

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"ABSCESO SUBFRENICO EN EL NIÑO"

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos

Por

BOLIVAR WALDEMAR CASTILLO RALDA

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Octubre de 1970.

PLAN DE TESIS

- I. OBJETIVO
- II. DEFINICION
- III. ANATOMIA TOPOGRAFICA
- IV. ETIOLOGIA
- V. SINTOMATOLOGIA Y EVOLUCION CLINICA
- VI. DATOS DE LABORATORIO
- VII. CONDUCTA A SEGUIR
- VIII. MATERIAL CLINICO DEL TRABAJO
- IX. COMENTARIO
- X. CONCLUSIONES
- XI. RECOMENDACIONES
- XII. BIBLIOGRAFIA.

ANATOMIA TOPOGRAFICA:

Es conveniente para la exposición del presente trabajo, recordar datos anatómicos importantes.

El espacio subfrénico se extiende del diafragma al Mesocolon transversal. El hígado separa el espacio suprahepático del espacio infrahepático. El ligamento falsiforme del hígado, el ligamento redondo así como la columna vertebral prominente a este nivel, dividen el espacio referido en dos mitades derecha e izquierda, (ver figura No. 1).

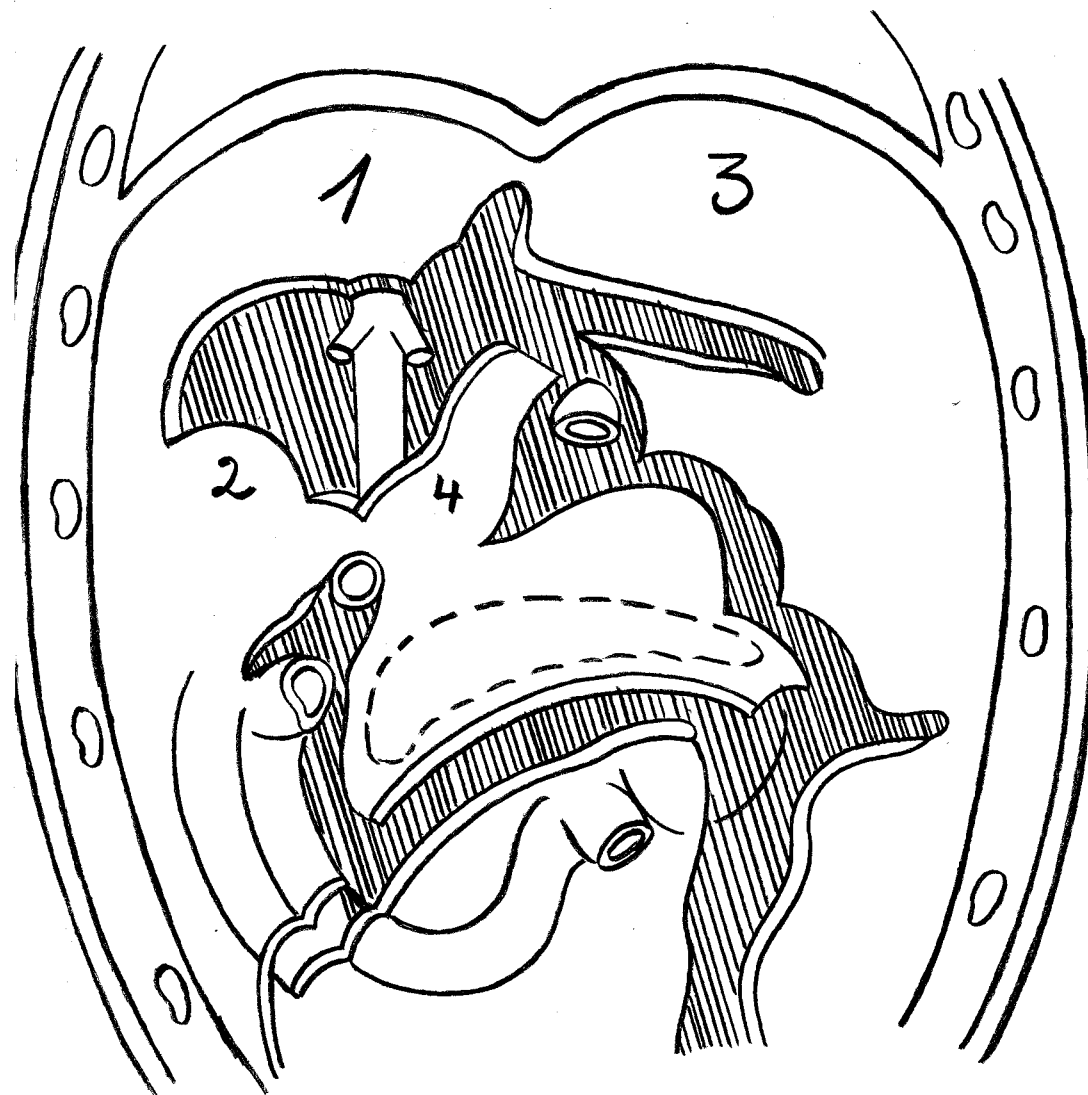


FIGURA No. 1. -

- 1. - Espacio Subfrénico Suprahepático
- 2. - Espacio Subfrénico Subhepático
- 3. - Espacio Subfrénico Subhepático
- 4. - Espacio Subfrénico que corresponde a la retrocavidad de los epiplones

El ligamento coronario limita transversalmente, junto con los ligamentos triangulares derecho é izquierdo, dos zonas tanto en la mitad derecha como en la mitad izquierda.

En un corte sagital de la mitad derecha del espacio subfrénico, se observan los siguientes tres espacios: (Ver figura No. 2.)

En un corte sagital de la mitad izquierda del espacio subfrénico, se observan otros tres espacios: (Ver figura No. 3.).

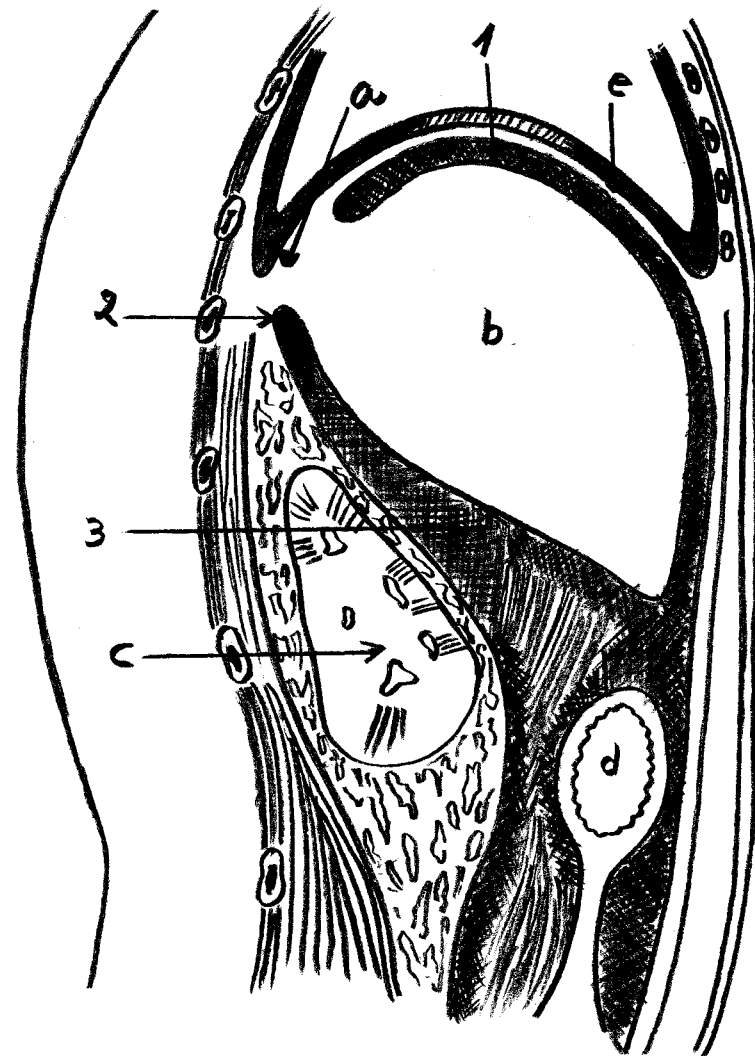


FIGURA No. 2.

- 1.) Espacio Anteroposterior derecho. 2.) Espacio Postero Superior derecho. 3.) Espacio Inferior Derecho.
a) Zona desnuda del Hígado. b) Hígado. c) Riñón. d) Colon e) Diafragma.

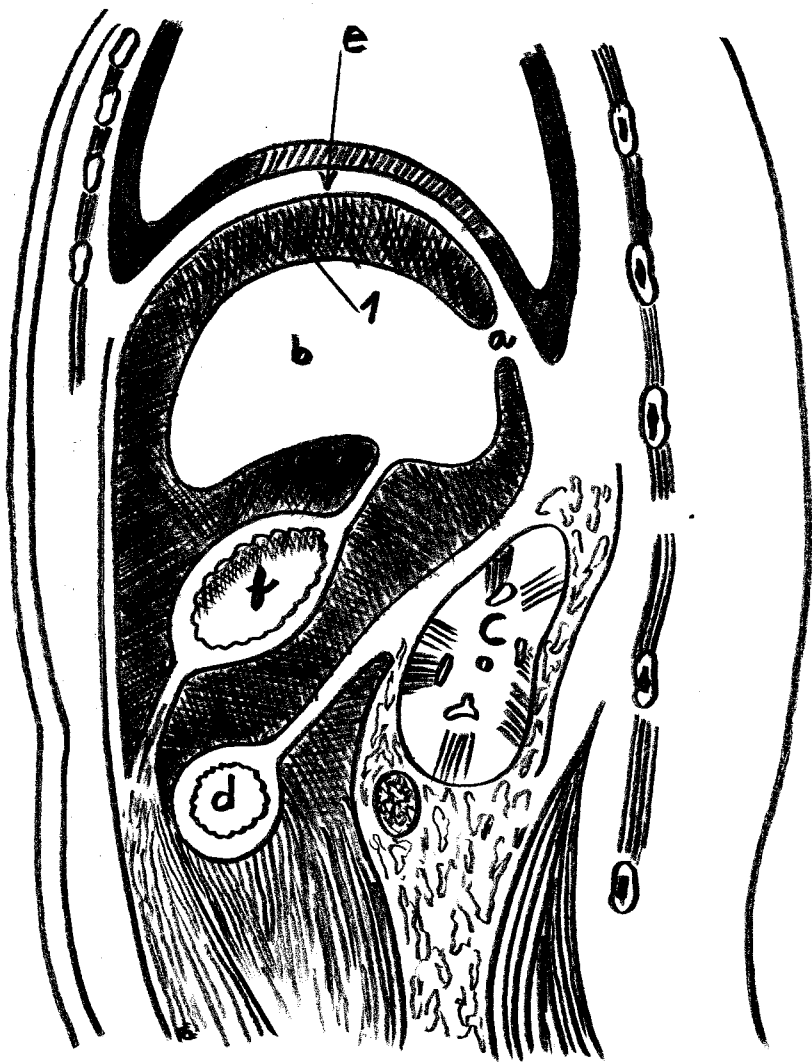


FIGURA No. 3. -

1. - Espacio Superior Izquierdo. 2.) Espacio Antero inferior izquierdo
 3.) Espacio Posteroinferior izquierdo.
 a) Zona desnuda del Hígado b) Hígado. c) Riñón; d) Cólon y e) Vesí
cula.

En el espacio subfrénico se alojan: El Hígado, Estómago, Bulbo Duodenal, Vesícula y vías Biliares, Páncreas y Bazo. Si bien las colecciones purulentas del espacio subfrénico o subdiafragmático, pueden tener su punto de partida en órganos alejados de la misma, ejemplo: Apéndice, Visceras Torácicas, la mayoría de las veces y sobre todo en el adulto, dependen de procesos infecciosos de los órganos en ella contenidos.

ETIOLOGIA:

Al considerar la etiología del absceso subfrénico he de mencionar la mayoría de las causas posibles del mismo, de las cuales el 84% corresponden a infecciones intra abdominales y un 16% se deben a otras causas.

CAUSAS INTRA ABDOMINALES:

1. - Apendicitis Aguda, con o sin perforación.
2. - Perforación Gástrica, la cual puede ser: Ulcerosa, Neoplásica o traumática.
3. - Perforación Duodenal, la cual puede ser: Ulcerosa, Neoplásica o Traumática.
4. - Infección de las vías Biliares.
5. - Pancreatitis Aguda Supurada.
6. - Absceso Hepático.
7. - Traumatismos quirúrgicos del Páncreas o del Bazo.

8. - Después de una intervención quirúrgica del abdomen, sobre todo - si esta fué Séptica.
9. - Heridas Penetrantes del espacio Superior del abdomen, por derrame sanguíneo infectado.
- 10- Un absceso pre-vertebral osteomiélico, si progresa por vía retro-peritoneal puede perforarse en el espacio subfrénico.
- 11- Consecutiva a una Peritonitis, recordemos que toda infección peritoneal tiene tendencia a localizarse en la parte superior del abdomen, entre el Colon transversal y el Diafragma. De tal manera puede suceder, que una Peritonitis generalizada y resuelta favorablemente, sea causa de un absceso subfrénico como proceso residual. Esto es favorecido, por la posición de Decúbito dorsal, ya que las partes más bajas son el espacio subfrénico y el fondo de saco de Douglas, después los líquidos y materiales infectados tienden a dirigirse y a permanecer en estas regiones por gravedad.
- 12- Ruptura de Anastomosis de Colon, Duodeno etc..

CAUSAS EXTRA ABDOMINALES:

1. - Propagación directa de alguna infección a través del diafragma.
2. - Metástasis de infecciones lejanas transmitidas por corriente hemática o linfática.

Considerada la etiología de manera general, el absceso subfrénico en el niño, es con mayor frecuencia una secuela de una enfermedad básica abdominal, especialmente una Apendicitis Aguda, más que a una complicación quirúrgica.

SINTOMATOLOGIA Y EVOLUCION CLINICA:

Para el enfoque de esta parte del tema, es básico investigar los antecedentes de los cuales uno de los más importantes, es haber presentado en fecha más o menos reciente, un cuadro clínico de patología básica abdominal, especialmente "Apendicitis Aguda", que haya sido tratada o no quirúrgicamente.

Con respecto a la sintomatología en el niño, el síntoma más frecuente e importante es la fiebre de origen obscuro, dato que debe de tomarse en cuenta aún en el recién nacido, como parte del diagnóstico diferencial en procesos febriles.

Cabe hacer notar, que síntomas como dolor abdominal, su localización, inicio, etc., son más difíciles de investigar en este tipo de pacientes que con raras excepciones pueden hacer referencia verbal de los mismos, la fiebre es de tipo intermitente, variando entre 37 y 40° C. y que puede acompañarse por lo regular de anorexia, náuseas y vómitos, síntomas que pueden estar ausentes en algunos casos, sin embargo, el dolor abdominal, de parrilla costal, localización irradiación, sensibilidad de la piel, tos, hipo, toxemia, son datos semiológicos dignos de tomarse en cuenta cuando pueden ser investigados con cierta certeza. Además puede pal-

parse masa abdominal en región del hipocondrio derecho, puede encontrarse - signos franco de irritación peritoneal.

Los signos y los síntomas estarán condicionados a la localización, presencia o ausencia de aire en la cavidad del absceso, así como a la rapidez con que se formen. tomando en cuenta a la vez que el uso de los antibióticos puede ser causa de un curso lento é insidioso del mismo y llevarlo a la cronicidad. Un diagnóstico precoz y como tratamiento un buen drenaje quirúrgico del absceso son elementos que condicionan una buena evolución del mismo. En otras circunstancias, un absceso subfrénico puede evolucionar hacia una perforación transdiafragmática, perforación de pleura, pulmón, abrirse a un bronquio (produciendo vómica en este último caso), puede perforarse también a la cavidad abdominal libre, dando como consecuencia una peritonitis que en la mayoría de las veces es de -- desenlace fatal. Así como también puede perforarse a un organo cavitario abdominal o toraxico.

El absceso subfrénico abandonado es de fatales consecuencias en la mayoría de los casos.

Por último debemos de insistir que un absceso subfrénico, puede evolucionar a la forma crónica dependiendo al uso de los antibióticos y a la falta de -- un tratamiento quirúrgico.

DATOS DE LABORATORIO:

Unicamente se encuentran como datos positivos de mayor importancia - en un exámen hematológico: una leucositosis que va de moderada a severa y que generalmente depende del tiempo de evolución del absceso. En la mayoría de los casos la leucositosis no sube de 23,000 glóbulos blancos, con predominio de los segmentos; pero en estudios realizados se han reportado pocos casos con -- una leucocitosis de 54,000 o más.

Los datos de hemoglobina y de hematocrito están condicionados al estado general de cada paciente. En cuanto a la sedimentación, que es otro dato básico, en nuestra casuística y en los diferentes estudios realizados, se encontró una sedimentación elevada, dato que es importante en el diagnóstico diferencial con otras entidades patológicas agudas abdominales, en loscuales la sedimentación -- nose encuentra alterada.

Toda la leucocitosis, sedimentación elevada, asociada a los antecedentes ya descritos (de Apendicitis, aguda, enfermedad abdominal aguda, fiebre etc.) deben hacer pensar en la posibilidad de un absceso subfrénico y descartarlo a través de estudios específicos.

Los gérmenes reportados de los cultivos en los diferentes materiales purulentos encontrados en los abscesos subfrénicos, con gérmenes gram negativos, -- existiendo la posibilidad de infecciones mixtas.

ESTUDIO RADIOGRAFICO:

La radiografía de torax y abdomen, tanto posterior anterior, como laterales nos dan datos importantísimos como son: Elevación del diafragma o hemidiafragma, con mayor razón si no hay signos de desplazamiento cardíaco o mediastínico.

En la fluoroscopia; se puede observar un diafragma inmóvil o bien con movimientos limitados, esto nos debe de inclinar a sospechar siempre un absceso subfrénico.

Pueden encontrarse también: Obliteración del seno costodiafragmático por acumulación del líquido, un infiltrado bronconeumónico de una o de ambas bases pulmonares.

Puede encontrarse también presencia de aire libre por debajo del diafragma (neumoperitoneo).

Se han reportado radiografías que muestran además un desplazamiento de órganos intra abdominales, debido a la acumulación de material purulento, pero son hallazgos poco comunes.

Se describe como el signo radiológico patognomónico del absceso subfrénico: Un nivel líquido en la cavidad de un absceso, por debajo del diafragma.

CONDUCTA A SEGUIR:

Comprobada la presencia de un absceso subfrénico, la conducta a seguir es la siguiente: Efectuar el drenaje quirúrgico del mismo y el uso específico de los antibióticos.

Ante la duda, esta justificada una exploración quirúrgica del espacio subdiafragmático, esto con el fin de evitar las graves complicaciones que pueden producirse por la falta del drenaje del absceso referido (recordemos: contaminación de la cavidad abdominal, perforación del diafragma con contaminación de la cavidad torácica, etc.).

Es de suma importancia mantener el buen estado general del paciente.

La especificidad del antibiótico elegido debe evaluarse de acuerdo al germen encontrado tanto en el frote como en el cultivo de la secreción obtenida.

En el caso de sospecha de un absceso subfrénico, la punción ciega para confirmar el diagnóstico, está definitivamente condenada, ya que la aguja puede atravesar el espacio pleural, hígado y contaminarlo. La mejor vía para drenar un absceso subfrénico es extra pleural y extra peritoneal.

MATERIAL CLINICO DEL TRABAJO:

Durante los años de 1962 al 30 de Junio de 1970, únicamente se encontraron 6 casos de absceso subfrénico, los cuales corresponden a los años de -- 1965 a 1969 y los cuales se resumen a continuación:

CASO No. 1. A.L.M.P. Reg. Med. 02373-65 de 6 años de edad, sexo feme
nino. Residente en esta Capital.

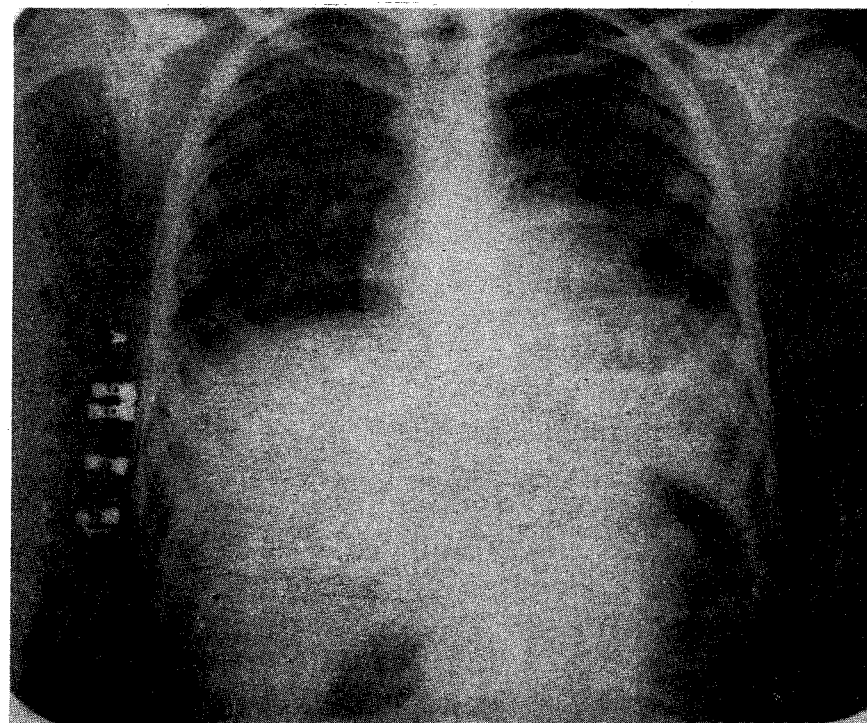
Ingresó el 4 de febrero de 1965 con diagnóstico de Peritonitis consecutiva a -
Apendicitis aguda perforada. Diagnóstico que fué confirmado con interven--
ción quirúrgica, encontrándose además en esta oportunidad esfacelo en la re--
gión retrocecal.

La evolución del paciente fué tormentosa, complicado con un proce--
so bronconeumónico é infección de la herida quirúrgica.

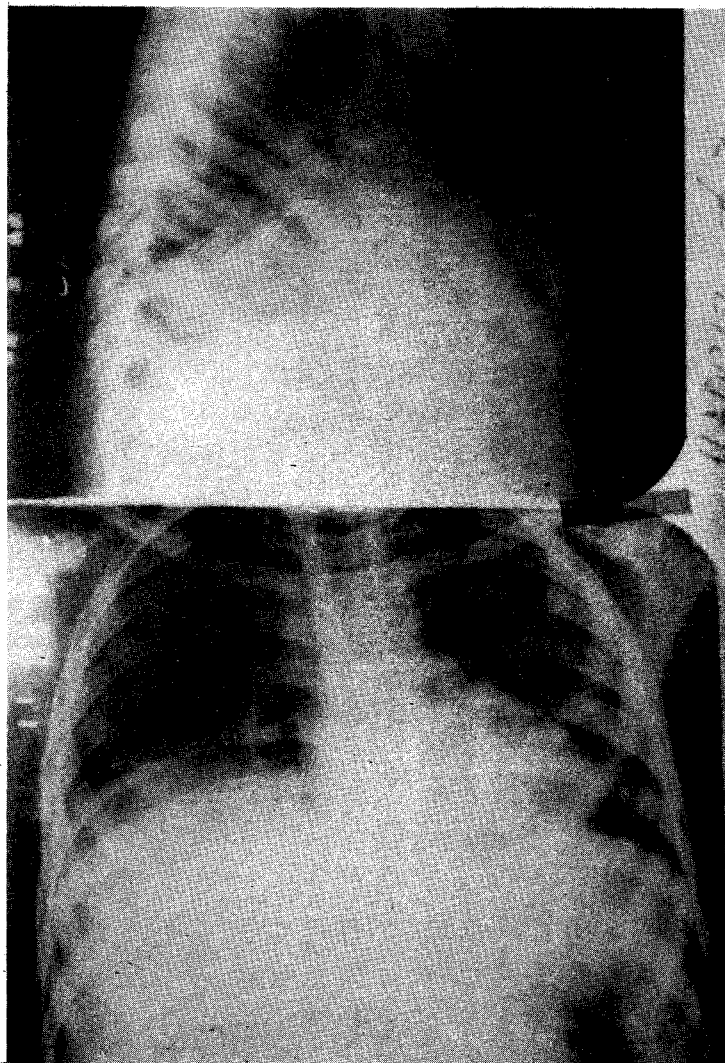
Fuó tratado con Penicilina Cristalina y Procaína, así como con Cloran--
fenicol, tratamiento satisfactorio egresando en buen estado el 20 de febrero del
mismo año. 5 días más tarde, la paciente fué reingresada por cuadro febril de
38.5° C., dolor abdominal y de parrilla costal derecha. El exámen hemato--
lógico reveló una leucocitosis de 14250 y una sedimentación elevada de 74 --
mm. La radiografía reveló elevación del hemidiafragma derecho (cuadro ra--
diológico No. 1.) signos que no estaban manifiestos en una primera radiogra--
fía tomada a su primer ingreso (Cuadro radiológico No. 1).

Se diagnosticó Absceso Subfrénico, efectuandose en este único caso -
una punción-aspiración que confirmó el diagnóstico.

Al siguiente día, se efectuó drenaje quirúrgico del absceso por vía --
extraperitoneal, dejándose un drenaje.



CUADRO RADIOLOGICO No. 1.



CUADRO RADIOLOGICO No. 2.

Los gérmenes reportados de los cultivos del material purulento encontrado fueron: Colibacilo y Proteus Morgagni.

Los antibióticos que se administraron en esta oportunidad fueron: Penicilina procaína, Cloranfenicol y Acido Nalidixico.

Evolución satisfactoria, egresando el 17 de marzo de 1965 Curada.

CASO No. 2. G.M.M.J. Reg. Med. 04592-67 de 9 años de edad. Sexo femenino, Residente en Chimaltenango.

Ingresa el 3 de marzo de 1967 con impresión clínica de Peritonitis consecutiva a Apendicitis Aguda Perforada. Diagnóstico que fué confirmado con la intervención quirúrgica. En esta oportunidad se dejó un drenaje en cada fosa ilíaca, los cuales mantuvieron constante secreción purulenta.

La evolución fué tormentosa, habiendo presentado períodos de timpanismo é ileoparalítico, desmejorándose su estado general notoriamente. El 18 de marzo de 1967 presentó fistula estercoracea en región del drenaje de fosa ilíaca derecha. La paciente todo el tiempo estuvo febril, hubo dehiscencia parcial de la herida operatoria.

El 29 de marzo de 1967, la fiebre fué de 40 grados Centígrados, con síntomas de déficit respiratorio. La radiografía reveló un derrame pleural derecho, lo que motivó practicar una toracentesis, saliendo material purulento. En esta oportunidad, se diagnosticó absceso subfrénico con derrame pleural secundario.

dario a pleuritis.

El 4 de abril de 1967, fué drenado el absceso por vía extra peritoneal dejándose drenajes del mismo. El cultivo del material purulento encontrado, reportó proteus vulgaris.

Los antibióticos que se administraron en esta oportunidad fueron: Penicilina Procaína y Cloranfenicol.

El día 17 de Abril de 1967, fueron retirados los drenajes y la paciente egresó el 2 de mayo de 1967 en buen estado general.

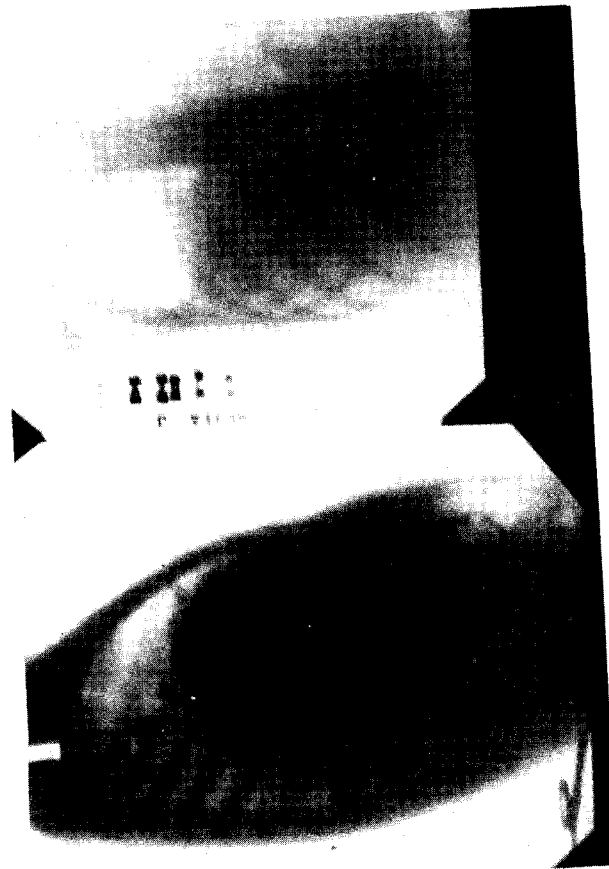
Ocho días más tarde, la paciente fué nuevamente ingresada, por presentar fiebre de origen dudoso, una leucocitosis de 11,200 una sedimentación elevada de 75 mm., así como dolor abdominal difuso.

La radiografía reveló una enorme elevación del hemidiafragma derecho Ver Cuadro Radiográfico No. 3.).

Se diagnosticó de nuevo un absceso subfrénico derecho el cual fué drenado por la misma vía extra peritoneal anterior.

El cultivo en esta oportunidad, del material purulento encontrado reportó estafilococo y estreptococo beta hemolítico coagulasa positiva, habiéndose administrado Penicila Procaína, Cloranfenicol y por lo severo de la gravedad se cambió a Kanamicina y Gentamicina.

Egresó curada y en buen estado general el 15 de junio de 1967.



CUADRO RADIOLOGICO No. 3.

CASO No. 3: R.D.N. Reg. Med. No. 03788-68, 12 años de edad. Sexo fe
menino, residente en esta capital.

Ingresó el 25 de febrero de 1968 con diagnóstico de Apendicitis aguda perforada, diagnóstico que fué confirmado con la intervención quirúrgica, - encontrándose en esta ocasión material purulento en la cavidad peritoneal, - dejándose dos drenajes. A continuación se presenta una radiografía que muestra los hemidiafragmas al mismo nivel. (cuadro radiológico No. 4).

Se trató con Penicilina Procaína, Cloranfenicol y egresó la paciente el 5 de marzo de 1968, en buen estado general.

Cuatro días más tarde, 9 de marzo de 1968, fué nuevamente reingresada la paciente por cuadro febril de origen obscuro, una leucocitosis de 11,750 Una sedimentación elevada de 92 mm., y por presentar tumefacción fluctuante en cicatriz de herida quirúrgica, con diagnóstico de absceso de la pared abdominal.

Se trató con Penicilina Procaína, Estreptomicina, y la paciente no manifestó alguna mejoría, desmejorándose progresivamente.

Exámenes hematológicos posteriores revelaron un aumento de los glóbulos blancos de 20,600, así como también una elevación marcada de la sedimentación de 107 mm. y con sntomas y signos francos de irritación peritoneal.

Las radiografías del torax PA y lateral derecha mostraron un hemidiafrag

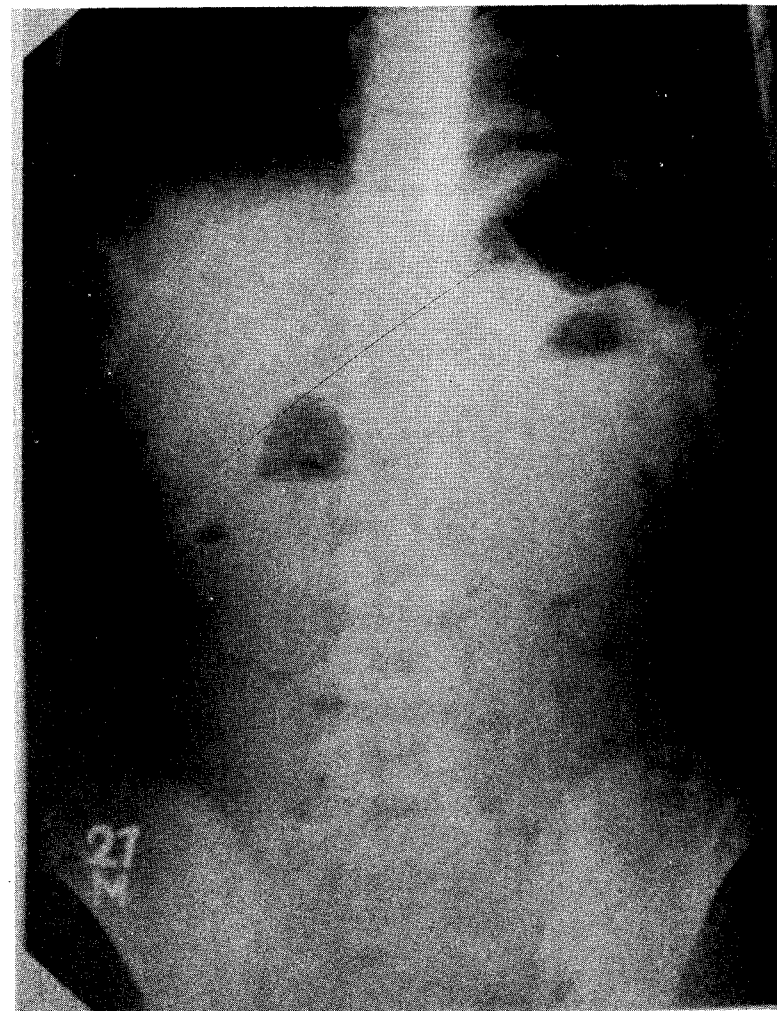
ma derecho elevado, con obliteración de seno costo diafragmático.

(Ver Cuadro Radiográfico No. 5 y 6).

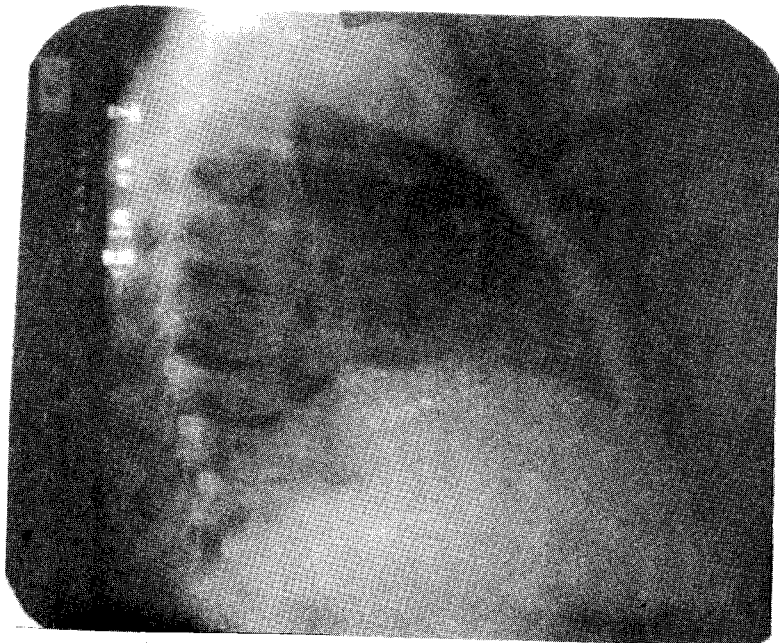
Se diagnosticó absceso subfrénico derecho y se drenó por vía extra peritoneal.

El cultivo del material purulento encontrado reportó proteus mirabilis.

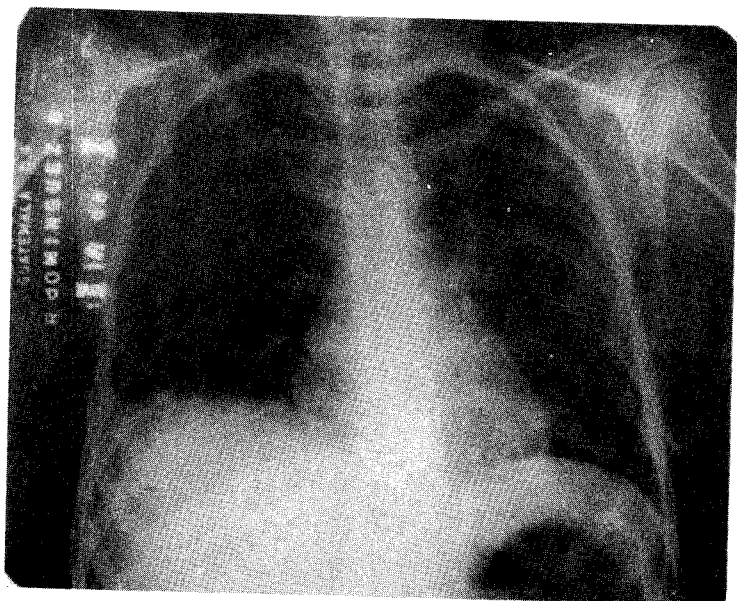
Se trató con Kanamicina y Tetraciclina. La evolución fué satisfactoria, la paciente egresó curada el 9 de abril de 1968, en buen estado general.



CUADRO RADIOLOGICO No. 4.



CUADRO RADIOLOGICO No. 5.



CUADRO RADIOLOGICO No. 6.

CASO No. 4: M.A.R.R. Reg. Med. No. 06177-68 12 años 8 meses de edad.

Sexo femenino. Residente en esta capital.

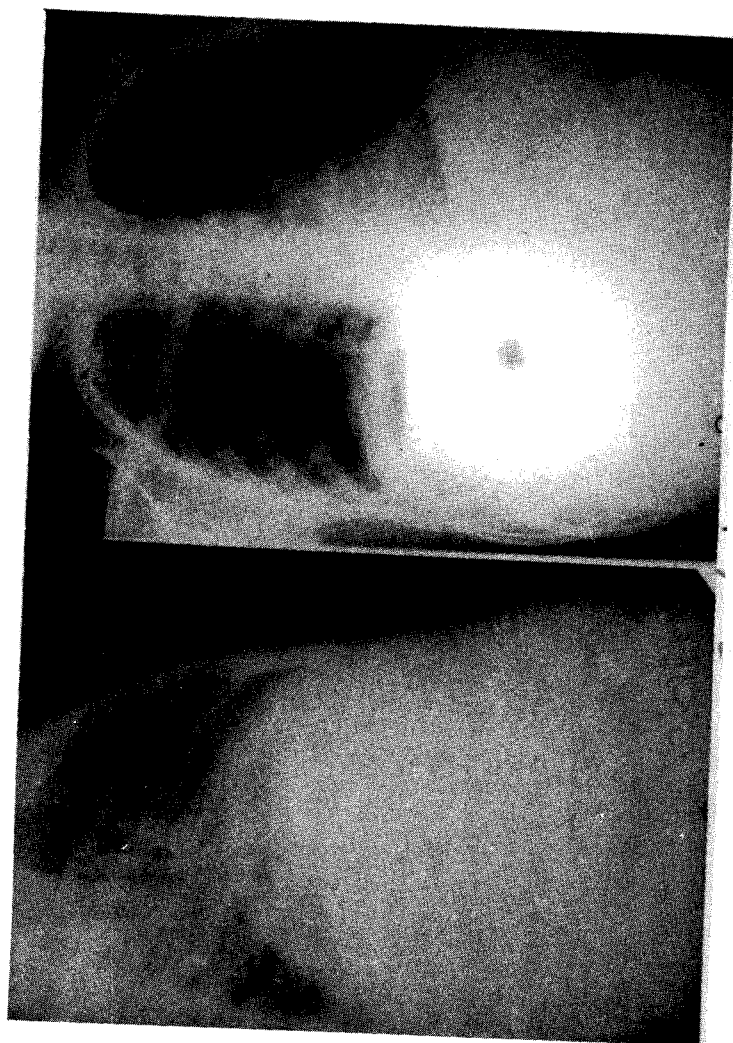
Ingresó el 3 de abril de 1968 con signos y síntomas de irritación -- peritoneal aguda, con historia de 10 días de padecer fiebre no controlada por -- termómetro, anorexia, dolor abdominal irradiado a los hombros. Una hemato- logía reveló una leucocitosis moderada de 8950, y una sedimentación elevada - de 115 mm.

Las radiografías toraco abdominales revelaron elevación de hemidia- fragma derecho, con nivel hidro aéreo. (Ver cuadro Radiográfico No. 7).

Se diagnosticó absceso subfrénico derecho, el cual fué drenado por vía extra peritoneal el 4 de abril de 1968, dejándose en esta oportunidad tres drena- jes: a) en región supra hepática; b) En región sub-hepática y c) En región abdomi- nal.

El cultivo del material purulento encontrado reportó colibacilo. Se trató con Penicilina Cristalina y Procaína, Estreptomicina y posteriormente Clo- ranfenicol y Gentamicina.

El 20 de Abril de 1968 la paciente fué nuevamente reingresada, ex- plorándose región de vesícula, la cual se encontró muy adherida al epiplón, tam- bién se encontró un apéndice retrocecal perforado, así como presencia de mate- rial purulento en dicha región.



CUADRO RADIOLOGICO No. 7.

CASO No. 5: J.F.R.P. Reg. Med. No. 16143-69. 12 años de edad. Sexo masculino, Residente en esta Capital.

Ingresó el 25 de Agosto de 1969, con diagnóstico de Apendicitis Aguda perforada, el cual se confirmó con el Acto quirúrgico.

A los tres días de intervenido quirúrgicamente, 28 de agosto de 1969 el paciente manifestó alzas febriles así como infección de la herida operatoria. Cuadro que se complicó además por un proceso bronconeumónico. Se trató con Penicilina Cristalina y Procaína, Cloranfenicol, y Lincomicina, tratamiento -- que duró 14 días. Durante 4 días posteriormente el paciente estuvo apirético y -- luego el 3 de septiembre de 1969, el paciente manifestó fiebre, leucocitosis moderada de 9,850, así como una sedimentación elevada de 55 mm., asociado a -- dolor abdominal difuso.

La radiografía en esta oportunidad reveló una elevación del hemidiafragma derecho con nivel líquido por formación de absceso. (Ver Cuadro Radiográfico No. 8.).

Se diagnosticó un absceso subfrénico derecho, el cual fué drenado por vía abdominal anterior.

El cultivo de material purulento encontrado reportó: Colibacilo sensible a la Gentamicina, antibiótico que fué administrado.

La evolución fué satisfactoria, egresando el paciente el 11 de octubre curado y en buen estado general.

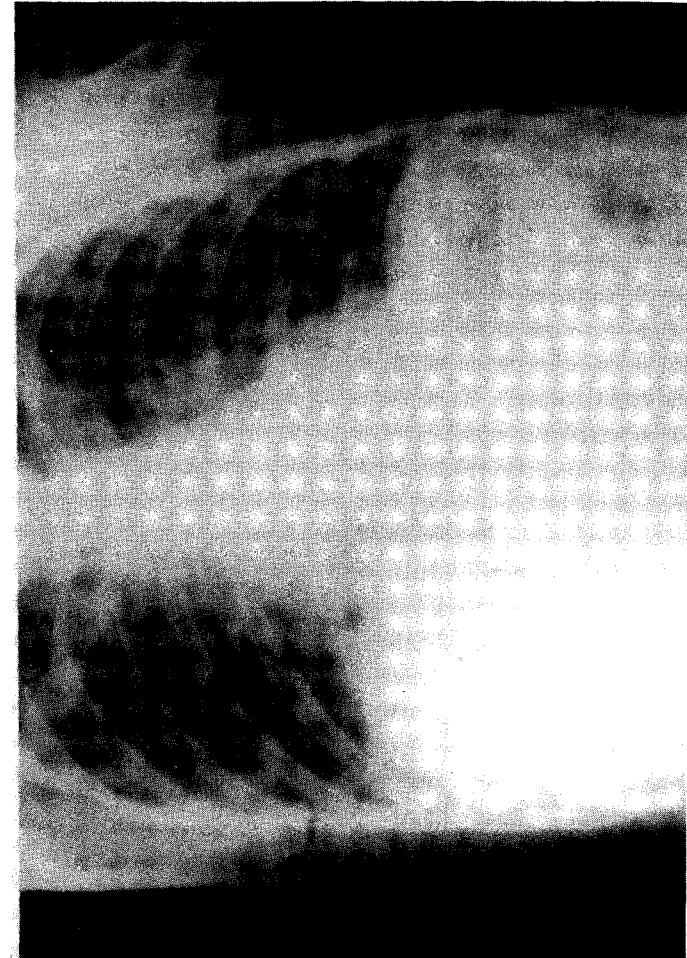
CASO No. 6: R.M.G.M. Reg. Med. No. 21390-69. 12 Años de edad. Sexo masculino. Residente en esta Capital.

Ingresó el 13 de Noviembre de 1969, por fiebre de 38.7°C. y dolor abdominal difuso de 6 días de evolución. Un exámen hematológico mostró una leucocitosis de 7,700 y una sedimentación de 30 mm., con diagnóstico de Fiebre Tifoidea por un Widal dudoso. Tres días más tarde, 16 de Noviembre de 1969, se agregó al cuadro dolor intenso localizado en la zona hepática. Fué difícil de limitar el área hepática.

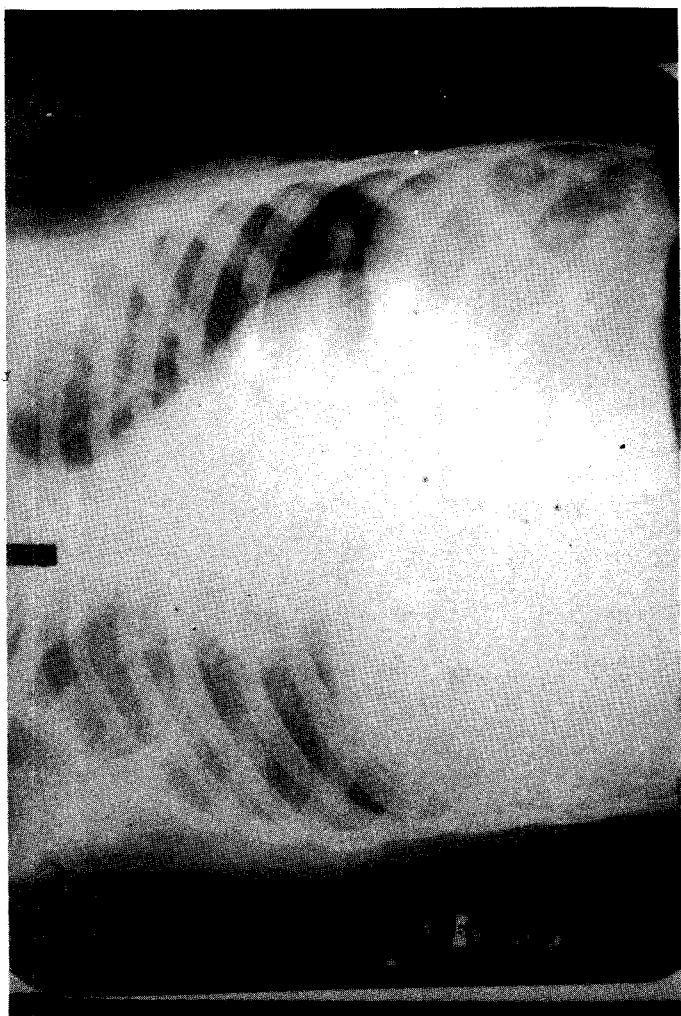
La sedimentación posteriormente se elevó a 80 mm., así como también hubo un aumento de los leucocitos de 10,500. Un nuevo Widal en esta fecha -- fué reportado negativo.

El 20 de noviembre de 1969, el paciente era tratado con Penicilina Procaína y Cloranfenicol y continuaba febril, desmejorándose notoriamente su estado general. Una nueva hematología reveló que los leucocitos aumentaron a 15,000 y la sedimentación se elevó a 90mm., una radiografía toraco abdominal tomada en esta fecha mostró una elevación del hemidiafragma derecho con sombra hidro aérea debajo del mismo. (Ver cuadro radiográfico No. 9).

Se diagnosticó absceso subfrénico derecho por Apendicitis aguda perforada y de localización probable retrocecal, al siguiente día se interviene quirúrgicamente por vía abdominal anterior, encontrándose además del absceso subfré-



CUADRO RADIOLOGICO No. 8.



CUADRO RADIOLOGICO No. 9.

go un Apéndice retrocecal perforado.

Se dejó un drenaje del mismo que permaneció durante 15 días.

El cultivo de la secreción purulenta encontrada, reportó aerobacter aerógena, sensible a la Gentamicina, antibiótico que fué administrado egresó el paciente el día 16 de diciembre de 1969, curado y en buen estado general.

Revisando los casos pediátricos, comprendidos de las fechas 1º de Enero de 1962, al 30 de Junio de 1970, se encontró únicamente 6 casos de absceso subfrénico.

El total de ingresos al Departamento de Pediatría del 1º de Enero de 1962 hasta el 31 de Diciembre de 1969, fué de 36,593 y de los cuales fueron tratados quirúrgicamente por Apendicitis Aguda, 225 casos.

Los seis casos de absceso subfrénico referidos, corresponden del mes de Enero de 1965 al 31 de Diciembre de 1969. Especificamos que los casos revisados en los años de 1962 a 1964, no se encontró ningún caso de absceso subfrénico, así tampoco del 1º de Enero al 30 de Junio de 1970.

Estos datos estadísticos, nos muestran la poca incidencia del absceso subfrénico en el niño.

Por la exposición de los casos clínicos encontrados podemos darnos cuenta que todos los abscesos subfrénicos fueron consecutivos a una Peritonitis por Apendicitis aguda perforada.

Cuatro de los casos manifestaron signos y síntomas francos de una Peritonitis aguda, lo cual nos da un 66% y dos casos presentaron signos y síntomas de un proceso infeccioso abdominal no bien definido que nos da un 34%, estos dos últimos casos eran de cuadros de Apendicitis aguda perforada retrocecal -- sin peritonitis.

De los seis casos encontrados, cuatro fueron tratados por drenaje quirúrgico, usando la vía extra peritoneal y dos casos tratados por vía abdominal anterior.

En todos los casos se dejó drenaje en el espacio subfrénico después de la intervención, y en un caso drenaje sub hepático y retrocólico. De los seis casos, dos se trataron de una apendicitis aguda perforada retrocólica sin peritonitis con un absceso subfrénico instalado. Y cuatro casos se debieron a una -- complicación de Peritonitis por un Apéndice agudo perforado que ya había sido tratado con Apendicetomía y Antibiótico, los casos en los cuales los síntomas abdominales y signos localizados en la región hepática, el apéndice era de localización retrocecal.

En todos los casos se administró Penicilina Procaína asociada a Cloranfenicol, inicialmente y luego se administró el antibiótico específico para el germen reportado de los cultivos del material purulento encontrado en el absceso.

Unicamente un caso presentó recidiva del absceso subfrénico (Caso No. 2), en un caso se efectuó punción aspiración para confirmar el diagnóstico.

Los síntomas predominantes fueron: Fiebre y dolor abdominal y tres casos presentaron además dolor en hipocondrio derecho y de parrilla costal derecha. En todos los casos se presentó una leucocitosis que varió de los 8,000 a 23,000 glóbulos blancos.

El 100% de los casos revelaron una sedimentación elevada. Los estudios radiológicos en todos los casos confirmaron el diagnóstico clínico del absceso subfrénico.

En todos los casos la mejoría fue inmediata al drenaje quirúrgico. El tiempo de hospitalización después del drenaje fue variable, necesitándose -- 22 días el de menor tiempo y de 72 días el de mayor tiempo de hospitalización. (caso No. 2.).

En el 100% de los casos los cultivos del material purulento del absceso reportaron gérmenes gram negativos (colibacilo, proteus vulgaris, aerobacter aerogenes, proteus morganii, proteus mirabilis). En el caso de recidiva del absceso subfrénico (Caso No. 2), los cultivos reportaron estafilococo y estreptococo.

C O M E N T A R I O

Una vez confirmado el diagnóstico del absceso subfrénico se efectuó el drenaje quirúrgico del mismo. Utilizándose para el procedimiento:

- a) Vía extra peritoneal por debajo del reborde costal, entre ambas - líneas axilares. Esta vía no permite volver a contaminar la cavidad peritoneal.
- b) Se utilizó la vía transperitoneal en dos casos, uno de los cuales el absceso subfrénico era secundario a una Peritonitis aguda y el otro se trataba de una perforación apendicular de situación retrocólica, que permitió la formación del absceso, sin peritonitis.

En un caso se hizo una punción aspiración previa al drenaje quirúrgico del absceso. Este procedimiento no lo aconsejamos por el peligro de lesionar la pleura y causar una pleuritis secundaria.

El drenaje del absceso subfrénico debe ir asociado con la administración del antibiótico específico. En general este antibiótico debe ser de amplio espectro y de preferencia con acción contra gérmenes gram negativos.

En el caso clínico (No. 2) que presentó reincidencia del absceso subfrénico y cuyo cultivo reportó gérmenes gram positivos (Estafilococos y Estreptococo), consideramos que fué debido a una contaminación ascendente a través de los drenajes del mismo.

Se utilizó como tratamiento de rutina en todo caso de Peritonitis - aguda la administración de Penicilina asociada al Cloranfenicol.

Consideramos también que la posición de Fowler después del acto quirúrgico, es imprescindible y de gran importancia para prevenir la localización de materiales purulentos en el espacio superior del abdomen, evitando así la posibilidad de formarse un absceso subfrénico, pues por gravedad el material purulento se localiza en la pelvis.

CONCLUSIONES:

1. - El absceso subfrénico es poco frecuente en el niño.
2. - Todo niño sometido a una intervención quirúrgica abdominal, sobre todo si fué séptica es un candidato a padecer de absceso subfrénico.
3. - Todo niño que ha sido intervenido quirúrgicamente y que posteriormente presenta signos y síntomas de proceso séptico (fiebre, leucocitosis, Sedimentación elevada etc.) debe descartarse siempre la posibilidad de un absceso subfrénico.
4. - El tratamiento médico (antibióticos etc), de un absceso subfrénico es poco satisfactorio con la posibilidad de evolucionar a la cronicidad.
5. - El absceso subfrénico de localización derecha es el más frecuente y esto probablemente es debido a que el colon ascendente y lóbulo derecho del hígado, forman con la pared abdominal una especie de canal que va al espacio subdiafragmático derecho. Esto también es favorecido por la posición de decúbito dorsal.
6. - El tratamiento quirúrgico es superior al tratamiento médico.

Lo anterior no excluye el uso de los antibióticos de amplio espectro y medidas médicas, sino que al contrario deben ir asociadas.
7. - El drenaje quirúrgico debe ser por vía extra peritoneal y extra pleural.
8. - Después del drenaje quirúrgico el absceso tiende a curar rápidamente.
9. - No es conveniente la punción en caso de sospecha de un absceso subfré-

- co, pues la aguja puede atravesar el espacio pleural, hígado etc., llevando con ella la infección.
- 10- Los estudios radiológicos son imprescindibles, pues contribuyen no sólo para confirmar el diagnóstico, sino también para la localización del absceso subfrénico.
 - 11- La posición de Fowler, se debe ordenar en todo niño que se sospeche un proceso abdominal séptico y es mandatorio sobre todo en casos de Peritonitis.

RECOMENDACIONES

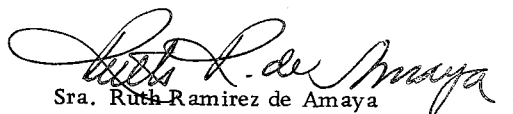
1. - Posición de Fowler antes y después de una intervención quirúrgica abdominal, y con mayor razón si esta es debida a un proceso séptico.
2. - Se debe descartar un absceso subfrénico, en todo proceso séptico inexplicable después de cirugía abdominal de urgencia.
3. - Efectuar el drenaje quirúrgico del absceso subfrénico, de preferencia por vía extra peritoneal y extra pleural.
4. - Asociar el tratamiento quirúrgico, el uso de antibióticos de amplio espectro.

BIBLIOGRAFIA.

1. - Alende, O.E. et al. Surgery Subphrenic abscess. Prensa Médica Argentina 55: 353-6 12 Abril 1968.
2. - Absceso Subfrénico. Notas Terapéuticas. 57 (6): 187, 1964.
3. - Bentley J.F.H. Subphrenic abscess and Umbilical fistula in an Infant Great Ormond Street Journal. 6: 113-116, Dic. 1953.
4. - Cecil Loeb. Tratado de Medicina Interna, 12a. Ed. Editado por Paul B. Beeson y Walsh McDermott. México, Editorial Interamericana S. A. 1968 p. 972.
5. - Dhunphy, J. Englebert and Botsford W. Thomas. Propedeutica Quirúrgica, traducido por Jorge Orizaga Samperio, - 3a. Ed. México Editorial Interamericana, 1966. pp. 76-81.
6. - Fèvre, Marcel. Chirurgie Infantile. Paris. Masson, 1958. p. 406..
7. - Grob, Max. Patología Quirúrgica Infantil, Barcelona, Editorial Científica - Médica. 1958 p. 396.
8. - Harkins, Henry N. et al. Principios y practica de cirugía. 2a. Ed. México, Editorial Interamericana S.A. 1965. pp. 718, 729-31.
9. - Heitz, F. et al. How to detect a subphrenic Abscess By Radiology. Presse Med. 78: 475-8, 25 February 1970.
- 10- Kahn, Arthur M. and Jordan J. Weitzman. Subhepatic and subhepatic Abscess in the Pediatric Patient. Journal of Pediatric Surgery. 4 (2): 256-62 April 1969.
- 11- Kumate, Jesús et al. Absceso subfrénico y recaídas de fiebre tifoidea. Boletín Médico del Hospital Infantil de México 23(5): 645, Sept--- Oct. 1966.
- 12- Laad, W.E. and Swuan, H. Subdiaphragmatic in children. New England --- Journal Med. 229: 1. 1943.
- 13- Mason Brown, Laurer. Surgery of Childhood. London. E. Arnolds Publishers 1st. 1962, p. 891.

- 14- Nixon, H.H. and O'Donell, Barry. The Essentials of Pediatric London Med. Books Ltda. 1961, p. 292.
- 15- Pons, Agustín Pedro. Patología y clínicas médicas, I: Enfermedades - del Tubo digestivo, hígado, vías biliares, páncreas peritoneo y diafragma. Barcelona, Salvat. 1952. pp. 1041-1045.
- 16- Pilchar, David B. Penetrating Injuries of the liver in viet-nam. --- Annals of Surgery. 170 (5): 793, Nov. 69.
- 17- Rosemberg, Mervyn. Absceso subfrénico crónico. The Lancet II: 379-80. 1968.
- 18- Swemson, Orwer. Pediatric Surgery. N.Y., Appleton Century Crofts. - 1962. p. 350.
- 19- Wilson, Johnl and Joseph J. McDonald. Manual de cirugía, 2a. ed. México. El Manual Moderno, 1967, pp. 69-70.
- 20- Wholen, J.P. et al. Subphrenic Abscess. Radiology 92: 1427-37, June 1969.

Vo. Bo.


Sra. Ruth Ramirez de Amaya
Bibliotecaria.

BR. BOLIVAR WALDEMAR CASTILLO RALDA

DR. CARLOS CASTILLO MADRAZO
Asesor.

DR. ALFREDO GIL GALVEZ
Revisor.

DR. JULIO DE LEON MENDEZ
Decano

DR. CARLOS ALBERTO BERNHARD
Secretario

DR. CESAR AUGUSTO VARGAS M.
Decano.