

Absceso Hepático: Consideraciones quirúrgicas

17



- * Dr. Antonio París P.
- ** Dr. Gustavo A. Benítez P.
- *** Dr. Carlos Rafael Rojas L.
- **** Dra. Ruth A. Díaz V.
- *** Dr. Enrique A. Márquez B.

INTRODUCCION

Desde que Hipócrates sugirió que el pronóstico del absceso hepático podría alterarse mediante el drenaje, muchas modificaciones se han realizado en relación con este problema.

Gracias al advenimiento de nuevos agentes antimicrobianos y técnicas en el diagnóstico y drenaje, se ha logrado disminuir la morbimortalidad de esta patología, aunque, todavía persisten altas dichas cifras.

MATERIAL Y METODOS

En este trabajo se revisaron 29 pacientes con diagnóstico de absceso hepático, los cuales fueron intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía III del HUC, durante el período comprendido entre enero 1986 - noviembre 1988.

Se clasificaron los casos según la edad, el sexo, la sintomatología, el diagnóstico, las indicaciones de la intervención, la bacteriología, el drenaje y las complicaciones. Se realizó evaluación de todos estos puntos haciendo énfasis en el aspecto quirúrgico.

En cuanto al tratamiento médico específico, varió de acuerdo a su etiología: amibiana o piógena.

En la mayor parte de los casos cuando se sospechó en absceso hepático amibiano se implantó el esquema terapéutico propuesto por Thompson y Forlenza,¹ comenzando con metronidazol 750 mg. cada 8 horas vía oral ó intravenosa. Si a las 72 horas no hay respuesta clínica

satisfactoria se asocia emetina a dosis de 1 mg/kg de peso intramuscular más cloroquina 600 mg vía oral/día.

En casos de sospecha de absceso hepático piógeno se utilizó la combinación de una cefalosporina de primera o segunda generación y/ o aminoglicósidos con una agente antianaerobios (cloranfenicol, clindamicina o metronidazol)

Cuando se sospecha la presencia de enterococo se asocia ampicilina vía intravenosa. Dicho tratamiento fue modificado de acuerdo a la respuesta clínica y al antibiograma realizado de la secreción obtenida del drenaje, mantenido éste, por 14 días.

La falla del tratamiento médico se definió en base a los siguientes parámetros:

- a. No mejoría del estado general del paciente.
- b. Persistencia de la sintomatología (fiebre, dolor).
- c. Aumento del tamaño del absceso o presencia de nuevos abscesos en estudios imagenológicos controles (ECO, TAC).

* Profesor Asociado Servicio-Cátedra Cirugía C-III - Hospital Universitario de Caracas.

** Instructor por Concurso. Servicio-Cátedra Cirugía C-III - H.U.C.

*** Médico Especialista en Cirugía General. Egresado del Servicio-Cátedra Cirugía C-III - H.U.C.

**** Médico Cirujano. Interno de Postgrado del H.U.C.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

En la mayor parte de los casos la intervención quirúrgica se llevó a cabo de la siguiente manera: una vez realizada la apertura de la cavidad abdominal, se procede a realizar una exploración exhaustiva de la misma, posteriormente, se realiza exploración y palpación bimanual del hígado a fin de localizar el absceso, completando su identificación mediante punción-aspiración con Jelco # 16, enviando para cultivo y antibiograma el material extraído.

Se aísla el hígado del resto de la cavidad abdominal mediante la colocación de compresas húmedas. Se realiza apertura y drenaje del absceso mediante corte con bisturí, lavado exhaustivo de la cavidad del absceso y toma de biopsia de la pared de éste. Posteriormente realizamos curetaje del absceso mediante frotamiento de las paredes del absceso con gasa humedecida.

A menos que la cavidad del absceso sea muy pequeña, el drenaje de ésta se realizó mediante la colocación de drenes que actúen por gravedad o aspiración. Generalmente colocamos drenaje de la cavidad abdominal en sitios declives y cercanos al absceso. Ambos tipos de drenaje se abocan por por contrabertura por incisiones separados.

La síntesis de la pared abdominal se realiza por planos dejando la piel y tejido celular subcutáneo parcialmente abierta a fin de disminuir el riesgo de infección de la pared.

RESULTADOS

En un período de tres años, 29 pacientes con el diagnóstico de absceso hepático fueron drenados quirúrgicamente, correspondiendo cerca del 0,8% de todas las intervenciones realizadas en el Servicio de Cirugía III del HUC.

De los 29 pacientes, 20 (68,9%) fueron hombres con un promedio de edad de 38-39 años y 9 (31,1%) fueron mujeres con un promedio de edad de 29 años.

Las edades comprendidas fueron entre 13 y 74 años con un promedio general de 35 a 38 años.

El grupo etario más afectado fue el comprendido entre 20 y 40 años (55%).

SINTOMATOLOGIA

Las manifestaciones clínicas más importantes fueron dolor abdominal (89,6%), fiebre (76%) e ictericia (37,2%). (Tablas 1 y 2).

TABLA 1

SINTOMAS	No	%
Dolor	26	89,9
Fiebre	22	76,0
Hiporexia	6	20,7
Vómitos	7	24,1
Pérdida de peso	4	13,7
Poliartralgias	1	3,4

TABLA 2

SIGNOS	No	%
Hepatomegalia	13	44,8
Dolor	12	41,3
Esplenomegalia	3	10,3
Ictericia	11	37,9
Irritación peritoneal	5	17,2
Anemia	4	14,7
Disminución MV base derecha	4	13,7
Masa en epigastrio	2	6,8
Adenomegalia	1	3,4

LABORATORIO

Cifras bajas de hemoglobina se presentaron en el 51% de los casos. La VSG resultó elevada en el 93,2% con un promedio de 60 mm en la primera hora.

El recuento leucocitario promedio fue de 17.800 x mm³; presentándose recuentos por debajo de 10.000 x mm³ en el 20% de los casos. La desviación a la izquierda en el normograma se presentó en el 93% de los casos.

Las pruebas de funcionalismo hepático se presentaron alteradas en un alto porcentaje: transaminasas 35%, bilirrubina total en un 42.3% y la fosfatasa alcalina en el 85.7%.

RADIOLOGIA

La radiografía de tórax se informó alterada en 16 casos correspondiendo al 55.1%, siendo los signos radiológicos más frecuentes, la elevación del hemidiafragma derecho, atelectasias laminares en 1/3 inferior del hemitórax derecho y derrame pleural derecho.

La radiografía de abdomen resultó alterada en sólo 7 casos (24%), siendo, los niveles hidroaéreos en hipocondrio derecho o difusos, los signos más frecuentes, presentándose éste en los casos donde existía rotura del absceso a cavidad abdominal.

ECOSONOGRAMA Y OTROS ESTUDIOS

Fue realizado en 27 casos, logrando el diagnóstico correcto en 23 casos (85.1%).

Otros estudios realizados fueron: Tomografía axial computarizada (TAC), en 4 casos, Gammagrama hepático en 1 y Laparoscopia en 2 oportunidades, teniendo una precisión diagnóstica en todos los casos.

ESTUDIOS SEROLOGICOS

Se utilizó el método de contrainmunolectroforesis con una precisión diagnóstica en el 100%, sin falsos positivos.

BIOPSIA HEPATICA

Ayudó a la confirmación del absceso hepático amibiano en el 20% de los casos. En ningún caso se presentó lesión tumoral asociada.

ANTECEDENTE QUIRURGICO

En 4 casos (13.7%) existía el antecedente quirúrgico (2 colecistectomías, 1 ligadura arteria hepática común por trauma hepático y 1 pancreatoduodenectomía por cáncer en duodeno).

INDICACIONES QUIRURGICAS

Las indicaciones quirúrgicas se presentan en la tabla 3.

TABLA 3

INDICACION QUIRURGICA	No.	%
Falla tratamiento médico	12	41.3
Ruptura	6	20.6
Sospecha ruptura	4	13.7
Lóbulo izquierdo	3	10.3
Asociado a otra patología*	2	6.9
Compresión vena porta, esplenomegalia	1	3.4
Diagnóstico equivocado	1	3.4

(*) Colecistitis, absceso intraabdominal.

TIPO DE ABSCESO

De los 29 pacientes: 15 (51.7%) correspondieron a absceso de origen amibiano y 14 (48.3%) correspondieron de origen piógeno (tabla 4).

El diagnóstico de absceso hepático amibiano fue confirmado por medio de la positividad de la contrainmunolectroforesis en 8 casos (53%), presencia de amibas en las paredes del absceso en 3 casos (20%) e indirectamente por el aspecto de la secreción del absceso (chocolatado), no crecimiento de gérmenes en el cultivo y respuestas al tratamiento en 4 (27%).

El diagnóstico de absceso hepático piógeno se realizó en base al crecimiento de gérmenes en el cultivo, la presencia de patología predisponente, la negatividad de las pruebas de contrainmunolectroforesis y ausencia de amibas en la biopsia realizada.

TABLA 4

CAUSAS DE ABSCESO HEPATICO PIOGENO	No.	%
Origen biliar	3	21.4
Origen portal	1	7.1
Antecedentes quirúrgicos	4	28.5
Traumático	1	7.1
Hematógeno	0	-
Cáncer	0	-
Criptogénico	5	35.7
TOTAL CASOS	14	100

TABLA 5

LOCALIZACION Y NUMERO DE ABSCESOS:

LOCALIZACION	AMIBIANO		PIOGENO				TOTAL			
	UNICO		MULTIPLE		UNICO		MULTIPLE			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Lób. derecho	5	17.2	2	6.9	8	27.5	2	6.9	17	58.6
Lób. izq.	5	17.2	-	-	2	6.9	-	-	7	24.1
Bilateral	-	-	3	10.3	-	-	2	6.9	5	17.2
TOTAL	10	34.5	5	17.2	10	34.5	4	13.8	29	100

TABLA 6

	AMIBIANO	PIOGENO	TOTAL
UNICO	10 (50.0%)	10 (50.0%)	20 (69%)
MULTIPLES	5 (55.5%)	4 (44.4%)	9 (31%)
TOTAL	15 (51.7%)	14 (48.3%)	29 (100%)

Como se muestra en las tablas 5 y 6, en el 69% de los casos, el absceso hepático se presentó en forma única correspondiendo en igual proporción al tipo amibiano como piógeno.

En cuanto a la localización, correspondió al lóbulo derecho del hígado un 58,6%, lóbulo izquierdo 24% y bilateral un 17.2%.

RUPTURA DEL ABSCESO

Se presentaron 9 rupturas correspondiendo al 31% de los casos intervenidos. De éstas rupturas 7 (77.7%) fue hacia cavidad abdominal, 1 (11.1%) a hemitórax derecho y 1 (11.1%) a pared abdominal anterior.

ABORDAJE DE LA CAVIDAD ABDOMINAL

En la mayor parte de los casos el abordaje se realizó a través de incisión subcostal derecha (66%), en el 20.6% de los casos incisión mediana supraumbilical y en una oportunidad (3.4%) subcostal bilateral, toracotomía anterolateral derecha en 1 caso (3.4%).

En general, se prefirió las incisiones verticales en aquellos casos de peritonitis difusa por absceso roto, para el drenaje de abscesos localizados en el lóbulo izquierdo del hígado o cuando intentamos el tratamiento de otra patología coadyuvante de origen extrabiliar.

TABLA 7

TIPO DE DRENAJE DENTRO DE LA CAVIDAD DEL ABSCESO HEPATICO

1.- Punción solamente	2	(6.9%)
2.- Dren de látex	16	(55.1%)
3.- Dren de Waterman	9	(31.0%)
4.- Dren de sumidero	2	(6.9%)

TIPO DE DRENAJE DE LA CAVIDAD ABDOMINAL

1.- Sin drenaje	0
2.- Dren de látex	17 (58.6%)
3.- Dren de Waterman	3 (10.3%)
4.- Dren de sumidero	9 (31%)

NOTA: sólo está tabulado la primera intervención, sin tomar en cuenta las reintervenciones. No se presentaron diferencias significativas en cuanto al tipo de drenaje utilizado y la necesidad de reintervención por persistencia del absceso.

BACTERIOLOGIA

Se realizaron 24 cultivos para gérmenes aerobios. Se obtuvo:

Absceso hepático amibiano: 11 casos

- a.- no hubo crecimiento de gérmenes: 9 casos (82%)
- b.- Hubo crecimiento: 2 casos (18%)

Absceso hepático piógeno: 13 casos

- a.- Germen no identificado: 3 casos (23%)
- b.- Crecimiento de un solo germen: 8 casos (61.5%)
- c.- Crecimiento de 2 ó más gérmenes: 2 casos (15.4%)

MORBIMORTALIDAD - ESTADIA POST-OPERATORIA

De los 29 pacientes, hubo 2 muertes a causa de sepsis correspondiendo a un 6.9% de las cuales una de origen piógeno y la otra de origen amibiano. Se presentaron 12 complicaciones mayores (41.3%).

COMPLICACIONES

Reintervención	5 (17.2%)
Derrame pleural derecho	4 (13.7%)
Fístula biliar externa	3 (10.3%)
Muerte: (Sepsis)	2 (6.9%)
Persistencia de drenaje	1 (3.4%)

Fue necesaria la reintervención en 5 pacientes: 4 por persistencia del absceso y en 1 oportunidad por sangramiento de origen hepático. De los 4 derrames pleurales derechos sólo 2 requirieron de toracotomía. Las fístulas biliares cerraron espontáneamente con tratamiento médico sin la necesidad de nutrición parenteral ni tratamiento quirúrgico.

La estadía post operatoria fue de 17 días.

Presentamos 29 pacientes intervenidos quirúrgicamente para el drenaje de abscesos hepáticos cuya relación por edad y sexo mantiene iguales proporciones que en otras publicaciones,^{2,3} siendo más frecuente en hombres con una proporción 3:1 sobre mujeres y cuyo grupo etario más afectado fue el de la 3a y 4a década.

La sintomatología, el diagnóstico por laboratorio se correlaciona perfectamente a los señalados por numerosos autores.^{2,3-4,5}

Los estudios realizados (tórax, abdomen), sólo ayudaron en forma indirecta al diagnóstico, presentando alteraciones aproximadas en sólo el 50 y 25% de los casos respectivamente.

Otros estudios como el ecosonograma, TAC, gammagrafía, son de valiosa ayuda en el esclarecimiento del diagnóstico, aunque en nuestro caso el ecosonograma presentó un 15% de falsos negativos. En otras series^{4,5} se reporta entre el 94-97% de eficacia del ultrasonido en el diagnóstico de abscesos hepáticos, de allí que consideremos que el ecosonograma debe ser realizado en todos los pacientes en quienes se sospeche dicha patología. Los controles sucesivos ecosonográficos deben realizarse siempre a fin de determinar la respuesta al tratamiento, sabiendo como lo demostrara Ralls y col.⁶ que el retorno a la normalidad se produce en un 71% de los casos, al cabo de unos meses, con un promedio de 7 meses.

En la actualidad cada vez es menor el número de intervenciones quirúrgicas realizadas para el drenaje de abscesos hepáticos debido a la mejor eficacia en el tratamiento médico y al advenimiento del drenaje percutáneo. En nuestra serie el número de intervenciones aumentó, si tomamos en cuenta otras publicaciones.² Probablemente esto fue debido a la mejor eficacia en cuanto al diagnóstico y a que en nuestro Hospital no contamos con la infraestructura necesaria para el drenaje percutáneo.

Actualmente consideramos que el drenaje percutáneo está indicado en:

1.- En todos los casos de absceso hepático piógeno donde no exista patología abdominal concomitante.

2.- Para la diferenciación entre absceso hepático piógeno y amibiano.

3.- En casos de sospecha de absceso hepático amibiano y tener inicialmente títulos serológicos negativos para amibas.

4.- En casos de absceso hepático amibianos infectados secundariamente.

5.- Falla de tratamiento médico.

6.- Localización lóbulo izquierdo del hígado.

7.- Inminente ruptura.

8.- Embarazo: no aceptado por todos.⁶

Las indicaciones formales para el drenaje quirúrgico son:

1.- Ruptura.

2.- Imposibilidad de realizar el drenaje percutáneo cuando está indicado; ya sea por falla en el procedimiento, localización difícil o imposibilidad de realizarlo.

3.- Necesidad específica para definir una patología subyacente o intentar el tratamiento de otra lesión abdominal concomitante.

El número de complicaciones post-operatorias continúa siendo alto, en nuestra serie fue de 41%, en otras 51% y 43%,³⁻⁷ si las comparamos con la morbimortalidad asociada al drenaje percutáneo (2.8% mortalidad, 17.4% complicaciones), según Dietrick y colaboradores.³

La mortalidad según el tipo de abscesos (amibiano o piógeno) fue igual 6.6% y 7.1% respectivamente, lo que no corresponde a lo señalado por otros autores⁴⁻⁸ quienes indican una mayor mortalidad para aquellos abscesos de origen piógeno.

No hubo relación entre la morbimortalidad encontrada y la edad, sexo, origen, números de abscesos y localización, lo cual no se corresponde a lo indicado por Conter, Satiani, Pitt, Greens-tein.⁴⁻⁸⁻¹³⁻¹⁵

En general presentamos una mortalidad baja (6.9%) para el drenaje quirúrgico si lo compara-

mos con otras series donde señalan una mortalidad entre el 15-25%.

En cuanto a la intervención quirúrgica en sí, recomendamos seguir ciertos lineamientos:

INCISION: Subcostal derecha; logra buena exposición con pocas complicaciones. Utilizamos las incisiones verticales cuando: Realizamos drenaje absceso localizado en el lóbulo izquierdo del hígado, en casos de ruptura del absceso, asociación de otra patología abdominal de origen extra-biliar y en casos en que pueda ser necesaria una exploración torácica.

LOCALIZACION DEL ABSCESO: Debe realizarse por inspección y palpación bimanual y luego por punción en sitio más declive posible.

DRENAJE: Apertura de la cavidad del absceso, lavado exhaustivo de éste y toma de biopsia de la pared antes de realizar el curetaje de la cavidad del absceso. Uso de drenajes (menor de 7 cm) y drenes que actúen tanto por gravedad como por succión (Waterman) en cavidades grandes (mayor o igual de 7 cm) (tabla 7).

En el drenaje de la cavidad abdominal preferimos la utilización de drenes tipo Waterman ó de Sumidero (Saratoga) dejados en sitios declives y cercanos a la cavidad del absceso. Ambos drenes deben ser abocados por contrabertura y por incisiones separadas. El retiro del dren dentro de la cavidad del absceso debe realizarse siempre primero que el de la cavidad abdominal.

En definitiva el tratamiento del absceso hepático amibiano es médico y debe ser drenado solo en algunos casos, en cambio el tratamiento del absceso hepático piógeno es el drenaje y antibioticoterapia.

El pronóstico de los abscesos hepáticos varía según la rapidez con la cual se establecen el diagnóstico y terapéutica adecuada.

RESUMEN

Se presenta la experiencia del Servicio de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C" en los abs-

cesos hepáticos drenados quirúrgicamente. Se analiza según sintomatología, localización, gérmenes y tratamiento efectuado; haciendo énfasis en el tipo de drenaje quirúrgico.

SUMARY

We have presented the experience in hepatic abscess treated by surgical drainage treated between 1986 at 1988- in our surgical service C-III of the Hospital Universitario de Caracas.

General symptomatology, localized, bacteriology, medical treatment and surgical drainage was reviewed.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- THOMPSON J., FORLENZA S. Amebic Liver Abscess: A therapeutic approach reviews of infectious diseases Vol. 7 No 2 March-April 1985.
- 2.- SOUCHON E., TAMAYO A., GOMEZ M., SARDIÑAS C. Mejor eficacia en el tratamiento quirúrgico del absceso hepático amibiano en los 10 últimos años. Boletín del Hospital Universitario junio 1988.
- 3.- DIETRICK R. Experience with liver abscess. Am J Surg 1984; 147: 288-91.
- 4.- CONTER R., PITT H., TOMPKINS R. Differentiation of pyogenic from amebic hepatic abscesses. Sorg gynecol obstet 1986; 162: 114-120.
- 5.- BASILE J., KLEIN S., WORTHEN N., WILSON S., HIATT J. Amebic liver abscess Am J Surg 1983; 146: 67-71.
- 6.- RALLS P., QUINN M., BOSWELL W. Patterns of resolution in successfully treated hepatic amebic abscess: sonographic evaluation. Radiology 1983; 149: 541-543.
- 7.- BERTEL CH., VAN HEERDEN J., SHEEDY P. Treatment of pyogenic hepatic abscesses. Arch Surg 1986; 121: 554-8.
- 8.- SATIANI B., DAVIDSON E. Hepatic abscesses: Improvement in mortality with early diagnosis and treatment. Am J Surg 1978; 135: 647-50.
- 9.- EGGLESTON F., HANDA A., WERGHESE M. Amebic peritonitis secondary to amebic liver abscess. Surgery, 1982; 91, (1): 46-8.
- 10.- ALTEMEIER W., SCHOWENGERDT C., WHITELEY D. Abscesses of the liver: Surgical considerations Arch Surg 1970; 101: 258-266.
- 11.- GYORFFY E., FREY CH., SILVA J., MACGAHAN J. Pyogenic liver abscesses Ann Surg 1987; 206: 699-705.
- 12.- VERLENDEN W., FREY CH. Management of liver abscess Am J Surg 1980; 140: 53-59.
- 13.- PITT H., ZUIDEMA G. Factors influencing mortality in the treatment of pyogenic hepatic abscess Surg. Gynec, Obst 1975; 140: 228-234.
- 14.- JOCHI MSEN P., ZIKE W., SHIRAZI S., PEARLMAN N. Iatrogenic liver abscesses Arch Surg 1978; 113: 141-144.
- 15.- GREENSTEIN A., LOWENTHAL D., HAMMER G., SCHAFFNER F., AUFSES A. Continuing changing patterns of disease in pyogenic liver abscess, a study of 38 patients. Am J Gast 1984; 79: 217-226.
- 16.- KANDEL G., MARLON N. Pyogenic liver abscess: New concepts of an old disease. Am J Gast 1984; 79: 65-70.
- 17.- ABUABARA S., BARRET J., JONASSON O. Amebic liver abscess. Arch Surg 1982; 117: 239-43.