

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ABSCESOS HEPATICOS

(Estudio retrospectivo de treinta casos con tratamiento quirúrgico
en el Hospital General San Juan de Dios en el período de
1970 a 1978)

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

JOSE GUILLERMO PONCE FIGUEROA

Previo a optar el título de:

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. MATERIAL Y METODOS
- IV. ABSCESOS HEPATICOS. GENERALIDADES
- V. ABSCESO HEPATICO AMEBIANO
- VI. ABSCESO PIOGENO
- VII. PRESENTACION DE RESULTADOS Y COMENTARIO
- VIII. CONCLUSIONES
- IX. RECOMENDACIONES
- X. BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

Existen dos tipos de lesiones intrahepáticas clasificadas como abscesos. Uno tiene lugar por infestación con E. Histolítica; el absceso piógeno que es una infección por bacterias.

Debido a la alta incidencia y la naturaleza de las complicaciones que resultan de los abscesos hepáticos, la cirugía juega un papel muy importante en el manejo total de este cuadro.

El propósito de este trabajo es precisamente revisar las experiencias de treinta pacientes que se presentaron con abscesos hepáticos y en quienes la cirugía fue realizada.

Todos los pacientes que debido a causas como: Fracaso en el tratamiento médico, ruptura o ruptura inminente de los abscesos, inadecuada aspiración o problemas de diagnóstico y que tuvieron que ser sometidos a un procedimiento quirúrgico para su tratamiento, fueron incluidos.

Debido a que en los años recientes ha habido un marcado aumento en la incidencia de abscesos hepáticos, esto indudablemente refleja la importancia del diagnóstico para una temprana corrección quirúrgica. Los factores adversos que afectan la mortalidad como carecimiento de terapia preoperatoria adecuada, ruptura hacia cavidades serosas, pueden disminuirse con los métodos actuales de diagnóstico, pero debido a que algunos de estos son sofisticados en nuestro medio, las indicaciones quirúrgicas a veces son oscuras y generalmente se basan en historias, hallazgos físicos sugestivos y anomalías de el laboratorio. Muchas veces los abscesos son únicamente reconocidos en la necropsia. Otra condición como la peritonitis amebiana que se presenta en pacientes con absceso hepático, el drenaje quirúrgico es esencial con

limpieza total de los abscesos pues en este caso el tratamiento conservador tiene resultados de una alta mortalidad. Asimismo el drenaje quirúrgico de abscesos piógenos es obligatorio en todos los casos.

De lo anteriormente expuesto surge el deseo de contribuir con el presente trabajo para que el cirujano general principalmente en nuestro medio, que tarde o temprano se enfrenta ante problemas de abscesos hepáticos conozca las indicaciones y el abordaje quirúrgico adecuado.

II. OBJETIVOS

A. GENERALES

1. Contribuir a la determinación de datos específicos de abscesos hepáticos que recibieron tratamiento quirúrgico en el Hospital General de Guatemala durante un período de ocho años.
2. Efectuar un estudio sobre abscesos hepáticos con datos propios de nuestro medio.
3. Contribuir con las autoridades universitarias, especialmente con la facultad de Medicina al estudio de abscesos hepáticos.

B. ESPECIFICOS

1. Presentar la incidencia de abscesos hepáticos con drenaje quirúrgico en el Hospital General durante un período de ocho años.
2. Determinar cuales son los grupos más afectados en la región (edad y su distinta procedencia).
3. Presentar en forma resumida un estudio sobre las consideraciones generales, clínicas y patológicas de los abscesos hepáticos.
4. Analizar las indicaciones y procedimientos utilizados en el tratamiento quirúrgico de los abscesos hepáticos.

5. Establecer relación entre los datos obtenidos y los referidos por la literatura médica al respecto.

III. MATERIAL Y METODOS

Se presenta una revisión por medio de treinta registros médicos del Hospital General San Juan de Dios que pertenecieron a pacientes que presentaron absceso hepático durante el período 1970 - 1978 y que fueron operados con este diagnóstico.

Los datos para la elaboración de este trabajo se obtuvieron de:

- A. Archivo de registros médicos del Hospital General.
- B. Archivo del Departamento de Patología del Hospital.

Se realizó la revisión de las fichas médicas investigando los siguientes parámetros:

- A. Manifestaciones clínicas
- B. Exámenes de laboratorio
- C. Indicaciones quirúrgicas
- D. Técnicas empleadas
- E. Hallazgos operatorios
- F. Morbilidad y mortalidad

Se efectuó también una revisión bibliográfica sobre el tema, principalmente a través de publicaciones de los últimos años tratando de investigar cada uno de ellos la etiología, los principales medios diagnósticos y el tratamiento para contar con los elementos de juicio necesarios para la comparación de los datos tabulados.

IV. ABSCESOS HEPATICOS

GENERALIDADES:

Clásicamente se describen dos lesiones clasificadas como abscesos del hígado. La primera tiene lugar por infestación con Entamoeba Histolítica; la segunda el absceso piógeno que es una infección por bacterias. Ambas lesiones están asociadas con una considerable morbilidad y mortalidad.

Desde los detallados estudios de Ochsner en 1938 la patogénesis y la terapia de ambas entidades clínicas ha cambiado significativamente.

Anteriormente los abscesos en general afectaban a pacientes jóvenes y la mayoría de estos eran causados por amebas o con frecuencia como complicación de apendicitis aguda.

Hoy estos abscesos han tenido cambios en su patogénesis y detección y predomina en pacientes de mayor edad y el mejoramiento en los métodos bacteriológicos y de laboratorio han hecho cambiar y han proporcionado datos adicionales en la naturaleza y etiología de los abscesos hepáticos. (6, 20)

Las nuevas técnicas de diagnóstico como centellografía hepática, angiografía, y la tomografía axial computarizada han permitido un alto grado de precisión diagnóstica y mejorado la mortalidad a través de diagnóstico y tratamiento temprano. (32)

Asimismo el aparecimiento de drogas antiamebianas y antibióticos específicos en combinación con las mejoras en las indicaciones y técnicas de la aspiración y drenaje de los abscesos,

después de una exacta localización acompañada de un manejo pre y post-operatorio adecuado han permitido que este problema sea resuelto en una forma más efectiva disminuyendo el prolongado tiempo de hospitalización y ayudando a mejorar el pronóstico.

V. ABSCESO HEPATICO AMEBIANO

El absceso hepático amebiano se observa en países donde es frecuente la amebiasis intestinal. Pero en años recientes ha habido un marcado aumento en muchos centros en donde esta enfermedad no es endémica y han sido reportadas experiencias en cientos de casos. (6)

Entamoeba histolitica penetra en el cuerpo por vía bucal, con material infectado, sobre todo agua de bebida.

Patogenia:

No se dispone de datos exactos acerca de la patogenia de la lesión hepática amebiana; la teoría más admitida sugiere que las amebas se alojan en venulas pequeñas, originando zonas minúsculas de trombosis venosa hepática. La actividad citolítica de las amebas destruye luego el parénquima hepático infectado. Las primeras etapas de la enfermedad suelen llamarse hepatitis amebiana, pero la patología de esta etapa del proceso no ha sido bien estudiada.

No se ha establecido la frecuencia con la cual las amebas llegan al hígado, pero existen estudios indicando que el hígado contiene una sustancia amibostática; por lo tanto se supone que las amebas llegan al hígado con gran frecuencia, pero no logran sobrevivir en dicho órgano. Es probable que sólo una pequeña proporción de pacientes que sufren contaminación hepática por este protozoo desarrollen el cuadro clínico a la enfermedad hepática. Entre los pacientes con amebiasis intestinal, la frecuencia de participación hepática varía entre 1 y 25% según las series. Sin embargo, muchos enfermos tienen participación hepática sin

lesiones de la porción tubular del aparato digestivo.

Las vías por la que la ameba alcanza el hígado son:

a. Vía hematogena:

La ameba se disemina de la infección intestinal a través del sistema porta, esto demostrado por la presencia de amebas en las vénulas y capilares de la submucosa intestinal, la muscularis y las tributarias portales en secciones histológicas tomadas de pacientes con amebiasis. (26)

b. Ruta transperitoneal:

Los trofozoitos se depositan en la cavidad peritoneal y de esta forma alcanzan el hígado. (26)

c. Vía linfática:

Probablemente por la existencia de comunicación linfática entre intestinos e hígado. (26)

La mayor parte de pacientes se observan después de que se ha desarrollado un absceso franco, lo cual suele ocurrir probablemente por coalescencia de cierto número de pequeñas áreas de necrosis y destrucción citolítica del parénquima hepático.

Al encontrarse las amebas en el hígado se filtran por los capilares portales produciendo oclusión del lumen con la consecuente necrosis portal. Debido a la actividad citolítica de la ameba, sobreviene la lisis de las zonas necróticas infartadas con la temprana formación de abscesos, los que se hacen confluentes,

formando abscesos de gran tamaño. (26)

Patología y Localización de la lesión:

Patológicamente el absceso se observa sobre todo en el lóbulo derecho del órgano, lo cual tiene interés, dado que la sangre venosa portal que drena el colon va de preferencia al lado izquierdo (6).

Sin embargo la teoría más aceptada actualmente se basa en que la sangre drenada por la vena mesentérica superior, se concentra principalmente en el lóbulo hepático derecho. Esta vena drena la sangre del colon ascendente, lugar donde la ameba se localiza con más frecuencia; mientras que la sangre drenada por la vena mesentérica inferior, proveniente del recto sigmoides, es llevada al lóbulo izquierdo. (26)

La localización de la lesión tiene especial importancia ya que los abscesos del lóbulo derecho con mayor frecuencia presentan complicación pleural o ruptura del absceso con paso del contenido dentro de las cavidades pleurales, dentro de las vías aéreas o pericardio, mientras el absceso del lóbulo izquierdo generalmente es más difícil de diagnosticar y puede dar lugar a dos tipos de presentaciones atípicas. La primera asociada con la presencia de una masa en el epigastrio o hipocondrio derecho simulando un pseudoquiste del páncreas, enfermedad hidatídica, o ensanchamiento de la vesícula. En estas circunstancias la inspección abierta de la masa antes de una aspiración está indicada.

La otra presentación atípica mayor ocurre cuando el absceso hepático amebiano (70 a 80% del lado izquierdo) se rompe en la cavidad abdominal produciendo dolor intenso y rigidez frecuentemente con shock severo.

Macroscópicamente las lesiones pueden ser muy voluminosas, frecuentemente de 10 cm o más de diámetro, y el contenido del absceso tiene un aspecto típico. Se ha descrito como puré de anchoa o crema de chocolate. Es un material viscoso espeso de color rojo parduzco que prácticamente no se observa en ninguna otra lesión. Recientemente K. P. Singh y colaboradores han descrito características distintas del contenido de los abscesos encontrando invariablemente las aspiraciones de un color blanco cremoso con contenido purulento en la parte de abajo. Médicos coreanos han reportado hallazgos similares.

El material de los abscesos es estéril en cultivo, y no permite observar amebas por estudio microscópico. Las amebas generalmente no suelen estar en la población licuada.

CARACTERES CLINICOS:

- Por razones desconocidas la penetración de la mucosa del colon por Entamoeba histolitica con la resultante disentería y los síntomas intestinales es más frecuente en los pacientes de sexo masculino. Las complicaciones extracolónicas ocurren de 7 a 9 veces más frecuentemente en hombres que en mujeres (7).

El comienzo de los síntomas de absceso hepático es variable. La mitad, aproximadamente, de los pacientes no dan antecedentes de diarrea importante, contrariamente a lo que cabría esperar, y mucho no tienen diarrea al tiempo de establecerse el diagnóstico de absceso hepático, en otros pacientes el diagnóstico previo de amebiasis o la confirmación de las amebas al tiempo de empezar los síntomas da una pista inmediata del probable diagnóstico.

Sin embargo la ameba puede ser difícil de encontrar y la frecuencia de identificación varía de 11% a 84%. Cuando la ameba es demostrada por biopsia de la pared del absceso, la confirmación es definitiva.

Esta entidad se presenta usualmente con signos generales como escalofríos, náuseas, vómitos, anorexia y pérdida de peso.

Los síntomas de participación hepática incluyen dolor en el cuadrante superior derecho que puede ser sordo o agudo, y en algunos pacientes sospechoso de abdomen agudo. En presencia de participación diafragmática puede existir dolor pleurítico y también aparece con cierta frecuencia hipo como resultado de irritación del nervio frénico a este nivel.

Los signos físicos varían enormemente de acuerdo al estado general de los pacientes. La hepatomegalia y la defensa abdominal con principal localización en el cuadrante superior derecho del abdomen son los hallazgos más frecuentes en la exploración. El hígado es palpable más abajo del borde costal y su percusión demostrará extensión hacia arriba más allá de lo normal. Contrariamente a los primeros trabajos sobre amebiasis hepática, la ictericia es poco frecuente y en el pasado probablemente fue atribuida a patología biliar de otro tipo. Las principales anomalías en el examen del tórax incluye rose de fricción, disminución de los ruidos respiratorios y estertores, hallazgos que son inconstantes durante la fase no complicada de los abscesos.

HALLAZGOS DE LABORATORIO

Los datos de laboratorio en la amebiasis hepática no son específicos, y pueden ser de gran ayuda en el diagnóstico principalmente como en nuestro medio, cuando la sinografía o la eco-

grafía no son disponibles.

Deben efectuarse pruebas funcionales hepáticas en los pacientes en los que se sospeche este proceso, las cuales en la mayor parte de casos dan resultados normales. La disminución de la albúmina sérica es la más frecuente anormalidad observada en varias series.

La hiperbilirrubinemia ha sido reportada como un hallazgo raro y la ictericia es probablemente de origen colestático debido a la destrucción o compresión del conducto principal biliar intrahepático.

También hay alteraciones en la retención de bromosulfona leina, elevación de la fosfatasa alcalina y transaminasas.

PRUEBAS DE LABORATORIO ESPECÍFICAS:

El diagnóstico específico seguro puede resultar difícil. Se ha creado una serie de pruebas, incluyendo fijación de complemento, hemaglutinación, prueba de precipitina en difusión de Gel y técnicas de inmunofluorescencia. En ninguna de ellas es uniformemente positiva en todos los enfermos y pueden obtenerse resultados positivos falsos. Se ha señalado que las pruebas de hemaglutinación y difusión en Gel tienen realmente precisión del orden de 96%.

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS ESPECIALES:

RAYOS X

El diagnóstico de absceso amebiano muchas veces puede sos-

pecharse basándose en simples exámenes radiográficos. El aspecto típico es la elevación del diafragma derecho en su parte medial anterior. Esto contrasta con la imagen típica del absceso subfrénico, que se presenta sobre todo en el espacio posterosuperior y causa elevación de la parte posterior y lateral del diafragma. También en orden de frecuencia se encuentra un pequeño derrame pleural derecho con neumonitis basal o atelectasias. Una de las pruebas diagnósticas más útiles actualmente es el centelleo hepático después de la inyección de tecnecio radio-activo. Además se han descrito otras diversas técnicas como ultrasonido, angiografía y tomografía axial computarizada que se mencionarán más detalladamente en la revisión sobre abscesos piógenos.

COMPLICACIONES

Los abscesos amebianos representan un diagnóstico difícil, incluso en las áreas en que la amebiasis está altamente difundida. La complejidad del problema aumenta cuando el contenido del hígado pasa dentro de las cavidades pleurales o pericárdicas, directamente hacia un bronquio o dentro de la cavidad peritoneal. Sin embargo, la ruptura a través del diafragma ocurre más comúnmente en forma ascendente que descendente dentro de las cavidades serosas.

COMPLICACIONES TORACICAS DEL ABSCESO AMEBIANO

El absceso amebiano que se localiza en la cúpula del hígado con frecuencia produce dos tipos de complicaciones:

- Reacción inflamatoria pleuropulmonar o pericárdica por continuidad.

b. Apertura a las distintas estructuras intratorácicas.

La complicación pleural del absceso hepático amebiano modifica desfavorablemente el curso de la enfermedad y empeora el pronóstico especialmente cuando el absceso se rompe y vacía su contenido a la cavidad pleural o a las vías respiratorias.

La apertura simultánea del absceso al bronquio y a la cavidad pleural hace suponer la presencia de un proceso invasor sanguinoso que no permite la formación adecuada de adherencias hepato y pleurodiaphragmáticas, lo suficientemente firmes para aislar la cavidad pleural alrededor del sitio de ruptura.

La apertura del absceso al hemitórax izquierdo ocurre cuando el proceso principal se localiza en la cúpula del lóbulo izquierdo del hígado; con mucha frecuencia se abre a la pleura en forma simultánea y produce reacción pericárdica de continuidad.

La complicación por apertura del absceso hepático amebiano, también llamado empiema amebiano, en donde bruscamente pasa gran cantidad de material necrótico a la cavidad pleural, constituye un cuadro de suma gravedad que coloca al enfermo en estado crítico; en estos casos la mortalidad es elevada, llegando hasta el 20%.

Tres mecanismos fisiopatológicos son fundamentales para determinar la gravedad de esta complicación:

- Absorción de gran cantidad de material necrótico a través de las superficies pleurales, lo que origina estado de toxoinfección.
- Colapso pulmonar y formación de cortos circuitos intrapulmonares, lo que origina insuficiencia respiratoria.

ria creando severas anomalías en la ventilación y perfusión.

c. Desviación del mediastino con su consecuencia hemodinámica.

COMPLICACIONES TORACICAS DEL ABSCESO HEPATICO AMEBIANO

Pleural

Reacción inflamatoria de continuidad

Pericárdica

A Bronquio

A Pleura

A Pericardio

A Bronquio y Pleu

Mixta

A Pleura y peri-
cardio

Complicación por apertura

DIAGNOSTICO Y CUADRO CLINICO DE LA COMPLICACION TORACICA DEL ABSCESO HEPATICO AMEBIANO

Generalmente todos los pacientes presentan síntomas y signos atribuidos a abscesos hepáticos amebianos. El curso clínico puede variar desde varios días hasta ocho meses antes del inicio de la complicación pleural.

Anemia, leucocitosis y neutrofilia, anomalías de la función hepática, y elevación del diafragma con neumonitis basal o atelectasias además de pequeño derrame pleural son los más frecuentes pero inconstantes hallazgos durante la fase no complicada. La gran disponibilidad de pruebas serológicas y centelleo con radioizótopos ayudan al diagnóstico temprano fácil.

El cuadro clínico de la ruptura a la cavidad pleural incluye un inicio agudo de dolor torácico intenso, además dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen irradiado al hombro ipsilateral y al borde de la escápula, acompañado de taquipnea que progres a disnea intensa rápidamente y algunas veces shock séptico hiperdinámico.

Los rayos X de tórax muestran una opacificación parcial o total del lado derecho del borde del mediastino.

El color de la evacuación varía entre café, gris o blanco. El examen o frote del contenido pleural da una positividad de menos del 10%.

RUPTURA INTRAPERITONEAL DE LOS ABSCESOS HEPATICOS AMEBIANOS

La peritonitis amebiana puede desarrollarse en pacientes sintomáticos o asintomáticos con absceso hepático o en aquellos que han recibido terapia antiamebiana. Un síndrome de dolor abdominal o "preruptura" puede preceder al desarrollo de la peritonitis.

Los hallazgos clínicos que siguen a la ruptura amebiana usualmente incluyen peritonitis generalizada, distensión abdominal, aumento de la fiebre y frecuentemente shock. La rigidez

en tabla de un abdomen quirúrgico puede estar ausente algunas veces.

El desarrollo de adherencias peritoneales alrededor de un absceso con anterioridad a la ruptura puede resultar un proceso mucho más localizado. El agrandamiento y la hipersensibilidad del hígado, ictericia, alteración mental, diarrea reciente e inmovilización progresiva del diafragma derecho han sido observados como síntomas y signos que pueden sugerir una etiología amebiana de la peritonitis.

La indistinta localización superior de muchos abscesos hepáticos hace que algunos de estos se rompan y produzcan peritonitis que usualmente envuelve la superficie inferior del hígado. Los abscesos del lóbulo izquierdo están propensos en mayor porcentaje a una ruptura intraabdominal (30 a 50%); pero muchos casos ocurren en el lado derecho porque este es el lóbulo más frecuentemente afectado por amebiasis.

En general la mortalidad total resulta alta con peritonitis generalizada, ictericia y la presencia de abscesos múltiples, que son especialmente signos de pobre pronóstico.

TRATAMIENTO DEL ABSCESO HEPATICO AMEBIANO

El tratamiento del absceso siempre ha sido motivo de discusión. En las cuatro décadas anteriores consistía sistemáticamente en drenaje y administración de drogas amebicidas. Prácticamente la emetina era el único producto eficaz para el tratamiento del absceso hepático amebiano hasta el aparecimiento de la cloroquina en 1948. Sin embargo durante mucho tiempo se utilizó la administración de emetina con cloroquina juntamente con amebicidas intestinales como diodoquina.

Sin embargo en años recientes ha habido un cambio notable en el tratamiento del absceso hepático al desarrollarse nuevas drogas que parecen ser muy eficaces y tienen muy poca toxicidad. - En 1965 Powell y colaboradores señalaron la asociación de dihidroemetina más cloroquina como el tratamiento de elección. No obstante poco tiempo después estos autores señalaron resultados excelentes con el empleo de metronidazol. En muchos pacientes la utilización de este medicamento se ha acompañado de la desaparición del absceso, demostrado por centelleos hepáticos repetidos incluso sin drenaje alguno. Por lo tanto en la actualidad el tratamiento recomendado por muchos autores es la simple administración de metronidazol tanto para la participación hepática como intestinal de la amebiasis. La dosis recomendada es de 750 miligramos tres veces al día durante diez días.

INDICACIONES QUIRURGICAS DEL ABSCESO HEPATICO AMEBIANO

Siempre ha variado la opinión acerca de método de drenaje adecuado y usualmente no existen indicaciones bien definidas para el tratamiento quirúrgico de esta entidad, pero debido a la naturaleza de las complicaciones resultantes de los abscesos hepáticos amebianos, la cirugía es imprescindible en el manejo total de las mismas.

Las principales indicaciones de operación son: ruptura o inminente ruptura de los abscesos, fallo en la respuesta a la terapia médica, inadecuada aspiración, abscesos del lóbulo izquierdo y problemas de diagnóstico.

La ruptura es inminente cuando se intensifica la reacción pleural, el diafragma se hace más elevado o hay cambios de textura o tamaño de la masa del hígado. Sin embargo la erosión en

el pulmón es difícil de predecir y ocurre usualmente cuando el derrame pleural es ausente.

Los abscesos del lóbulo izquierdo dan lugar a presentaciones atípicas que plantean problemas diagnósticos, asociados con la presencia de una masa en el epigastrio derecho simulando un pseudoquiste del páncreas o ensanchamiento de la vesícula, razón por la cual la inspección abierta de la masa está indicada.

INDICACIONES PARA OPERACION

Ruptura o ruptura inminente

Ruptura conocida

Sospecha de ruptura

Fallo en terapia médica

Abscesos lóbulo izquierdo

Problemas de diagnóstico

Condiciones abdominales agudas

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS UTILIZADOS EN EL ABSCESO HEPATICO AMEBIANO

Siempre se ha preferido el drenaje por aspiración de aguja ya que esto disminuye la posibilidad de contaminación bacteriana y logra un buen control del proceso patológico; empleado junto con la terapéutica medicamentosa adecuada. Este procedimiento está indicado en presencia de abscesos solitarios y bien localizados. En ocasiones serán necesarias aspiraciones múltiples aunque en muchos casos una sola aspiración ha bastado, incluso cuando el absceso es muy voluminoso.

ASPIRACION DE UN ABSCESO

El punto de introducción cutánea y la dirección de la aguja dependerán de la localización del absceso. Esta debe determinarse por examen cuidadoso del hígado localizando el punto de tensión dolorosa máxima o la zona de hipertrofia más notable. Tienen particular utilidad diagnóstica las radiografías anteroposteriores y laterales, sobretodo para abscesos de la parte superior del hígado. La localización exacta de los abscesos se hace mediante los métodos modernos de centellografía y ultrasonido.

- A. Pueden abordarse los abscesos de la parte anterior del hígado inmediatamente por debajo del borde costal derecho. Recuérdese que la superficie inferior del hígado queda inclinada hacia arriba desde el borde anterior inferior; a menos que haya un agrandamiento considerable del hígado, debe dirigirse la aguja hacia arriba.
- B. Corte sagital en que puede verse la aguja aspiradora - en posición.

C. Los abscesos hepáticos posteriores pueden alcanzarse por debajo de la duodécima costilla, cerca de la unión lumbo costal; la aguja debe de dirigirse hacia arriba y adelante.

D. Obsérvese la penetración posterior en corte sagital.

E. Los abscesos de la parte lateral del hígado pueden alcanzarse introduciendo la aguja aspiradora en el espacio intercostal que parezca más cercano a la parte central de la lesión.

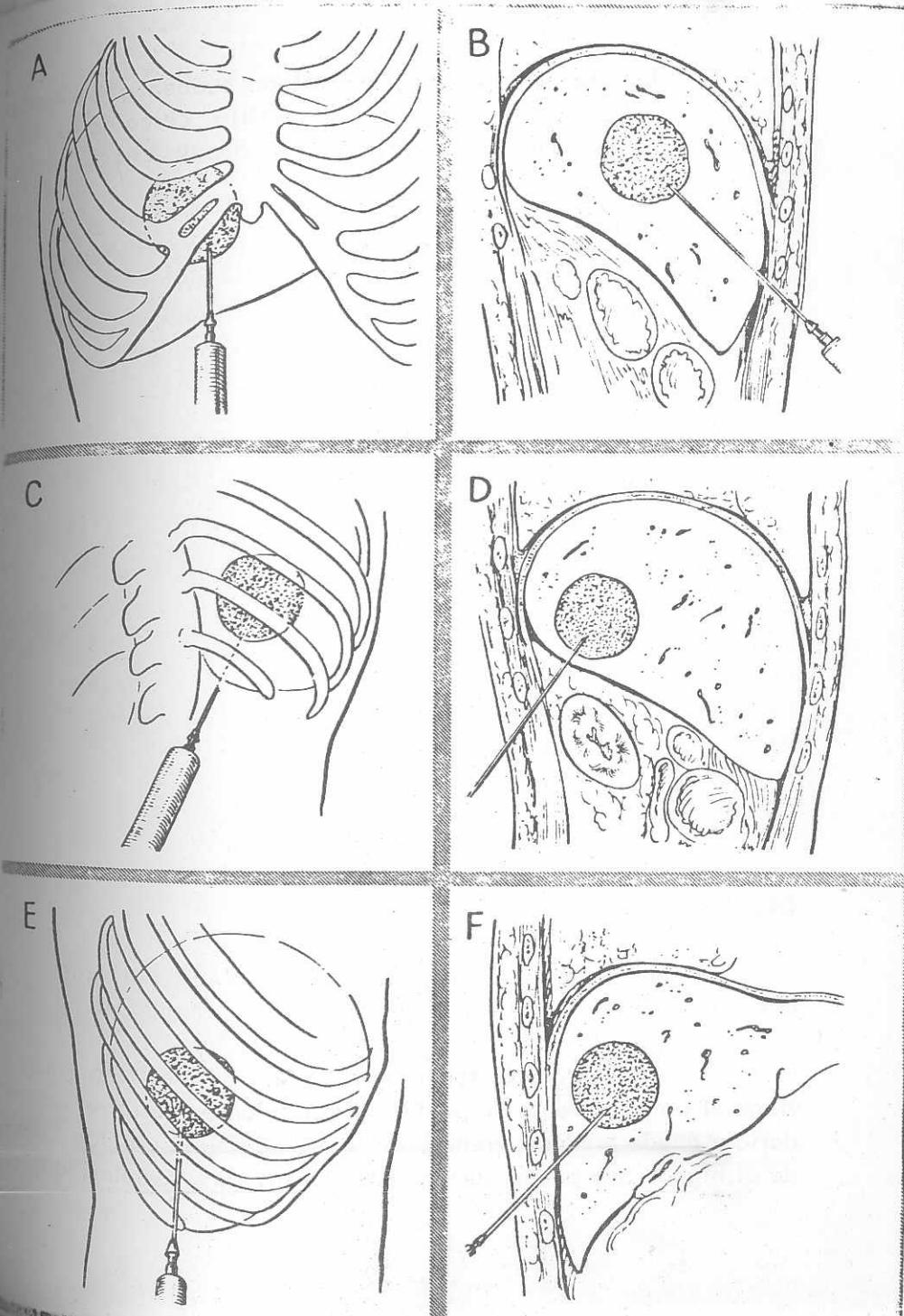
F. Obsérvese en corte sagital la aguja insertada a través de un espacio intercostal.

La aspiración de los abscesos hepáticos amebianos debe efectuarse con todas las precauciones de asepsia y con técnica muy cuidadosa para evitar la contaminación secundaria del absceso. Hay que aplicar aspiración constante a la aguja para evitar que atraviese la cavidad y penetre en el hígado o estructuras vecinas. Si se encuentra líquido, hay que aspirar el mayor volumen posible. Algunos autores recomiendan lavar la cavidad con solución de emetina, cuando el absceso es amebiano.

DRENAJE ABIERTO

La ruta de acceso varía dependiendo de la localización del absceso, y esta puede ser transtorácica o transabdominal.

El drenaje transperitoneal abierto ha sido preferido pero tiene el inconveniente de permitir la invasión bacteriana secundaria y puede producir en muchos casos una fistula crónica desde el hígado que puede aumentar la morbilidad y complejidad del



RUPTURA INTRAPERITONEAL CON PERITONITIS AMEBIANA

La terapia óptima de la peritonitis amebiana no ha sido establecida. Algunos autores experimentados como Oschnner y De Bakey recomendaron manejos clínicos consistentes en emetina y aspiración por punción del líquido peritoneal. Incluso a muchos pacientes se les han realizado laparotomías exploradoras con fines diagnósticos con un drenaje subsecuente del absceso y peritoneo. La tendencia actual consiste en drenajes quirúrgicos combinados con emetina o metronidazol.

En algunos trabajos realizados en la India se ha utilizado el manejo conservador consistente en aspiración del absceso hepático, medicamentos antiamebianos y drenaje bilateral a través de la fosa ilíaca derecha; pero en general después de las malas experiencias obtenidas con este método estos mismos autores decidieron realizar laparotomías subsecuentemente en todos sus pacientes.

Por lo tanto el drenaje y limpieza total del absceso por una laparotomía es la medida más beneficiosa y efectiva sobre todo cuando existen múltiples abscesos. Posteriormente se recomienda la colocación de un simple drenaje en la fosa ilíaca y flancos ya sea izquierda o derecha según la localización de los abscesos para la limpieza de la cavidad abdominal y de los restos de los abscesos. Se obtienen mejores resultados si antes de la laparotomía se administran drogas como metronidazol o emetina.

Principales procedimientos operatorios en ruptura de absceso hepático amebiano

Torácicos:

Drenajes cerrados intercostales

Resección de costillas

Toracoplastia

Decorticación

Pericardiocentesis

Intraperitoneales:

Drenajes de abscesos del hígado

Drenaje del tracto biliar

cirugía intestinal.

tratamiento quirúrgico. El drenaje abierto debe utilizarse en todos los casos de ruptura del absceso amebiano.

Anteriormente las altas tasas de morbi-mortalidad fueron asociadas con manipulación transperitoneal, pero los antibióticos han disminuido las mismas. En la actualidad se prefiere el drenaje de estas lesiones a través de una incisión abdominal antero lateral ya sea intraperitoneal o extraperitoneal, lo que permite una completa exploración de las superficies anterior y posterior de los lóbulos hepáticos derecho e izquierdo. Cuando se alcanza el absceso se vacía todo el pus contenido en la cavidad, se efectúan cultivos adecuados, y se dejan colocados en ella drenes de Penrose o catéteres rígidos. El tiempo que estos drenajes deben permanecer dependen de sinogramas repetidos, y hasta que la cavidad del absceso está obliterateda, se retira el catéter.

Cuando el absceso es pequeño y profundo es difícil realizar una palpación y localización adecuada. En este caso, se realiza la localización pre-operatoria por medio de aguja de aspiración con ayuda de la tomografía axial computarizada y fluoroscopia. La aguja de aspiración, se deja colocada en el lugar exacto, y se inyecta azul de metileno con facilidad, para localizar el área a drenar.

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DEL ABSCESO HEPATICO AMEBIANO

COMPLICACIONES TORACICAS

La ruptura dentro de la cavidad pleural es una complicación letal potencial del absceso hepático amebiano. La erosión dentro de la cavidad pleural generalmente produce un empiema masivo agudo, frecuentemente asociado con shock severo que re-

quiero un tratamiento oportuno y eficiente que incluya farmacoterapia y drenaje de la cavidad pleural destinado a producir la pronta obliteración del espacio pleural con la reexpansión del pulmón.

El drenaje debe ser efectivo, con sonda de grueso calibre y succión continua combinado con drenaje o aspiración de los abscesos hepáticos asociados. Cuando el mediastino está fijo se puede recurrir a la pleurotomía abierta. Solo aquellos casos que han pasado la cronicidad con paquipleuritis o cavidades pleurales tabicadas, trastornos de la mecánica toracopulmonar y restricción pulmonar, requerirán de decorticación pleural parieto-visceral.

El tratamiento del absceso hepático amebiano abierto a bronquio incluye la administración de drogas antiamebianas, entre las que la asociación de la emetina con metronidazol ha demostrado ser la mejor combinación hasta el momento. Además, deben llevarse a cabo medidas tendientes a evacuar el material necrótico del absceso a través del bronquio de drenaje.

En forma excepcional, cuando la canalización bronquial es defectuosa y existen datos clínicos y radiológicos que hacen suponer próxima recidiva de la computación o el peligro de otra, se practica la punción hepática.

Principales tratamientos quirúrgicos utilizados:

Toracocentesis

Pleurotomía cerrada

Decorticación

Punción Hepática

Toracostomía cerrada

Toracostomía abierta

VI. ABSCESO PIOGENO

GENERALIDADES:

El absceso piógeno del hígado es una lesión relativamente rara. Ha sido siempre así, aunque en el pasado se descubría frecuentemente como complicación de la apendicitis con pileflebitis. Los pacientes que sufren abscesos hepáticos de este tipo plantean un difícil problema clínico. Los signos y síntomas de los abscesos piógenos son variables y la evaluación individual del paciente puede ser prolongada, condición que los hace altamente letales e influye directamente en la alta mortalidad de los abscesos piógenos del hígado debido básicamente al retraso en el diagnóstico. Sabajj en 1972 encontró un retraso en el diagnóstico - promediado en 50 días y también en otras series menos del 50% de casos fueron diagnosticados en vida. La mortalidad permanece actualmente entre el 30 y 50% contribuyendo sustancialmente a este pobre pronóstico, el retraso en el diagnóstico.

Básicamente han habido cuatro fases en la historia del tratamiento:

1. Los días anteriores a la cirugía los abscesos eran fatales.
2. Los drenajes quirúrgicos ayudaron a la supervivencia.
3. La introducción de antibióticos mejoraron el pronóstico.
4. Finalmente las pruebas diagnósticas especiales para valorar trastornos ocupativos hepáticos, en particular la centellografía y la ultrasonografía aparecidas a par-

tir de 1960, han jugado un papel primordial en la localización y diagnóstico de los abscesos.

Los abscesos piógenos del hígado ocurren en todas las edades y son igualmente comunes en niños y adultos; en adultos son más comunes en hombres que en mujeres, y existe alta incidencia en diabéticos.

El hígado parece ser particularmente resistente a la infección bacteriana si se considera que las bacterias han de penetrar en el hígado a través de la vena porta en gran número procedentes del colon. Esto es particularmente cierto por ejemplo, en pacientes con enfermedades inflamatorias del intestino. A pesar de la frecuencia de diverticulitis, apendicitis y peritonitis, el absceso hepático es complicación rara. Sin embargo, en algunos individuos, la introducción de bacterias no produce infección activa y la contaminación del hígado puede tener lugar por penetración a consecuencia de traumatismo o por extensión de estructuras vecinas como vesícula biliar y colédoco siguiendo los linfáticos, por la vena porta y por la arteria hepática.

El antecedente de cirugía abdominal reciente en estos pacientes es alto y suficiente como para asociarlo o relacionarlo con subsecuentes abscesos hepáticos. En un estudio realizado por A. E. Young (30) en 1978 en 28 pacientes con absceso piógeno, 9 de ellos (35%) tenían una historia de operaciones abdominales previas. Tres gastrectomías parciales, dos úlceras duodenales perforadas o suturadas, dos pancreático duodenectomías y dos apendicectomías; habiendo un retraso entre dos a tres años de espacio o promedio de ocho meses después de las operaciones, antes de que se presentaran los abscesos hepáticos. Casi todas estas operaciones no tuvieron complicación inicialmente.

ETIOLOGIA DE LA LESION

La etiología del absceso piógeno se clasifica de acuerdo a cuatro mecanismos fundamentales:

- a. Extensión de estructuras vecinas
- b. Hematógeno
- c. Infección de lesiones hepáticas primarias
- d. Criptógeno

A. E. Young (30) ha hecho una clasificación más detallada en la cual los orígenes de esta infección pueden ser:

1. Piemia portal secundaria a apendicitis, enfermedad diverticular, u otra enfermedad inflamatoria en el área de drenaje portal. También raramente como complicación de colitis ulcerativa o enfermedad de Crohn.
2. Colangitis secundaria a enfermedad maligna o cánceres que obstruyen los conductos biliares. Esto viene a ser una de las causas menos comunes de los abscesos hepáticos piógenos. Usualmente hay múltiples abscesos y el pronóstico es peor.
3. Diseminación directa de enfermedades por vecindad por ej: Colesistitis, úlcera péptica, sepsis subfrénica o perinefritis.
4. Trauma hepático generalmente severo.
5. Infarto después de embolismo.
6. Criptógeno: como mayor incidencia acompañado de

sepsis intraabdominal. Los abscesos criptogénicos son proporcionalmente más comunes, aunque su causa no es bien conocida. En 43% de series reportadas por Beffler y McCarthy los sitios primarios de las sepsis no se encontraron. Estos autores observaron algunos casos que ocurrieron después de enfermedades resueltas del sistema portal o como una secuela de tromboembolismos o infartos espontáneos intrahepáticos.

PATOGENIA DE LA LESION. ABSCESO CRIPTOGENO

Los abscesos criptogénicos comprenden el grupo de abscesos piógenos en quienes no puede ser propuesta una explicación exacta de la forma en que estos ocurren. Estos abscesos por definición son enigmáticos y de etiología desconocida. Los clínicos han realizado empíricas comparaciones con colecistectomía, apendicectomía o colectomía como complicaciones directas.

La etiología en largos estudios sobre abscesos hepáticos piógenos es atribuida a septicemia; el origen de la sepsis puede ser atribuida a furunculosis, tonsilitis, endocarditis bacteriana subaguda y pielonefritis. La clave de la teoría de sepsis estriba que durante la bacteriemia, los microorganismos se alojan dentro de la vasculatura del hígado y empiezan a crecer formando subsecuentemente un absceso.

J. F. LEE y colaboradores han propuesto una teoría alternativa en la patogenia de los abscesos piógenos criptogénicos. Estos autores consideran que por razones no bien definidas, principalmente ocurren tromboembolismos intrahepáticos idiopáticos de un tamaño variable como para provocar infartos. En un alto porcentaje de los casos, el infarto es seguido de invasión bacteriana y posteriormente formación de absceso.

Además estudios experimentales han establecido que la ligadura de las arterias hepáticas del perro es asociada con una muerte rápida a pesar de dosis masivas de antibióticos para protegerlos. Esta situación es asociada con infartos anaeróbicos y gangrena del hígado. Wilky demostró el desarrollo de pequeños infartos hepáticos múltiples después de clampar y ligar varias venas mesentéricas. Esta evidencia sugiere que los abscesos hepáticos piógenos pueden ser causados por infecciones de áreas infartadas del hígado y que el infarto en este caso precede, a la infección.

Los transplantes hepáticos brindan la oportunidad para evaluar este problema; en estos casos la integridad vascular se ve comprometida por perfusión disminuida, anastomosis inadecuadas o fenómenos propios de reeyeción. Posteriormente y después de la terapia inmunosupresiva, aparecen áreas de infartos con la secundaria invasión bacteriana y formación de abscesos. Starz y Putman en una revisión de sus experiencias con transplantes hepáticos, notaron que la incidencia de bacteriemias y complicaciones infecciosas fue más alta que la esperada en relación con sus experiencias en transplantes renales. Esto fue atribuido a la sepsis hepática de infartos.

En resumen actualmente la mayoría de abscesos hepáticos criptogénicos encuentran su explicación en la teoría de que los abscesos pueden originarse de una invasión de bacterias anaeróbicas en las áreas de infartos hepáticos.

AGENTES CAUSALES DE LOS ABSCESOS PIOGENOS

Los organismos patógenos envueltos en esta entidad clínica son muy diversos. Aunque estreptococcus fecalis y E. Coli han sido reportadas en muchas series como los organismos más co-

munmente aislados, Sabajj ha enfatizado que debido a que un estudio bacteriológico anaeróbico adecuado no fue llevado a cabo en forma rutinaria antes de 1971, es posible que la incidencia de infecciones anaeróbicas se haya subestimado, y Patterson sugiere que una gran incidencia de absceso reportados como "estériles" podrían explicarse ya sea por una mala muestra de cultivo anaeróbico o por el uso de métodos bacteriológicos anaeróbicos inadecuados. Es decir que las mejoras en las técnicas en los cultivos de anaerobios, podrían dar paulatinamente la respuesta a los abscesos hepáticos estériles.

En los últimos años un aumento en la incidencia de infecciones mixtas ha sido notado, así como infecciones debidas a gémenes gram negativos que sugiere la posibilidad de infecciones por E. Coli, pseudomona y proteus.

En síntesis, las mejoras y avances en las técnicas bacteriológicas recientes ayudan a la identificación más precisa de todas las especies involucradas y permiten la institución de una terapia antimicrobiana más adecuada; pero es preciso enfatizar que la bacteria anaeróbica requiere terapéutica antibiótica muy diferente que las apropiadas para E. fecalis y E. Coli y aparte del drenaje quirúrgico obligatorio de los abscesos piógenos, su aislamiento e identificación son parte esencial del sucesivo manejo de esta peligrosa infección.

LOCALIZACION Y PATOLOGIA MACROSCOPICA

El absceso piógeno puede ser único o múltiple. Los abscesos únicos se observan sobre todo en el lóbulo derecho; incluso cuando son múltiples, la participación del lóbulo derecho aisladamente se considera que es más frecuente que la de ambos lóbulos. El izquierdo se encuentra afectado en menos del 5% de los casos.

La mayor parte de estas lesiones se presentan en forma relativamente aguda pero en algunos pacientes el absceso puede pasar a ser crónico señalándose algunos hasta de dos años de existencia. En presencia de un absceso, el hígado aumenta netamente de volumen y en algunos casos su peso puede duplicarse. La perihepatitis es frecuente y muchas veces hay adherencias a estructuras vecinas, en particular el diafragma. Macroscópicamente las zonas del absceso suelen ser de color amarillo pálido, en contraste con el aspecto del hígado normal alrededor.

PRESENTACION CLINICA

La presentación clínica de los abscesos hepáticos puede ser muy variada y desorientar fácilmente al clínico. Los síntomas que predominan en el tiempo de aparecimiento de los mismos son fiebre, dolor, sudoración nocturna, náuseas y vómitos y pérdida de peso. El dato clínico más importante de estos, es la fiebre que va desde 37.5 a 40.5° C. Puede ser continua o intermitente y usualmente de carácter alterante. Los abscesos múltiples acompañados de colangitis dan origen a la llamada curva séptica con grandes variaciones en las 24 horas; frecuentemente un escalofrío precede a la elevación rápida de la temperatura. El dolor puede ser otro síntoma de mucha ayuda.

El clásico dolor subhepático debido a irritación peritoneal directa por el proceso inflamatorio no está presente frecuentemente. Este casi nunca es intenso, sino sordo. El dolor constante puede aumentar por la inspiración a consecuencia de la irritación diafragmática e irradiarse al hombro derecho. Algunos pacientes se presentan con un dolor generalizado severo en el abdomen y el diagnóstico es más difícil. Este dolor generalizado es probablemente generado por el estrechamiento de la cápsula hepática y la pobre localización del dolor es similar al de una hepatitis aguda.

da o insuficiencia cardíaca que produce dolor abdominal. En esta fase algunos pacientes necesitan laparotomía para establecer el diagnóstico. Puede observarse la espontánea desaparición del dolor generalizado, esto posiblemente debido a la fase lenta celular de formación de abscesos.

La sudoración nocturna ocurre aproximadamente en 40 a 50% de los casos y generalmente es descubierta en mayor proporción en los pacientes que no presentan dolor. La razón de esto es desconocida pero puede solamente representar que el paciente haya consultado cuando su síntoma principal era fiebre, pero el dolor abdominal era vago.

La anorexia, náusea, vómitos y malestar son otros síntomas que sugieren enfermedad de vías digestivas altas.

El signo físico más frecuente es la hepatomegalia. El agrandamiento hepático generalmente puede extenderse hacia arriba en lugar de hacia abajo y este es uno de los pocos procesos que originan aumento de este tipo. Típicamente el hígado está hiper sensible. También en los últimos estudios han sido reportados el aumento de pacientes que se presentan con masas intraabdominales palpables. La ictericia, quizás sorpresivamente casi no se observa durante el tiempo de presentación de los abscesos excepto en los pacientes que se presentan con colangitis ascendente.

INVESTIGACIONES DE LABORATORIO

Los datos de laboratorio no descubren cambios específicos en la mayoría de pacientes con este problema. Generalmente existe leucocitosis importante con gran aumento de polimorfonucleares. Este aumento de leucocitos es mayor en el absceso pió-

geno que en el amebiano. La eritrosedimentación aumenta algunas veces más de lo esperado por el estado clínico pero puede variar desde 1 a 135 mm/Hg.

Los exámenes de función hepática pueden ser normales en la mayoría de pacientes con una sola lesión excepto por una elevación de la fosfatasa alcalina, el cual es frecuentemente el único indicio para un diagnóstico correcto. Hirschowitz estableció que esta muestra es frecuentemente sugestiva de un absceso hepático. Un aumento de la fosfatasa alcalina sérica y albúmina baja, pueden ayudar aun más en este diagnóstico. Cuando la sepsis es intensa puede haber contaminación del torrente vascular y hemocultivos positivos.

HALLAZGOS RADIOLOGICOS:

Los estudios radiográficos son de ayuda principalmente la radiografía de tórax que revela generalmente un proceso inflamatorio subdiafragmático indicado por la elevación del diafragma, derrame pleural o presencia de aire libre por debajo del diafragma. La fluoroscopía puede indicar limitación en el desplazamiento diafragmático. Como ocurre en el absceso hepático amebiano, las porciones anterior y medial del diafragma pueden estar afectadas. Las radiografías simples de abdomen, estudios gastrointestinales altos y diversas formas de colangiografía dan resultados positivos en pacientes ocasionales.

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS ESPECIALES

Desde la introducción de técnicas efectivas de fotoexámenes y de la fácil disponibilidad de los radioisótopos para exámenes del hígado (centellografía) y el advenimiento de la arterio-

grafía selectiva del tronco celiaco y el ultrasonido (McCarthy 1967) aparecieron nuevas rutas hacia el diagnóstico precoz de los abscesos hepáticos que han sido definitivas en reducir la alta mortalidad de estos.

CENTELLOGRAFIA

Actualmente se dispone de isótopos radioactivos que inyectados por vía intravenosa se localizan en el hígado. El más frecuentemente empleado es el Sulfato de Tecnecio (Tc^{99m}) que es un emisor gamma con una vida media de seis horas, y es captado por el sistema reticuloendotelial particularmente por las células Kuppfer del hígado. El estudio puede ser realizado dentro de los dos a tres minutos después de la administración del material. Los estudios radiológicos son obtenidos en proyecciones anteriores, y lateral derecho e izquierdo y cualquier defecto mayor de dos cm. de diámetro es fácilmente detectado y se manifiesta por una zona de hipocaptación del material.

El centelleo radioactivo es particularmente útil para reconocer lesiones en masa del hígado, como cáncer metastásico, quistes o abscesos voluminosos.

El Galio 67 (Ga^{67}) se utiliza para descubrir enfermedad tumoral ya que este material tiende a acumularse en las células neoplásicas.

El Rosa de Bengala (I^{131}) es captado por los hepatocitos y luego eliminado hacia el sistema biliar por lo que resulta útil para diagnóstico en fase temprana de obstrucción biliar parcial o completa.

Para localizar un absceso subfrénico es útil un centelleo

combinado del hígado y pulmón y por medio del Tecnecio también puede obtenerse información sobre volumen del bazo o lesiones esplénicas.

Las complicaciones solo se relacionan con el inconveniente teórico que tiene el empleo de radioactividad.

ULTRASONIDO

La investigación ultrasónica del hígado se emplea para valorar lesiones en masa del órgano. El método más frecuente utilizado es aquel en el que los ecos se registran y se almacenan en un osciloscópico para obtener una imagen compuesta bidimensional. El ultrasonido hepático se hace en dos planos, el plano longitudinal paramediano y el plano transversal.

La principal utilidad del ultrasonido en el hígado es que puede diferenciarse o permite distinguir una masa intrahepática sólida y una masa intrahepática quística.

Un absceso del hígado se definirá como una zona discreta con ecos variables en su interior. Las paredes pueden estar engrosadas y el eco interno suele estar disminuido o ser nulo. El absceso sufrénico derecho se identifica como una zona de eco relativamente disminuido que se encuentra entre el diafragma y el hígado.

Los quistes hepáticos se manifiestan como zonas sonoras voluminosas en el hígado. Suelen tener bordes bien definidos y cambiando la sensibilidad no aumenta el eco. Esto es una característica distintiva entre abscesos o tumores metastásicos.

Los tumores primarios del hígado se manifiestan como una

masa que produce eco intenso, con bordes mal definidos, dentro de un hígado homogéneo. Los ecos variables son secundarios a necrosis y hemorragias, produciendo varias interfases para la refacción del sonido.

ANGIOGRAFIA HEPATICA SELECTIVA

El cateterismo selectivo del tronco celiaco ha permitido un estudio detallado de la anatomía arterial del hígado. Siguiendo el proceso del colorante a través del hígado mediante el cambiador rápido de portaplatas, se logra valorar los capítulos y las venas hepáticas pueden reconocerse con toda precisión pequeños efectos correspondientes a metástasis, malformaciones vasculares y cirrosis. La angiografía es esencial para la diferenciación entre un absceso y un tumor. Un absceso se demuestra como una masa solitaria avascular mientras que en un tumor puede valorarse el grado de vascularización y descubrir metástasis insospechadas en otros lóbulos hepáticos.

La vía preferida es el cateterismo transfemoral percutáneo de la aorta abdominal, manipulando la punta de la sonda para que penetre en la arteria hepática, esplénica o mesentérica superior.

Las complicaciones consisten en hemorragia de la zona de punción arterial o trombosis de la propia arteria. Las reacciones alérgicas para medios de contraste son raras.

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA

Este es un método más específico que el centellograma he-

pático isotópico y sus ventajas es que pueden detectar abscesos intrahepáticos profundos y proveer una guía visual para la colocación percutánea del drenaje. Este procedimiento se considera particularmente apropiado para pacientes de bajo riesgo quirúrgico.

TRATAMIENTO DEL ABSCESO PIÓGENO

El tratamiento del absceso piógeno consiste en la exploración intraabdominal y el drenaje quirúrgico adecuado. Este último es esencial y se logra fácilmente cuando el absceso es único, pero puede resultar imposible en pacientes con abscesos múltiples en ambos lóbulos hepáticos.

Los requerimientos básicos para una terapia efectiva del absceso son un diagnóstico y tratamiento temprano. El tiempo de la operación es más importante al procedimiento operatorio. La terapéutica antibiótica debe establecerse tan pronto se sospeche el diagnóstico. Debido a que los gérmenes más frecuentes incluyen estreptococo, E. Coli, y estafilococo aureus por lo tanto, hay que emplear antibióticos de amplio aspecto.

Al igual que el absceso hepático amebiano el procedimiento operatorio se realiza según la localización del absceso ya sea por vía transperitoneal, extraperitoneal o transtorácica. El abordaje se prefiere por medio de una incisión abdominal anterolateral amplia, pues pueden haber anomalías obvias en toda la superficie del hígado. Posteriormente hay que establecer un drenaje adecuado para que pueda ser retenido por períodos prolongados postoperatorios, y el tubo deberá ser retirado cautelosamente, por medio de sinogramas repetidos hasta que la cavidad del absceso se encuentre obliterada. Esto toma varias semanas y el período puede ser similar a los antiguos tratamientos de un -

empiema establecido. Entonces pueden usarse dos alternativas: - Tapar la cavidad del absceso con omentum o realizar repetidas aspiraciones cerradas y administración de antibióticos. En cualquiera de los dos métodos que se escoja la evacuación inmediata del pus debe establecerse.

Recientemente Haya ha reportado en una forma satisfactoria de aspiración transhepática y drenaje del absceso por vía percutánea; la cavidad puede drenarse completamente por esta vía. Este método es recomendado para los abscesos hepáticos posteriores o intrahepáticos profundos que pueden realizarse satisfactoriamente sin entrar al colon o perforar alguna viscosa hueca.

Se enfatiza por último que el pronóstico de los abscesos hepáticos piógenos depende del diagnóstico y tratamiento temprano y las posibilidades diagnósticas disponibles en la actualidad deben ser aprovechadas para identificar en forma precoz los abscesos hepáticos.

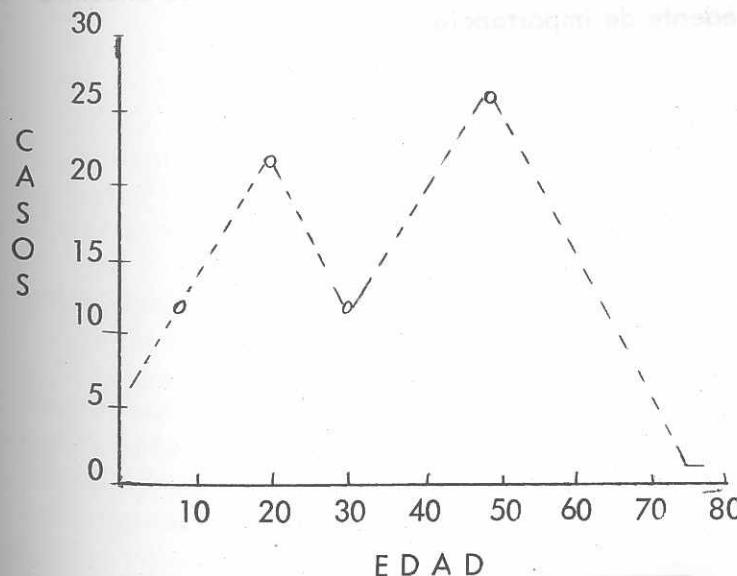
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS Y COMENTARIOS

En la revisión de ocho años sobre absceso hepático, en el período comprendido entre 1970 y 1978 en el Hospital General San Juan de Dios, treinta de estos casos necesitaron de algún procedimiento quirúrgico para su resolución.

Dentro de estos treinta casos 27 (90%) correspondieron a sexo masculino y 3 (10%) sexo femenino, siendo los casos más afectados entre la segunda y cuarta década de vida. Las edades oscilaron desde 2 a 76 años.

La relación de casos edad se muestra en la gráfica No. 1

GRAFICA No. 1



CUADRO No. 1
INCIDENCIA POR SEXO

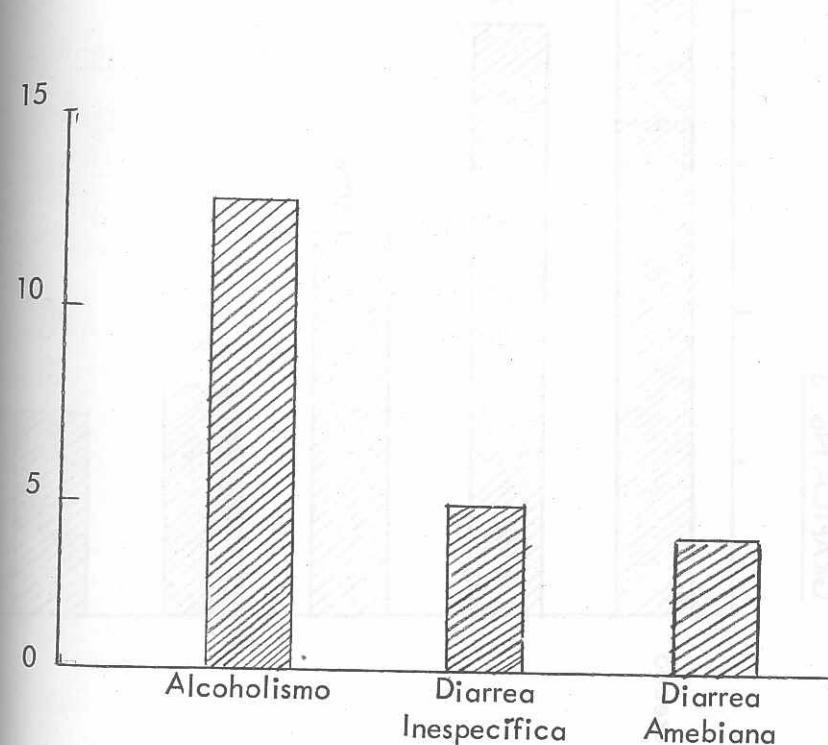
<u>Sexo</u>	<u>No. de Casos</u>	<u>Porcentaje</u>
Masculino	27	90%
Femenino	3	10%
Total	30	100%

ANTECEDENTES

Entre los antecedentes investigados en los treinta pacientes, predominó el alcoholismo en 13 casos (43.33%), seguido de diarrea inespecífica en 5 casos (16.66%) y diarrea amebiana en 4 casos (13.33%). En 8 casos (26.66%), no se encontró ningún antecedente de importancia.

GRAFICA No. 2

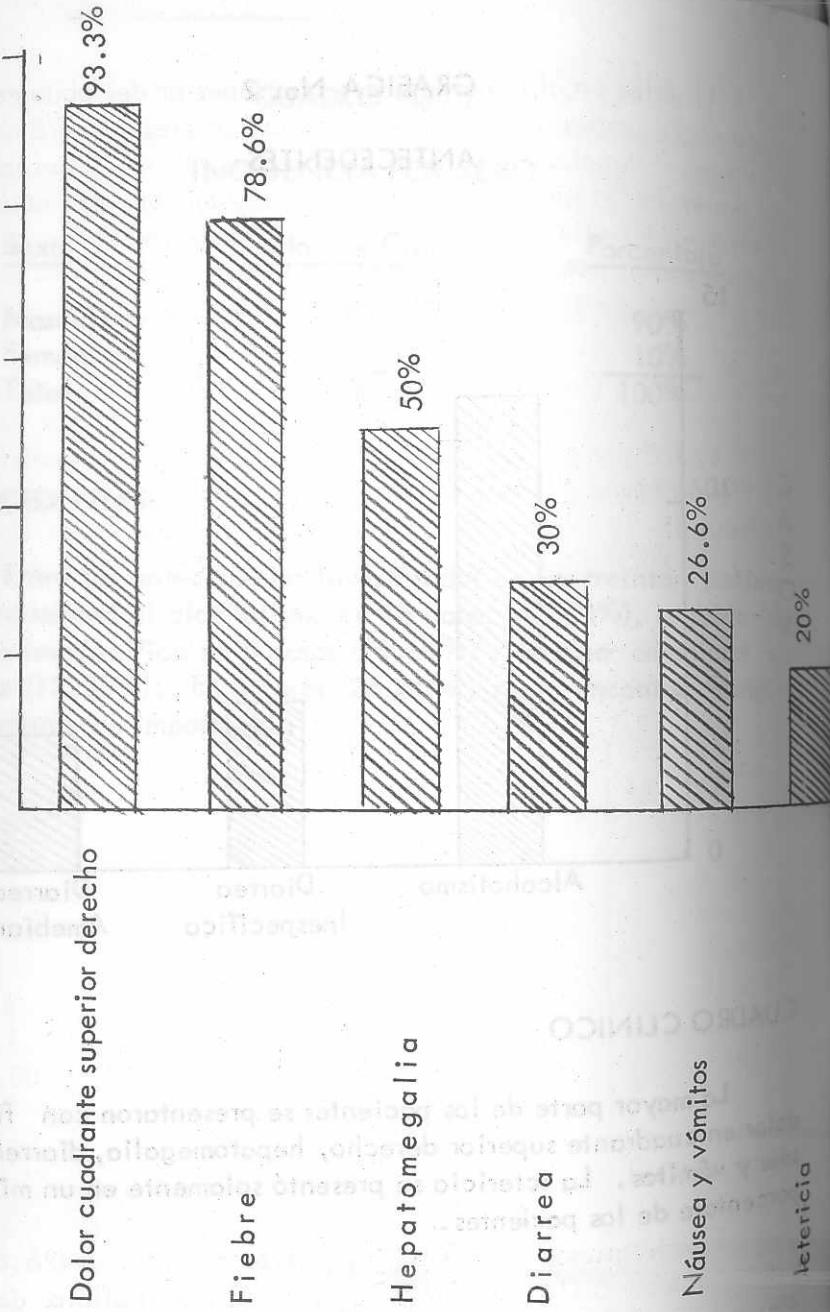
ANTECEDENTES



CUADRO CLINICO

La mayor parte de los pacientes se presentaron con fiebre, dolor en cuadrante superior derecho, hepatomegalia, diarrea, náuseas y vómitos. La ictericia se presentó solamente en un mínimo porcentaje de los pacientes..

GRAFICA No. 3



El dolor en el cuadrante derecho superior del abdomen presentó en 28 pacientes (93.3%); la fiebre se presentó (78.6%) en 23 casos. Hepatomegalia en 15 pacientes (50%); Diarrea en 10 pacientes (30%) incluyendo inespecífica y amebiana; náuseas y vómitos en 8 pacientes (26.6%); ictericia solamente en 6 pacientes con el porcentaje más bajo del 20%.

PROCEDENCIA

La incidencia más alta proviene de esta capital con 23 casos (76.66%). Los 7 casos restantes provenían del área rural. 3 de Escuintla (10%); 2 del Progreso (6.66%); 1 de Santa Rosa (3.33%); y 1 de Suchitepéquez (3.33%).

CUADRO No. 2

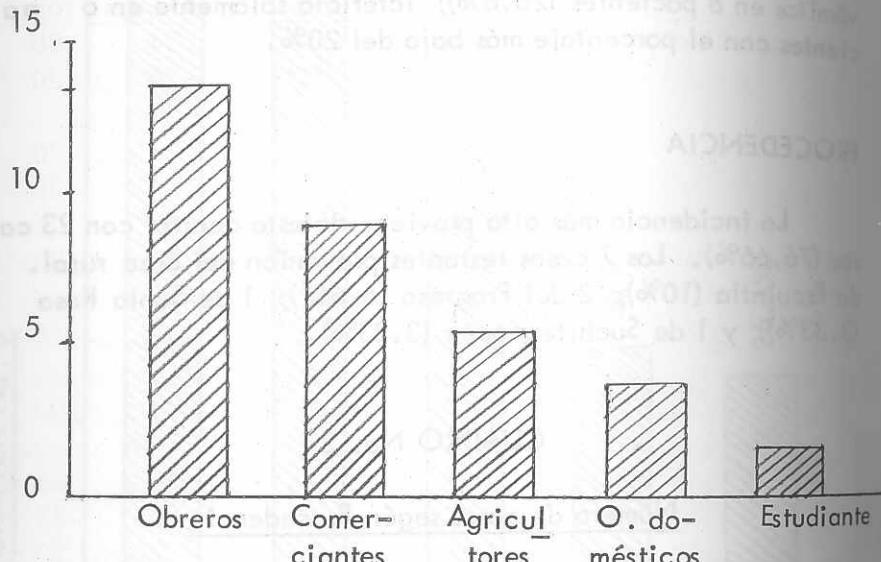
Número de casos según Procedencia

Procedencia	No. de Casos	Porcentaje
Guatemala	23	76.66%
Escuintla	3	10.00%
Progreso	2	6.66%
Santa Rosa	1	3.33%
Suchitepéquez	1	3.33%
TOTAL	30	100.00%

OCUPACION

En este grupo, 13 (43.33%); fueron obreros. 8 (26.66%) comerciantes. 5 (16.66%) agricultores. 3 (10%) oficios domésticos. y 1 (3.33%) estudiante.

GRAFICA No. 4



HALLAZGOS RADIOLOGICOS

Las radiografías de tórax se realizaron en todos los pacientes estudiados por absceso hepático y que requirieron drenaje quirúrgico. Las anomalidades se muestran en el cuadro No. 3

HALLAZGOS RADIOLOGICOS

	No. de Pacientes	Porcentaje
Elevación de hemidiaphragma derecho	12	40.00%
Derrame Pleural derecho	8	26.66%
Normales	10	33.33%
TOTAL	30	100.00%

RESULTADOS DE LABORATORIO

CUADRO No. 3

Pruebas Efectuadas		No de Pacientes	Porcentaje %
Hemoglobina	Baja	24	80
	Normal	6	20
Leucocitos	>10,000	21	70
	<10,000	9	30
Segmentados	Arriba de 70%	24	80
	Arriba de 2%	5	6.66
Eritrosedimentación	Arriba de 20mm/Hr.	30	100
Transaminasas	Normales	14	46.6
	Anormales	7	23.3
	No efectuadas	9	30
Bilirrubinas	Normales	18	60
	Anormales	5	16.66
	No efectuadas	7	23.33
Tiempo de Protombina	Normales	12	40
	Anormales	7	23.33
	No efectuadas	11	36.6
Fosfatasa alcalina	Aumentada	18	60
	Normal	6	20
	No efectuada	6	20
Proteínas Totales y relación A/G	Efectuadas	8	26.6
	Normales	1	3.33
	Bajas	6	20

Los cambios más significativos en el cuadro anterior fueron la hemoglobina, la cual presentó un valor bajo en el 80% del grupo investigado. La eritrosedimentación se elevó en el 100% de los pacientes, y la fosfatasa alcalina aunque no fue investigada en toda la muestra se elevó en un 60%.

CENTELLOGRAFIA

El estudio con radioisótopos únicamente pudo efectuarse en 7 (23.33%) de los pacientes que necesitaban drenaje quirúrgico de los abscesos o sea un número bastante bajo en comparación con el valor diagnóstico de este procedimiento. En 6 (20%) fue positivo y en un caso no orientó al diagnóstico pero de todas formas fue sometido a operación.

CUADRO No. 4

<u>Centellografía</u>	<u>No. de Casos</u>	<u>Porcentaje</u>
No efectuada	23	76.66%
Efectuada	7	23.33%
Positiva	6	20
Negativa	1	3.33%

INDICACIONES QUIRURGICAS

Todos los pacientes en este estudio necesitaron de algún procedimiento quirúrgico para la resolución de su cuadro; las principales indicaciones quirúrgicas se mencionan en el cuadro No. 5.

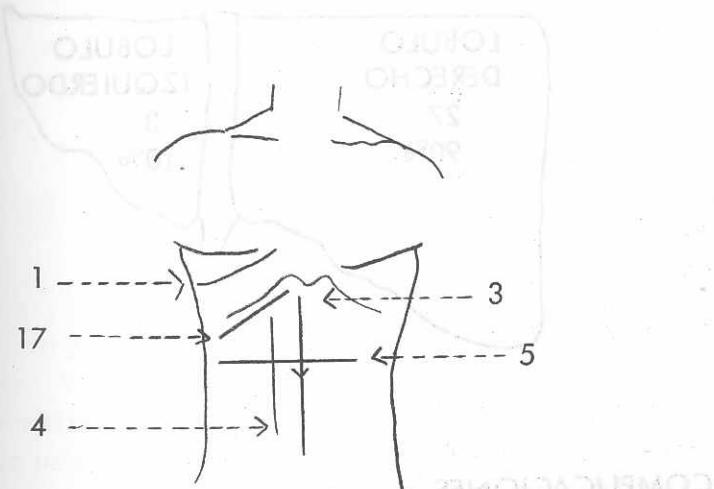
CUADRO No. 5

<u>Indicaciones Quirúrgicas</u>	<u>No. de Casos</u>	<u>Porcentaje %</u>
Ruptura	16	53.33
Fracaso de tratamiento médico	8	26.66
Tamaño del absceso	2	6.66
Toxiinfección	3	10
Obstrucción de vías biliares	1	3.33

Incisiones quirúrgicas utilizadas

Todos los pacientes fueron tratados por exploración intraabdominal y drenaje subsecuente.

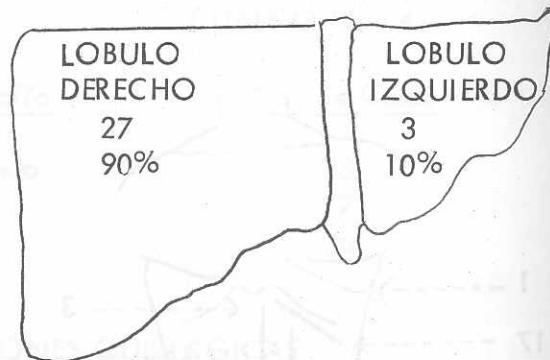
La figura número 1 muestra el tipo de incisión utilizado



Puede observarse que el tipo de incisión más utilizado fue la subcostal que se realizó en 17 pacientes (56.66%). En 5 (16.66%) pacientes se realizó una incisión abdominal transversal; en 4 (13.33%) se efectuó una incisión paramediana derecha; en 3 (10%) incisión mediana; y solamente en 1 (3.33%) se realizó una incisión torácica. En resumen 29 (96.66%) fueron abordados por vía transabdominal y 1 (3.33%) por vía transtorácica.

LOCALIZACION DE LOS ABSCESOS

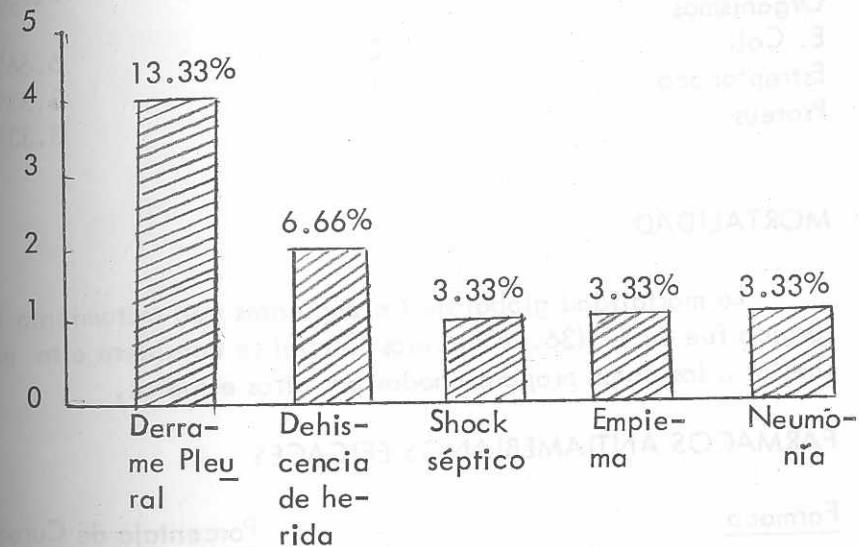
La localización fue similar a la reportada en otras series. 27 (90.5%) se localizaron en el lóbulo derecho y 3 (10%) en el lóbulo izquierdo como lo muestra la figura No. 2.



COMPLICACIONES

Las complicaciones se observaron en un total de 9 (30%) de pacientes, se enumeran en la gráfica Número 5.

GRAFICA No. 5



FROTES Y CULTIVOS

Unicamente se aislaron 4 (13.33%) bacterias en los cultivos obtenidos del material de los abscesos. El resto se consideró como abscesos estériles. No pudo determinarse el porcentaje de amebas ya que no se investigaron los resultados de las biopsias.

CUADRO No. 6

<u>CULTIVOS</u>	<u>CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Negativos	26	86.66%
Positivos	4	13.33%
Organismos		
E. Coli	2	6.66%
Estreptococo	1	3.33%
Proteus	1	3.33%

MORTALIDAD

La mortalidad global de los pacientes con tratamiento quirúrgico fue de 11 (36.66%) casos la cual se considera alta pero similar a los datos proporcionados por otros estudios.

FARMACOS ANTIAMEBIANOS EFICACES

<u>Farmaco</u>	<u>Porcentaje de Curación</u>
Dihidroemetina + Metrodinazol	96%
Metronidazol	89%
Dihidroemetina + Cloroquina	83%
Dihidroemetina	70%
Hidroxicloroquina	70%
Emetina	68%

VIII. CONCLUSIONES

1. Se consideran a las lesiones hepáticas clasificadas como abscesos de dos distintas etiologías. La primera causada por infestación con Entamoeba Histólitica, y el absceso piógeno que es una infección por bacterias. Ambas están asociadas con una considerable morbilidad y mortalidad y el diagnóstico y tratamiento precoz son definitivos en reducir estas altas tasas.
2. No se dispone en nuestro medio de procedimientos diagnósticos especiales que ayuden a la detección temprana de los abscesos hepáticos y el alto porcentaje de complicaciones son debidas a retraso en el diagnóstico y tratamiento.
3. Las mejoras y avances en las técnicas bacteriológicas recientes ayudan a la identificación más precisa de todas las especies bacterianas involucradas en los abscesos piógenos y permiten la institución de una terapia antimicrobiana adecuada. La incidencia de infecciones anaeróbicas ha sido subestimada y su aislamiento de identificación bajas pueden explicarse por una mala muestra de cultivo o por el uso de métodos bacteriológicos inadecuados.
4. Los hallazgos clínicos predominantes fueron dolor en el cuadrante superior derecho, fiebre y hepatomegalia.
5. El diagnóstico de absceso hepático puede sospecharse basándose en simples exámenes radiológicos principalmente la radiografía de tórax que revela generalmente un proceso inflamatorio subdiafragmático indicado principalmente por la elevación del diafragma o presencia de derrame pleural, anomalías que fueron observadas en nuestros pacientes.

6. Los datos de laboratorio no descubren cambios específicos en la mayoría de pacientes con este problema. Las principales alteraciones hematológicas generalmente son leucocitos con desviación a la izquierda y eritrosedimentación aumentada. La fosfatasa alcalina se elevó en un 60% de nuestra serie, dato que frecuentemente es el único indicio en los exámenes de función hepática para sospechar este diagnóstico.
7. La enfermedad se presentó más frecuentemente en el sexo masculino en un 90% y el grupo más afectado fue el comprendido en la cuarta década de la vida.
8. El alcoholismo fue el antecedente más importante y se presentó en el 43.33% de los pacientes. El antecedente de diarrea inespecífica y diarrea amebiana fue bajo en nuestro estudio, comparado con otras series, correspondiendo en un 16.66% de los casos.
9. El obrero y el comerciante fueron los más afectados respecto a su ocupación, posiblemente debido a que los alimentos los reciben de distintos lugares.
10. Las principales indicaciones quirúrgicas en los abscesos hepáticos amebianos consisten en ruptura o rotura inminente, fallo en la terapia médica, abscesos del lóbulo izquierdo y problemas de diagnóstico. El absceso piógeno necesita definitivamente de exploración intraabdominal y drenaje quirúrgico adecuado.
11. La vía abdominal es la de elección y permite la exploración adecuada de toda la glándula hepática y el drenaje de los abscesos. El drenaje transabdominal y transtorácico extraseroso permiten abordar en forma adecuada las compli-

- caciones de los abscesos hepáticos. El drenaje por aspiración de aguja está indicado en presencia de abscesos solitarios y bien localizados, empleado junto con la terapéutica medicamentosa adecuada.
12. Se considera que el absceso está curado, cuando desaparecen los síntomas y signos, el recuento de blancos y las pruebas hepáticas se normalizan, y desaparecen las secreciones por las canalizaciones. El centellograma es útil para valorar la evolución y la curación del proceso ya que permite retirar los drenajes indicando el momento en que la cavidad estáobliterada.

IX. RECOMENDACIONES

1. Debe tratar de establecerse un adecuado diagnóstico diferencial entre los dos tipos de abscesos hepáticos utilizando principalmente las pruebas serológicas específicas y los métodos bacteriológicos adecuados, pues en el reciente estudio realizado en el Hospital General San Juan de Dios la mayoría de abscesos son tratados como de etiología amebiana sin utilizar la antibioticoterapia específica o los drenajes quirúrgicos adecuados.
2. Las pruebas de diagnóstico especiales principalmente las centellografías tienen que efectuarse en todos los pacientes con sospecha de absceso hepático, para demostrar la exacta ubicación del mismo y poder ejecutar un abordaje quirúrgico acertado.
3. Es imprescindible realizar mejoras en los métodos y técnicas de aislamiento e identificación de cultivos anaerobios para tratar de verificar o establecer en mejor forma la etiología del absceso criptogénico, poco conocido y estudiado en nuestro medio.
4. Las complicaciones abdominales y torácicas de los abscesos hepáticos, se tratarán en forma rápida y precisa pues estas son altamente letales y la evacuación completa del material con drenaje adecuado favorece el bajo pronóstico de las mismas.
5. Siempre debe asociarse el tratamiento médico completo al

quirúrgico, antes y después de la operación, y se logran mejores resultados si antes de la exploración se administran drogas específicas.

6. Se recomienda no asociar necesariamente el antecedente de disentería a absceso hepático amebiano ya que este, se presenta en aproximadamente 50% de los casos, por lo que debe acudirse a la prueba de hemaglutinación, que es más específica.
7. En la fase final el cuidadoso manejo postoperatorio es fundamental y hay que establecer un drenaje adecuado para que pueda ser retenido por períodos prolongados y el paciente pueda soportar el tormentoso período de recuperación.

X. BIBLIOGRAFIA

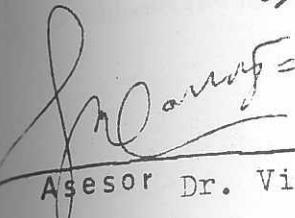
1. Altemeir Wa, Schowewgenot and Whiteley, et. al.,
Abcesses of the liver: Surgical consideration
Arch. Surg. 101: 258, 1970.
2. Ascide A, et. al.
Endoscopic retrograde Cholangiography (ERC) In Noamebic Liver Abcess. Am J. Dig Dis 23 (1) 39-44 Jan 78
3. Chavez F. J. et. al.,
Hepatic Amebiasis - Analysis of 56 Cases
Am J. Gastroenterol 68 (2): 134- 9 Aug 77
4. Chavez F. J. et. al.,
Hepatic Amebiasis - Analysis of 56 Cases
Laboratory and Chest-X Ray Findings
5. De la Revilla et. al.,
Piogenic abcess of the liver
Rev esp enferm apar Dig 49 (3): 285- 306 Sept 75
6. De Bakey - Jordan Jr. et. al.,
Hepatic abcesses. Both Intra and Extrahepatic
Surg Clin North Am 57 (2) 325-37 Apr 77
7. Egleston et. al.,
The Results of Surgery In Amebic Liver Abcess
Experiences in Eighty - Three Patients.
Surgery 83(5) 536-9 May 78
8. Flee John et. al.,
The Changing Clinical Patern of Hepatic Abcesses
Arch Surg Apr 72 465-470
9. Horanich Y. et. al.,
Piogenic Abcess of the Liver
Conn Med 41 (5) 276-9 May 77
10. Henn R. M. and Collin DB et. al.,
Amebic Abcess of the liver. Treatment Failure With Me-tronidazole.
J. A. M. A. 224:1394, 1973
11. Ibarra Pérez et. al.,
Complicación pleural del absceso hepático Amibiano
Prensa Med. Mex. 7-8 223 - 225 Agosto 1976
12. Ibarra Pérez et. al.,
Tratamiento del abceso hepático Amibiano abierto a un bronquio.
Prensa Med. Mex. 5-6 159- 161 Junio 1976
13. Ibarra Pérez et. al.,
Diagnosis and Treatment of Amebic "Empyema"
Am. J. Surg. 134 283 - 287 Aug 1977
14. Kohn SP
Clostridia Hepatic Abscess
Arch Surg 104 209-212 1972
15. Lancet Mayo 29 de 1976
Piogenic Liver Abscess: A continuing problem of management.

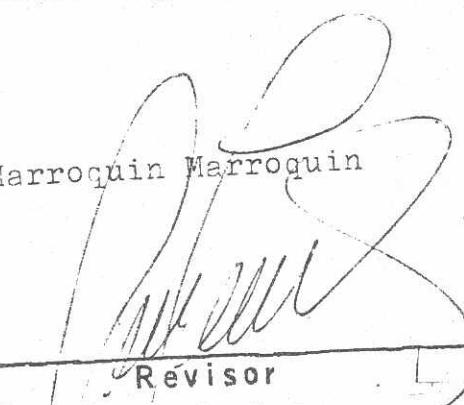
16. Lee J. F. et. al.,
The changing Clinical Patterns of Hepatic Abscesses
Arch. Surg. 104: 465 1972
17. Pérez Fernández et. al.,
Open Amebic Liver Abscess in the Anterior Abdominal wall
Rev Esp Enferm Apar Dig 52 (1) 97 - 108 1 Jan 78
18. Rab Sm et. al.,
Tuberculosis Liver Abscess
Br. J. Clin Pract 31 (1) 157 - 8 Oct 77
19. Ragheb Mi et. al.,
Intratoracic Presentation Of Amebic Liver Abscess
Ann Thorac Surg 22 (5) 483-9 Nov 76
20. Reid TM
Letter: Streptococcus Millers Liver Abscess
Lancet 1 (1960) 648 - 9 20 Mar 76.
21. Reynolds T. B. et. al.,
Comparison on Metronidazole and Cloroquine for the treatment of Amoebic Liver Abscess. A controlled Trial.
Gastroenterology 69: 35- 4 1975.
22. Sationi B. et. al.,
Hepatic Abscesses Improvement in Mortality with Early Diagnosis and treatment.
Am J. Surg May 78
23. Singh KP et. al.,
Intraperitoneal Rupture of Amebic Liver Abscess
Int Surg 62 (8): 432-4 Aug 77
24. Somell A. et. al.,
Piogenic Liver Abscess as a cause of Acute Appendicitis. A report of 2 cases.
Acta Chir Scand 142 (8) 605-7 1976
25. Stillman A. E. et. al.,
Hepatic Amebic Abscess Unresponsive to combination of Metronidazole and surgical drainage.
JAMA 229: 71 1979
26. Velásquez M. Dulís et. al.,
Absceso hepático amebiano, diagnóstico y tratamiento en Hospital General de Guatemala
Tesis de la Universidad de San Carlos de Guatemala Junio de 1975
27. Vicary Fr. et. al.,
Ultrasound And Amebic Liver Abscess
Br. J. Surg. 64 (2) 113-4 Feb 77
28. Viana R. L. et. al.,
Amoebic Abscess of the Liver
Scanning and selective hepatic arteriography
S. Afr Med J. 48 (3) 96-100 19 Jan 1974
29. Vidal San et. al.,
Piogenic Abscess of the Liver
Rev Esp Enferm Apar Dig 52 (2) 197 - 210 15 Jan 1978

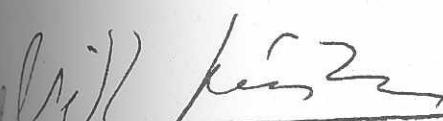
30. Wallace J. Jr. et. al.,
Amebic Peritonitis Following Rupture of An Amebic Liver
Abscess.
Arch Surg Mar 78 322 - 325

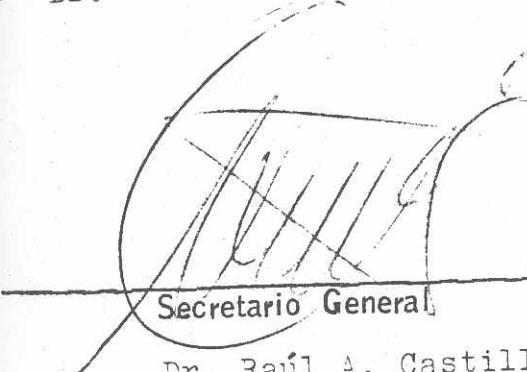
31. Young A. E. et. al.,
The Clinical Presentation of Pyogenic Liver Abscess
Br. J. Surg 63(3) 216- 9 Mar 76


Br. Jose Guillermo Ponce Figueroa

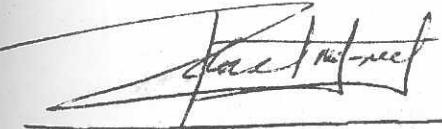

Asesor Dr. Victor Manuel Marroquin Marroquin


Révisor
Dr. Fernando Solares.


Director de Fase III Dr. Julio de Leon M.


Secretario General

Vo.Bo.
Dr. Raúl A. Castillo R.


Decano

Dr. Rolando Castillo Montalvo