el absceso hepático amebiano es una enfermedad fácil de tratar y con resultados clínicos favorables; sin embargo, se estima que su tasa de mortalidad puede llegar a 10%(1)”, principalmente en pacientes con diagnóstico tardío e indecisión en el tratamiento; lo que favorece la rotura del absceso hacia el tejido circundante. Al dimensionarse correctamente la enfermedad se podrá modificar en beneficio de los pacientes lo siguiente: Determinar el riesgo de cada tratamiento y el beneficio de los mismos, disminución en el tiempo intrahospitalario, disminución en el tiempo de recuperación del paciente, y menor complicaciones. (3) En los textos de cirugía se encuentran afirmaciones sobre el manejo clásico de los abscesos hepáticos, “que minimizan su importancia y aseguran que hasta 90 % se resuelve con antimicrobianos (metronidazol) y manejo conservador. Generalmente el drenaje percutáneo se considera cuando existen complicaciones del absceso o cuando el paciente no ha respondido varios días después del tratamiento”.(3) La mayoría de la bibliografía proviene de países donde la amebiasis no representa un problema de salud pública. Razón por la cual se debe estudiar el manejo temprano a través del método quirúrgico vs. el método farmacológico como única terapéutica en nuestro medio.

### **PALABRAS CLAVES:**

Absceso hepático amebiano (AHA), método quirúrgico, método terapéutico farmacológico.

### **METODOLOGIA:**

Se realizó un estudio (comparativo/retrospectivo) basado en la revisión de las historias clínicas de pacientes dados de alta con diagnóstico de AHA del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil/Ecuador entre los años 2008-2012. Se analizaron a los pacientes que cumplieren con los siguientes criterios de inclusión: edad entre 30-60 años, diagnóstico realizado ecográficamente de AHA y pacientes con absceso amebiano mayor a 40ml de tamaño del centro de cirugía y medicina interna. Los pacientes con criterios de exclusión fueron: los pacientes mayores a 60 años, abscesos hepáticos mixtos o piógenos, pacientes con enfermedades concomitantes a nivel hepático y pacientes con enfermedades inmunodepresoras. Se revisaron la historia clínica del (1500) pacientes a través del cie-10 para absceso hepático (A06.4), de los cuales (800) correspondían únicamente a absceso hepático amebiano; los cuales cumplieron los criterios de inclusión (300). Del grupo de inclusión de (300) pacientes (183) fueron tratados con el procedimiento quirúrgico de punción aspiración, y los siguientes (117) pacientes recibieron únicamente el tratamiento farmacológico. Se revisó las historias clínicas de todos los (300) pacientes considerando las siguientes variantes; fechas de ingreso y egreso con días de estancia intrahospitalario, tiempo de la sintomatología (dolor/ fiebre/ náuseas/vómito/ diarrea), complicaciones (derrame pleural/ pericarditis/ sepsis/ infecciones agregadas nosocomiales). En el estudio se recolectó los datos de las historias clínicas de (120) mujeres y (180) hombres con un promedio de edad de (45 años) todos provenientes del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Santiago de Guayaquil entre los años 2008-2012 con el diagnóstico realizado ecográficamente de AHA tratados por cirugía y el servicio de medicina interna. El objetivo del estudio es determinar el tratamiento específico del AHA en nuestro medio, entre el farmacológico como única terapéutica o el quirúrgico; además se crearán estadísticas actuales sobre la resolución del AHA con los dos diferentes

métodos. Se evaluará los periodos intrahospitalarios de los pacientes diagnosticados de AHA y tratados con los métodos expuestos anteriormente. Con las estadísticas generadas se creará conciencia de que el absceso hepático amebiano como un problema de salud actual. Se educará y prevendrá la infección por *Entamoeba histolytica*, tanto intraintestinal como extraintestinal. Se generará una conciencia de los riesgos y beneficios de los dos métodos terapéuticos (farmacológico vs. Quirúrgico). EL método de recogida de datos fue a través de la Revisión de todos los datos epidemiológicos de pacientes con diagnóstico de absceso hepático amebiano, desde el 2008 al 2012 tratados por los servicios de cirugía y medicina interna del HTMC 2008 – 2012.

Existen 3 variantes importantes, la primera es el tiempo intrahospitalario, el cual es evaluado en tres diferentes lapsos de tiempo (menor a 10 días), entre (10-20 días) y entre (20-30 días). La segunda variante es el tiempo de evolución de la sintomatología de los pacientes según la sintomatología clásica del AHA (fiebre, náuseas, vómito, diarrea, hepatomegalia). De estos se los dividió en los que se mejoraron de la sintomatología en los primeros 10 días y los que tardaron más de 10 días, esto se lo realizó en los dos grupos de metodologías terapéuticas y se analizó solo los pacientes que se demoraron más de 10 días en ambos métodos. La tercera variante fue el porcentaje de complicaciones que se presentaron en ambos métodos de terapéutica, basándome en las complicaciones propias de la patología y en la literatura. (Derrame pleural, pericarditis, sepsis, infecciones nosocomiales). También analizaremos los porcentajes de los pacientes que no presentaron complicación alguna.

## **RESULTADOS:**

Se revisaron a través del cie-10 para absceso hepático (A06.4) la historia clínica de (1500) pacientes con absceso hepático; de los cuales correspondieron a AHA (800) historias clínicas pero de los cuales cumplen los criterios de inclusión son (300) casos. De estos (300) pacientes (183) fueron intervenidos por el método quirúrgico coadyuvado por el método farmacológicos; los restantes (117) pacientes fueron tratados únicamente por el método farmacológico. Este estudio trata de comprobar cuál es el mejor tratamiento y definir si es necesario la intervención quirúrgica o solo es requerido el método farmacológico. En la (tabla 1) se observa la descripción de la población en estudio (n=300), se observa en promedio de edad de los pacientes que presentaron AHA es de ( 45) años. Los cuales fueron (180) pacientes (60%) hombres y (120) pacientes (40%) mujeres; de los (300) pacientes fueron tratados por el método quirúrgico (183) y como única terapéutica el método farmacológico (117) pacientes. En la (tabla 2) observamos un promedio de la edades según el tratamiento que se aplico, en el tratamiento quirúrgico el promedio es de (45) años, mientras que en el grupo farmacológico el promedio fue de (40) años. Se estudio en el grupo quirúrgico (73) mujeres (39,89%) y (110) hombres (60,10%) y en el farmacológico se estudio (47) mujeres (40,17%) y (70) (59,82%) hombres. Este estudio trata de comparar el tiempo intrahospitalario de los dos métodos, en el (tabla 2,) se observa el tiempo intrahospitalario del método quirúrgico evaluado en un rango de tiempo entre, (menor a 10 días), (10-20 días), y de (20 a 30) días. Se observa que (30) pacientes (16,39%) con el método quirúrgico son dados de alta médica con mejoría del estado clínico en menor de 10 días; se observa el tiempo intrahospitalario del método farmacológico, se ve que (11) pacientes (9,40%) son dados de alta antes de los diez días de inicio del tratamiento. Entre los 10-20 días en el método quirúrgico (98) pacientes (53,55%) se les dio la alta médica con mejoría del cuadro clínico; mientras con el método farmacológico fueron (20) pacientes (17,09%). En el periodo de 20-30 días con el método quirúrgico (55) pacientes (30,05%) fueron otorgadas el alta, con el método farmacológico (86) pacientes (73,50).

La segunda variante a estudiar fue el tiempo de evolución de la sintomatología clínica clásica del AHA (fiebre, vomito, nauseas, diarrea, hepatomegalia);

cuyos síntomas fueron aliviados en el lapso de los primeros 10 días, y pacientes que continuaron con sintomatología clínica en el periodo mayor a los primeros 10 días después de haber recibido la terapéuticas estudiadas. En la (tabla3) se observa que del grupo farmacológico (11) pacientes (9,40%) se aliviaron en el lapso menor a 10 días, mientras en el quirúrgico 30 pacientes (16,40%) se les dio el alta en el lapso menor a 10 días. Del método quirúrgico se registro de los (183) pacientes que (153) de ellos (83,60%) presentaron síntomas en un tiempo mayor a los 10 días, mientras con el método farmacológico como única terapéutica se reporto que (108) pacientes (90,60%) se curaron de su sintomatología en un tiempo mayor a 10 días. De los pacientes que la sintomatología persistió por más de 10 días se observo cual fue la más frecuente según el grupo a estudiar. En la (tabla 4) se observa que con el método quirúrgico los síntomas se presentaron en los siguientes porcentajes: fiebre (76) pacientes (49,67%), vomito (18) pacientes (11,76%), nauseas (22) pacientes (14,37%), diarrea (18) pacientes (11,70%), hepatomegalia (19) pacientes (12,40%); mientras que en el método farmacológico se observa los siguientes porcentajes: fiebre (56) pacientes (51,86%), vomito (21) pacientes (19,44%), nauseas (15) pacientes (13,88%), diarrea (10) pacientes (9,25%), hepatomegalia (6) pacientes (5,55%). (Tabla 4)

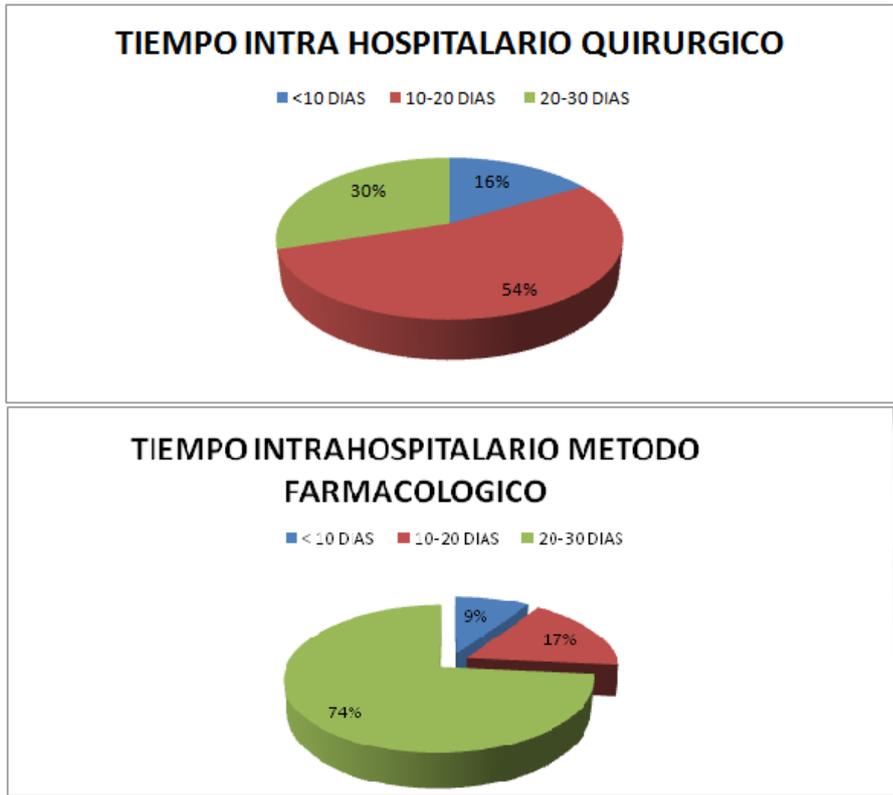
La tercera variable fue las complicaciones que se presentaron con los diferentes procedimientos terapéuticos basándonos en las complicaciones más comunes en el AHA (derrame pleural, pericarditis, sepsis y infecciones agregadas nosocomiales). Como se puede observar en la (tabla 5) con el método quirúrgico se registro que (144) pacientes no presentaron complicaciones (78,68%), mientras que en método farmacológico (65) pacientes no presentaron complicaciones (55,55%). Con la aspiración (método quirúrgico) se comprobó que presentaron complicaciones en los siguientes porcentajes: derrame pleural (15) pacientes (8,19%), pericarditis (9) pacientes (4,37%), sepsis (6) pacientes (3,27%), infecciones nosocomiales (10) pacientes (5,46 %). (Tabla 6). Con un total de (39) pacientes (21,32%). Mientras con el método farmacológico los que presentaron complicaciones: derrame pleural (23) pacientes (19,65%), pericarditis (6) pacientes (5,12%), sepsis (8) pacientes (6,83%), infecciones (15) pacientes (8,19%); con un total de (52) pacientes (44,45%).

<b>N=300</b>	
EDAD(PROMEDIO)	45 años
<b>GENERO</b>	
FEMENINO	120(40%)
MASCULINO	180(60%)
<b>TRATAMIENTO</b>	
QUIRURGICO	183(61%)
FARMACOLOGICO	117(39%)

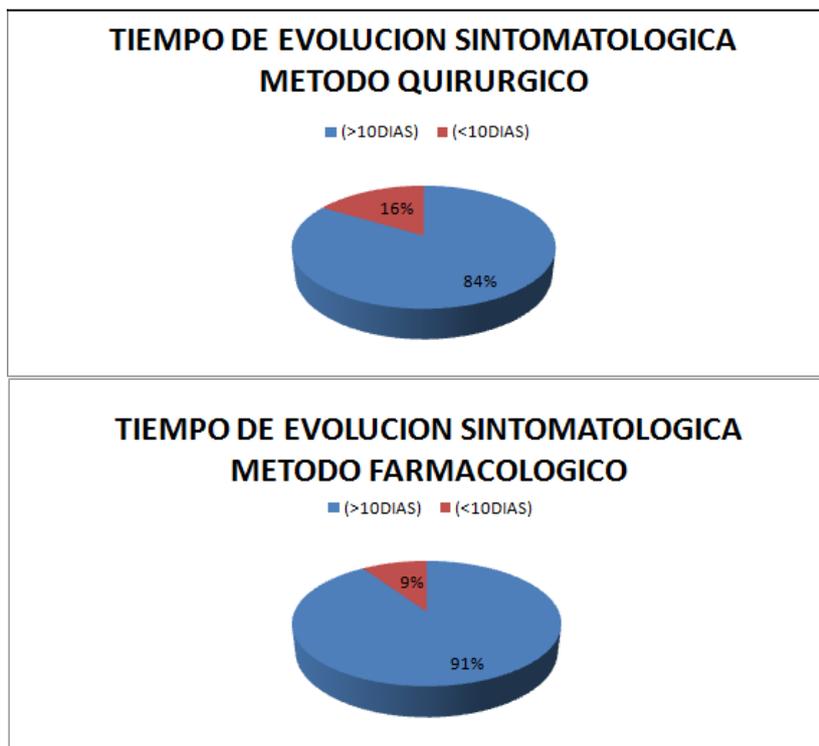
**TABLA 1:** Muestra las características del grupo estudiado, en promedio de edad, género, y el tratamiento efectuado. El número de pacientes en el estudio (N=300).

	<b>TTO QUIRURGICO</b>	<b>TTO FARMACOLOGICO</b>
<b>N= 300</b>	<b>N= 183</b>	<b>N= 117</b>
<b>EDAD</b>	45 años	40 años
<b>GENERO</b>		
<b>MACULINO</b>	73(39,89%)	47(40,17%)
<b>FEMENINO</b>	110(60,10%)	70(59,82%)
<b><u>TIEMPO INTRAHOSPITALARIO (PROMEDIO)</u></b>		
<b>&lt; a 10 días</b>	30 (16,39%)	11(9,4%)
<b>10-20 días</b>	98 (53,55%)	20 (17,09%)
<b>20-30 días</b>	55 (30,05%)	86 (73,50%)
<b>&lt; a 10 días</b>	30 (16,40 %)	11 (9,40%)
<b>&gt; a 10 días</b>	153 (83,60)	108 (90,60%)
<b>COMPLICACIONES</b>	39 (21, 32 %)	52 (44,45%)
<b>SIN COMPLICACIONES</b>	144 (78, 68 %)	65 (55,55%)
<b><u>COMPLICACIONES DEL TTO</u></b>		
<b>DERRAME PLEURAL</b>	15(8,19%)	23 (19,65%)
<b>PERICARDITIS</b>	9 (4,37%)	6 (5,12%)
<b>INFECCIONES NOSOCOMIALES</b>	10 (5,46%)	15 (8,19%)
<b>SEPSIS</b>	6 (3,27%)	8 (6,83%)
	<b>TTO QUIRURGICO</b>	<b>TTO FARMACOLOGICO</b>
<b>N=263</b>	<b>N= 153</b>	<b>N= 108</b>
<b><u>SINTOMATOLOGIA &gt; A 10 DIAS</u></b>		
<b>FIEBRE</b>	76 (49,67%)	56 (51,86%)
<b>VOMITO</b>	18 (11,76%)	21(19,44%)
<b>NAUSEAS</b>	22 (14,37%)	15 (13,88%)
<b>DIARREA</b>	18 (11,76%)	10 (9,25%)
<b>HEPATOMEGALIA</b>	19 (12,40%)	6 (5,55%)

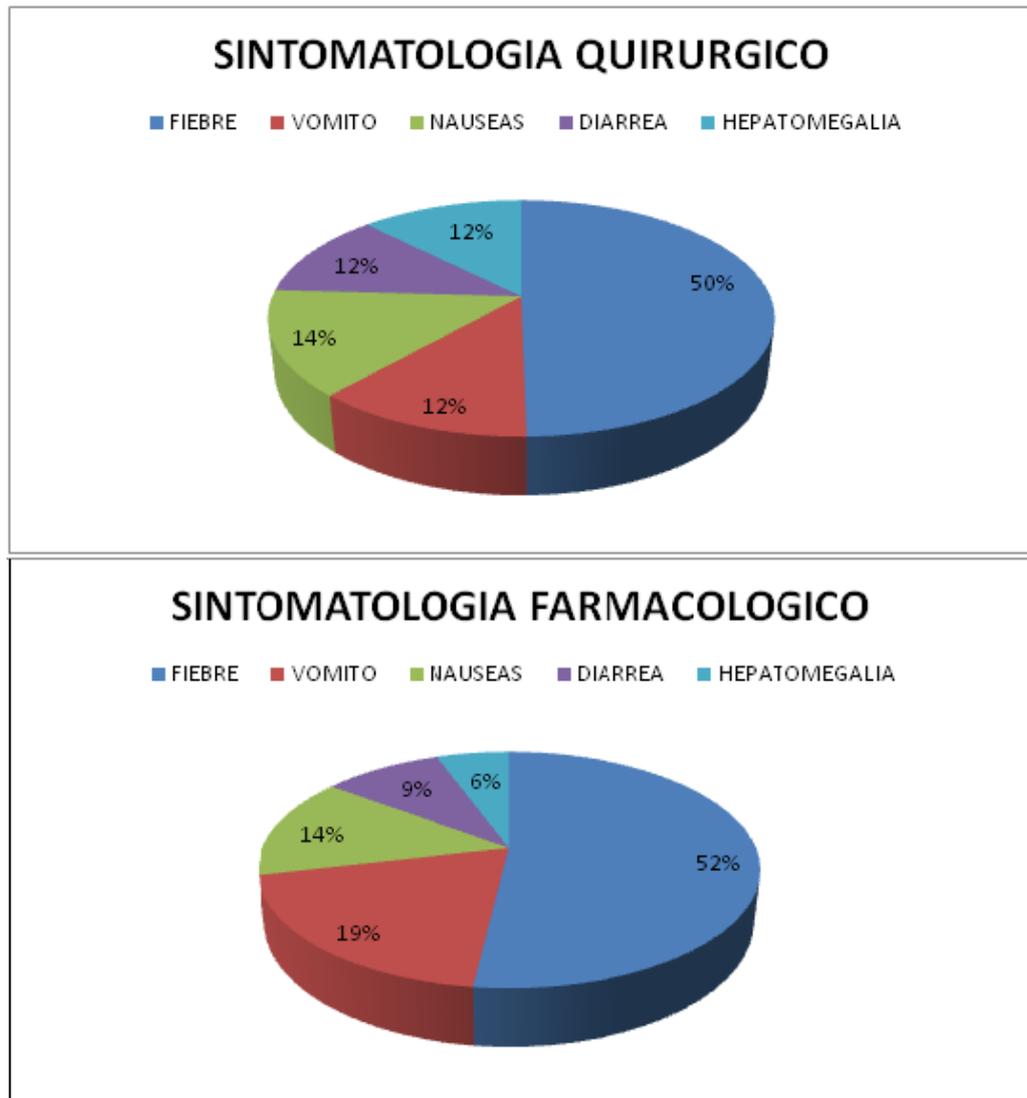
**TABLA 2:** Muestra las variantes estudiadas: el tiempo intrahospitalario (<10d/10-20d./20-30d.), la sintomatología (grupo > a 10 d.) y las complicaciones de los dos grupos estudiados según la terapéutica



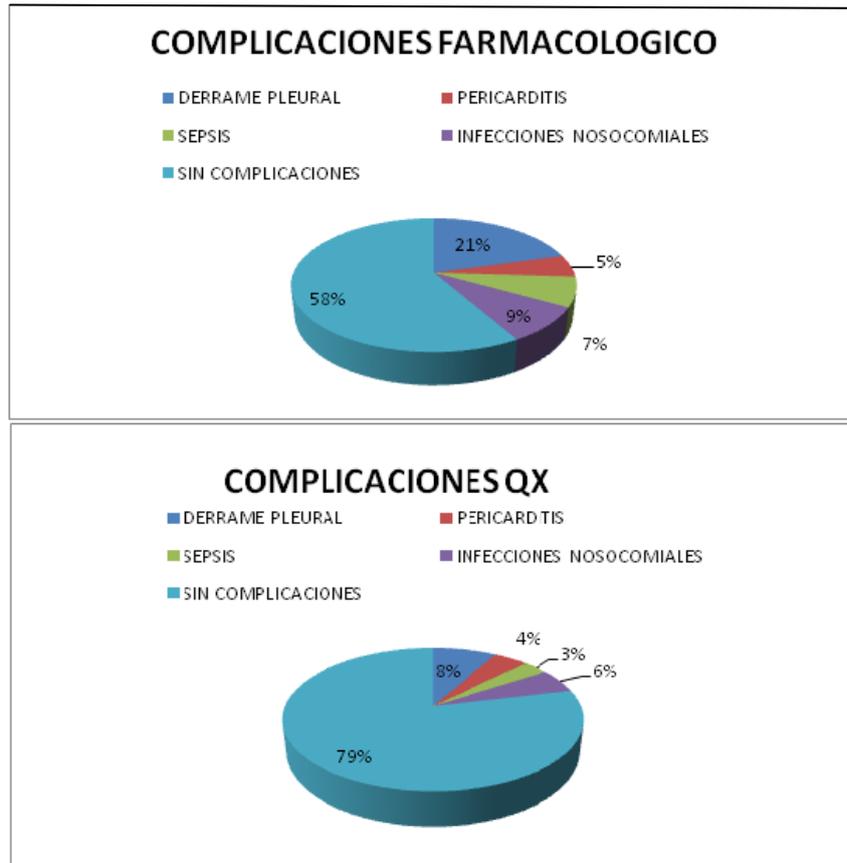
**FIGURA 1:** Muestra el tiempo de estancia intrahospitalaria de los dos grupos, en los 3 lapsos de tiempo (< a 10 d. / 10-20 d. / > a 10 d.). Donde se observa los valores y porcentajes en la tabla 1. La mayoría del grupo Qx. Se alivian en el lapso de 10-20días, mientras el farmacológico la mayor cantidad de pacientes toma más de 20 días.



**FIGURA 2:** Muestra el tiempo que tomo en ceder la sintomatología en los pacientes tratados por los dos métodos dividido en dos grupos, (< a10d./> a 10d.). Observando que el grupo quirúrgico tiene mayor numero de recuperaciones en menor de 10 días,



**FIGURA 3:** Muestra la sintomatología de los pacientes tratados por los métodos, pero solo aquellos que demoraron más de 10 días en recuperarse. (N = 263). Se puede observar que la sintomatología mas común en los dos grupos fue la fiebre que demoro mas de 10 días en ceder .



**FIGURA 3:** Muestra las complicaciones que presentaron los pacientes de los dos grupos estudiados. Se nota que la complicación mas común en los dos grupo fue el derrame pleural. Que el grupo Qx. se encontró mayor numero de pacientes sin complicaciones.

### **DISCUSIÓN:**

Basados en casos clínicos del Hospital Teodoro Maldonado Carbo que cumplen los criterios de inclusión, después de revisar los resultados en el siguiente estudio retrospectivo/ comparativo, durante el periodo comprometido entre los años 2008- 2012 .

En la (tabla 1) nos muestra la población estudiada y su características, se observa que en promedio la edad estudiada en nuestro medio es de (45) años, la literatura menciona una edad promedio de 30-60 años; el AHA tiene un mayor incidencia en el sexo masculino, encontramos una referencia de 10:1 contra el sexo femenino. En la (tabla1) se observa que el número de pacientes

de sexo masculino (180) (60%) fueron mayores que el sexo femenino (120) (40%), en una relación 3:2. Esto se puede relacionar con el índice de desnutrición en nuestro medio, alcoholismo, ingesta excesiva de carbohidratos y grasas saturadas, sedentarismo y obesidad, lo cual aumenta el promedio de mujeres a estudiar. En el estudio existe un mayor grupo de pacientes tratados por el método quirúrgico (183) (61%) contra (117) (39%) del método farmacológico, esto se debe al tamaño del AHA en estudio se aclaró que se incluyeron abscesos de 40 ml o mayores; es la razón por la cual la mayoría de los pacientes fueron tratados por el centro de cirugía. Se observa y se compara en la (tabla 2) los dos métodos terapéuticos para el AHA, el quirúrgico (punción-aspiración) y el farmacológico como única elección. Basado en las variantes anteriormente establecidas, se analiza que en el tiempo intra-hospitalario de las (300) pacientes en estudio en el tiempo menor a 10 días con el método farmacológico 11 pacientes (9,40%) son dados de alta con mejoría clínica, en cambio en el método quirúrgico se observa que mayor número de pacientes se les dio el alta por mejoría del cuadro clínico (30) pacientes (16,39%). En los tiempos intrahospitalarios establecidos podemos destacar que en el método quirúrgico (98) pacientes (53,55%) salieron con alta médica en el lapso de 10-20 días, siendo la mayoría de pacientes del grupo quirúrgico; mientras que en farmacológico observamos que la mayoría de las altas son otorgadas en el transcurso de 20-30 días (86) pacientes (73,50%). El tiempo intra-hospitalario no solo es importante en la reducción de gastos y administración de recursos, sino que también influye en la recuperación del paciente, ya que esto puede llevar a una infección nosocomiales, o correlacionar con el estado anímico del paciente y su recuperación. Podemos observar que con el método quirúrgico los pacientes cursan con menor tiempo intrahospitalario, esto es algo significativo y de importancia en el manejo del AHA. Con el tiempo de evolución de la sintomatología clásica del AHA (tabla 4) (fiebre, náuseas, vómito, diarrea, hepatomegalia) es importante para determinar el mejor tratamiento y mejoría de los pacientes. En el estudio determinara dependiendo del tiempo que los pacientes presentaron la sintomatología, (mayor a los 10 días) y (menor a los 10 días) desde el inicio del tratamiento. (TABLA 3) En el método farmacológico con menor a 10 días fueron 11 pacientes (9,49%) así siendo mejor el método quirúrgico ya que en este se observa que los síntomas

desaparecieron en menor a 10 días en 30 pacientes (16,40%). En mayor a 10 días de sintomatología se observó que en el método quirúrgico se mejoraron (153) pacientes (83,60%) y en el farmacológico 108 pacientes (90,60%); siendo evidente que la mayoría del grupo farmacológico se demoraron más de 10 días en su recuperación. Observe que la fiebre en los dos grupos fue la sintomatología más común y persistente, en los pacientes que se recuperaron en más de diez días se analizó que los del grupo quirúrgico presentaron fiebre (76) pacientes (49,675%), en el grupo farmacológico (56) pacientes (51,86%) se vio que en el grupo quirúrgico el porcentaje es menor de los pacientes del grupo farmacológico. En el resto de las sintomatologías el grupo quirúrgico presentó mejorías (en más de 10 días); vómito: 18 pacientes (11,76%); náuseas: (22) pacientes (14,34%); diarrea: (18) pacientes (11,70%), hepatomegalia (19) pacientes (12,40%). En el grupo farmacológico presentó vómito: (56) pacientes (51,86%); náuseas (15) pacientes (13,88%); náuseas: (10) pacientes (9,25%); hepatomegalia (6) pacientes (5,55 %). Los del grupo quirúrgico presentan menos días de sintomatología clínica.

Analizando los resultados de las complicaciones propias de la enfermedad (derrame pleural, pericarditis, sepsis, infecciones nosocomiales) y relacionando con la terapéutica recibida, y cuantos no sufrieron ninguna complicación. (tabla 5). Vamos a relacionar estos parámetros a la terapéutica recibida. Nótese en el (tabla 6) que mayor complicación es el derrame pleural en las dos metodologías terapéuticas, esto está relacionado con la cercanía y comunicación e la cavidad abdominal a la cavidad torácica; es una complicación propia de la enfermedad y descompensación del paciente. En el método quirúrgico presentó menor número de complicaciones (144) pacientes fueron dados de alta sin ninguna complicación (78,68%), mientras con el farmacológico (65) pacientes no presentaron complicaciones (55,55%). Esto demuestra el mejor manejo de AHA con el método quirúrgico. También se puede observar la menor cantidad de complicaciones entre el quirúrgico y el farmacológico, y lo que me llamó la atención es la correlación entre el tiempo intrahospitalario mayor en el método farmacológico y el mayor número de infecciones nosocomiales en el mismo grupo como era de esperarse en un medio contaminado y con bacterias multiresistentes a antibioticoterapia.

**BIBLIOGRAFIA:**

- 1) ANALIDA ELIZABETH PINILLA R; MYRIAM CONSUELO LOPEZ; BLANCA CASTILLO M; ENFOQUE CLINICO Y DIAGNOSTICA DE ABSCESO HEPATICO ESTUDIO PROSPECTIVO DE CORTE TRANSVERSA 2007
- 2) LAZARO FIDEL GIL MANRIQUE, CARIDAD SOLER MOREJON, LOURDES CRESPO ACEBAL; COMPLICACIONES EXTRAINTESTINALES AMEBIANO ENFOQUE CASOS CLINICOS 2011.
- 3) ARIADNYS LOPEZ, BLANCA ROSA RODRIGUEZ, RAFAEL PABLO FONTIRROCHE CRUZ DRENAJE PERCUTANEO ABSCESO HEPATICO POR ULTRASONIDO TRATAMIENTO ABSCESO HEPATICO POR DRENAJE PERCUTANEO 2009.
- 4) ARTURO ABISAI AVENDAÑO, GERARDO GIL GALINDO, MANUEL DE JESUS GARCIA SOLIS PUNCION TEMPRANA DEL ABSCESO HEPATICO AMEBIANO ESTUDIO DE 29 CASOS CLINICOS. TRATAMIENTO CONVENCIONAL VS DRENAJE TEMPRANO. 2007
- 5) JORGE GABRIEL PUEBLA, MARTHA CAROLINA ALDAY NORUEGA, DANIEL HUGO PEÑA PARTICULARIDADES DEL ABSCESO AMEBIANO HEPATICO 2012.
- 6) SILVIA BAZAN PORTOCARRERO, JUAN PINTO SANCHEZ, DANIEL GODOY MARTINEZ REMPLAZO DE LA CIRUGIA POR DRENAJE PERCUTANEO ABSCESO HEPATICO TRATAMIENTO CIRUGIA VS DRENAJE PERCUTANEO 2007
- 7) DIEGO F. VIASUS PEREZ, ANALIDA E. PINILLA, MYRIAM C LOPEZ INMUNOLOGIA DEL ABSCESO HEPATICO AMEBIANO REVISION DE ANTICUERPOS Y ESTUDIO METODO DE ELISA PACIENTES CON ABSCESO HEPATICO AMEBIANO 2008
- 8) FRANCISCO MIGUEL ORTIZ, FRANCISCO DEVESA JORDA, JOSEFA FERRANDO GINESTAR ABSCESO AMEBIANO ¿TRATAMIENTO FARMACOLOGICO VS PUNCION ASPIRACION? 2008

- 9) LEONIDAS CARILLO ÑAÑEZ, JOSE LUIS CUADRA, SILVIA PINTADO  
CABALLERO CARACTERISTICAS CLINICAS DEL ABSCESO AMEBIANO  
HEPATICO Y MANEJO CLINICO 2010
- 10) MANUEL MOJICA PEÑARANDA, ELISA MOJICA MOÑOZ  
EPIDEMIOLOGIA Y CARACTERISTICAS DIAGNOSTICO DIFERENCIAL  
2009
- 11) VIRGEN GOMEZ ALBA, PEDRO SUREDA VALEYRON, NEREYDA  
SOLANO BENITEZ ABSCESO HEPATICO AMEBIANO 1998
- 12) ERNESTO PERUCAP., MOISES LEON V., EDUARDO CUELLAR,  
FRANCISCO DIAZ ABSCESO HEPATICO AMEBIANO EN EL EMBARAZO  
MANEJO Y TRATAMIENTO INTRHOSPITALARIO ABSCESO HEPÁTICO  
AMEBIANO DURANTE EL EMBARAZO 2010.
- 13) HUMBERTO FLISFISCH F., MARIA FERNANDA GAJARDO  
DIAGNOSTICO DIFRENCIAL ABSCESO AMEBIANO VS PIOGENO 2010
- 14) ANGELA MENDEZ BRAVO, CARLOS ALBERTO VELAZCO ABSCESO  
HEPATICO AMEBIANO VS PIOGENO EN EDAD PEDIATRICA 2007
- 15) ROBERTO J. BERNARDOM, ORLANDO R BUEN DIA, JORGE D.  
MACHICADO ABSCESO HEPATICO AMEBIANO EN VIAJEROS 2010
- 16) INTRAMED.NET ABSECSO HEPATICO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO  
2011
- 17) DIEGO F. VIASUS PEREZ, ANALIDA E. PINILLA, MYRIAM C LOPEZ  
INMUNOLOGIA EN EL ABSCESO HEPATICO AMEBIANO 2009
- 18) DRA. TERESA URIBARREN ENTAEMOBIOSIS CITOLOGIA Y ABSCESO  
HEPATICO 2010
- 19) Marlen Ivón Castellanos Fernández Maria Elena Gonzáles López Sacha  
Lazo de Vallín DEFINICION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CLINICO Y  
QUIRURJICO 2010
- 20) HANNA RM, DAHNIA H.M., PERCUTANEOUS CATHETER DRAINAGE IN  
DRUG RESISTANT AMOEBIC LIVER 2009.
- 21) DR. REINALDO MENENDEZ CAPOTE; DR DANIEL PORTELARAMIREZ  
RELACION ABSCESO HEPATICO Y SU ACCION EN LA RESPUESTA  
INMUNITARIA Y VIH 2008.
- 22) José Félix Patiño Restrepo, MD, MANEJO DEL ABCESO HEPATICO  
AMEBIANO 2009

23)A Tamez, N Guillén, G Castorena ABCSESO HEPATICO AMEBIANO  
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO 2008.

24)ABSCELO AMEBIANO VS PIOGENO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL  
2011.

25)ARTURO ABISAI AVENDAÑO, GERARDO GIL GALINDO, MANUEL DE  
JESUS GARCIA SOLIS PUNCION TEMPRANA DEL ABSCELO  
HEPATICO AMEBIANO ESTUDIO DE 29 CASOS CLINICOS.  
TRATAMIENTO CONVENCIONAL VS DRENAJE TEMPRANO. 2009

