

ARTICULOS ORIGINALES

Abscesos piógenos solitarios de hígado

Dres. Nisso Gateño, Alicia Lucinschi y Luis Yametti

Se estudian los abscesos piógenos solitarios del hígado en base al análisis de una serie de 9 casos.

Se destaca la baja frecuencia de la entidad y la dificultad para realizar el diagnóstico clínico así como la necesidad de precisar el número y topografía de focos supurados.

Se afirma que el tratamiento de elección es el quirúrgico, haciéndose hincapié en la necesidad de un correcto examen bacteriológico del pus para adecuar la antibioticoterapia postoperatoria.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Liver surgery / Pyogenic Abscesses.

INTRODUCCION

Dentro de las supuraciones hepáticas merece atención especial el estudio de los abscesos piógenos solitarios, por ser una entidad de diagnóstico de exclusión o un hallazgo operatorio la mayoría de las veces, dado que su sintomatología no es específica.

Se dejan de lado en esta consideración los abscesos múltiples de hígado, las supuraciones en procesos patológicos previos del parénquima hepático, así como las supuraciones hepáticas como elementos de extensión en los procesos patológicos de vecindad. Por definición no quedan englobados en este rubro las supuraciones de tipo amebiano.

MATERIAL

El presente trabajo se basa en el análisis de 9 casos clínicos, 5 de ellos vividos por los autores y 4 procedentes del archivo de la Clínica Quirúrgica "1" del Hospital Pasteur.

Siete hombres y dos mujeres.

Las edades oscilaron entre 26 y 75 años, con una media de 48,6; siendo mayor la frecuencia en la quinta y sexta décadas de la vida.

Referente a la forma de presentación, 5 casos lo hicieron como cuadros febriles de instalación aguda con evoluciones entre 2 y 15 días. De estos 5 casos, 3 se presentaron con sintomatología referida al tórax, localizada en la base de hemitórax derecho, catalogadas y tra-

Clínica Quirúrgica "1" (Prof. A. Aguiar). Hospital Pasteur. Montevideo.

tadas previamente como neumopatías agudas. Las otras 2 se presentaron con sintomatología referida al cuadrante superior derecho del abdomen. De los 4 casos restantes, 3 se presentaron como cuadros febriles prolongados con evolución de 1, 2 y 6 meses. Todos ellos con sintomatología abdominal y referida al cuadrante superior del abdomen. El caso restante se presentó con apirexia y una gran repercusión general que lo hizo catalogar como enfermo neoplásico. En el momento del ingreso 6 se presentaron febriles, con temperaturas que oscilaron entre 38,5° y 40°; 3 se presentaron apiréticos.

Referente al examen abdominal, en 1 caso fue normal y en los 8 restantes los hallazgos estuvieron siempre topografiados en el cuadrante superior derecho del abdomen; en 5 casos se comprobó una hepatomegalia, de las cuales 3 eran regulares a predominio del lóbulo derecho y 2 irregulares con una masa topografiada clínicamente en el lóbulo derecho clásico. En 1 caso había una franca contractura de hipocondrio derecho que impedía palpar el hígado, en otro una defensa muscular con sensación de ocupación de hipocondrio derecho no pudiéndose precisar los caracteres, y en el caso restante franco dolor en hipocondrio derecho con hígado de caracteres normales.

En lo tocante a la sintomatología respiratoria, ella estuvo presente en 2 casos faltando en los 7 restantes. En ambos casos los cuadros fueron etiquetados y tratados como neumopatías agudas y la signología clínica y radiológica demostró ser debida a un ascenso del hemidiafragma derecho por el proceso expansivo hepático.

De los exámenes paraclínicos la leucocitosis se determinó en todos salvo en un caso. Hubo una hiperleucocitosis en 7 casos con cifras que oscilaron entre 10.200 y 39.800 por mm.³ En un caso la leucocitosis fue de 4.700 por mm.³, se trataba de un anciano de 75 años con importante cuadro séptico y en el que la supuración estaba determinada por flora bacteriana mixta aerobia y anaerobia.

De los 9 pacientes 4 se presentaron con anemia desde 2:800.000 G.R. por mm.³ hasta 3:600.000 G.R. por mm.³.

Los estudios de funcionalidad hepática así como el mapeo enzimático fueron efectuados en pocos pacientes y no son significativos para sacar conclusiones.

Presentado como Tema libre en el 29º Congreso Uruguayo de Cirugía. Piriápolis, diciembre de 1978.

Profesor Adjunto y Asistentes de Clínica Quirúrgica. Fac. de Medicina. Montevideo.

Dirección: Carlos Anaya 2881, Montevideo (Dr. N. Gateño).

Los estudios radiológicos simples de abdomen no aportaron más datos significativos que los de comprobar la hepatomegalia cuando ésta estaba presente. No se hizo en ninguno de la serie estudios radiológicos contrastados de la canalización biliar o vascular intrahepática. No se hicieron tampoco estudios radioisotópicos salvo en un caso (observación número 5) en que sirvió para diagnosticar la persistencia de la cavidad residual luego de la primera operación.

Los diagnósticos preoperatorios fueron: Quiste hidático supurado en 4 casos, neoplasma digestivo con metastasis hepática en 1 caso, sospecha de supuración hepática en 2 casos, colección subhepática supurada en 1 caso y sin diagnóstico en un caso.

Todos fueron operados con anestesia general y abordados por laparotomía, en 6 casos fueron incisiones transversas de hipocondrio derecho; una oblicua subcostal derecha; una paramediana supraumbilical derecha y una mediana supraumbilical.

En todos los casos se comprobó la supuración hepática sin encontrarse otra patología abdominal asociada. Los abscesos, en todos los casos fueron únicos, salvo en un caso en que se interpretó como absceso único y en la reintervención efectuada porque la paciente continuaba en sepsis se comprobó que existía otro absceso que había sido omitido en la primera exploración.

Los abscesos estaban topografiados en 8 pacientes en el lóbulo derecho y uno en el sector lateral del lóbulo izquierdo. En el lóbulo derecho, la mayoría asentaban en el sector lateral.

En todos los casos se trataban de cavidades anfractuadas de tamaños que oscilaron entre 3 y 10 cm.

El contenido era purulento franco en 5 casos, en 1 caso purulento amarronado y en 3 casos el clásico contenido de pus achocolatado.

El examen bacteriológico del pus no mostró gérmenes en el examen directo ni en el cultivo en 5 casos. Es de destacar que en ninguno de éstos se hizo cultivo específico para anaerobios. Un caso mostró bacilos Gram (—) de la familia enterobacteriacea y los 3 casos restantes asociación de bacilos Gram (—) con estreptococos Gram (+) anaerobios identificados en dos oportunidades como pertenecientes a peptostreptococos. En todos los casos el estudio del pus así como el material del raspado de la cavidad no demostró *Amibas Hystoliticas*.

Todos fueron tratados mediante evacuación y drenaje quirúrgico con tubos complementándose con antibioticoterapia por vía sistémica.

La evolución postoperatoria inmediata fue buena en 8 pacientes, falleciendo uno por persistencia de la sepsis. Se demostró que ésta era debida a un absceso hepático que pasó desapercibido en la primera intervención.

Los tubos de drenajes fueron retirados en plazos que variaron entre 15 y 53 días con previos controles radiológicos contrastados para verificar el relleno de la cavidad. Hubo un enfermo que reingresó a los 2 meses y medio con elementos de supuración, comprobándose

por gamagrafia hepática y pulmonar la existencia de una cavidad residual que debió drenarse quirúrgicamente, evolucionando entonces bien.

COMENTARIOS

El conocimiento de esta entidad data de Hipócrates (1); en 1838 Kartulis describió el absceso amebiano y Ragus estableció su etiología quedando así separados éstos de los abscesos piógenos (11). Múltiples autores se han ocupado del tema en el extranjero (2, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16) y en nuestro país, hacen una excelente descripción Piaggio Blanco y Sangiunetti (13) así como Cardeza (4); también otros autores nacionales se han ocupado del tema (3, 6, 3).

Es una entidad de baja frecuencia y en la mayoría de las series se citan altas cifras de mortalidad que van desde el 37,5 % (10) hasta el 77 % (14) lo que contrasta con la baja mortalidad de nuestra serie (11 %). Diversos autores atribuyen la alta mortalidad a que estos enfermos son operados tarde o existen fallas en la técnica quirúrgica o bacteriológica para identificar los gérmenes (2). La muerte acaecida en nuestra serie fue debida a que se ignoró un segundo foco de supuración hepática; esta contingencia debe ser tenida en cuenta y obliga a un correcto estudio postoperatorio frente a la persistencia de sepsis, llegando, de ser necesario, a la reexploración quirúrgica, único gesto que podrá salvar al enfermo.

Referente al agente causal, éste a ido variando en frecuencia con el tiempo y mientras en las décadas del 30 al 50 dominaba francamente la incidencia de *Eschericia Coli* seguida por los cocos piógenos, en la última década han predominado los gérmenes anaerobios (7, 16).

Pensamos que es probable que la infección por gérmenes anaerobios hubiera sido importante desde hace ya varios años y lo que fallaba era la técnica de cultivo. Esto podría explicar el alto porcentaje de casos con pus estéril que llegaba a 37,9 % en la serie de Ochser (10) y que en la nuestra supera el 50 %. Otras de las explicaciones para la alta incidencia de pus estéril en el momento actual es el uso de la antibioticoterapia en forma indiscriminada y a ciegas, que podría llegar a esterilizar el proceso.

La dificultad en el diagnóstico se debe en primer lugar a que rara vez se tiene en cuenta esta entidad debido a su baja frecuencia, la que hacía decir a Taylor en 1902 que la mejor ayuda para el diagnóstico era pensar en ella.

Desde la aparición de los estudios radioisotópicos (2) y actualmente con la ecotomografía y tomografía computada, las posibilidades diagnósticas han mejorado. En ninguno de nuestros casos se pudo hacer diagnóstico de certeza y sólo fueron de probabilidades.

La evolución aguda que se viera con frecuencia en la época preantibiótica se ve menos actualmente. Esto quizás sea debido al uso indiscriminado de los antibióticos. Otra de las

características de los casos subagudos es la gran repercusión general que hace plantear muchas veces el diagnóstico diferencial con la impregnación neoplásica como sucedió en 2 casos de nuestra serie.

Aunque hay autores que preconizan el tratamiento por punciones evacuadoras (2), nosotros creemos que debe ser por drenaje quirúrgico amplio como fue realizado en todos los casos de nuestra serie.

El abordaje quirúrgico debe ser adecuado a la topografía y el drenaje se hace siempre por vía transperitoneal habiéndose abandonado los drenajes extraserosos salvo en casos excepcionales.

Esta terapéutica asociada a la correcta antibióticoterapia, que se adecuará según el germen en causa, explica el mejor pronóstico actual.

CONCLUSIONES

1. Los abscesos piógenos de hígado constituyen una entidad de baja frecuencia pero que dista de ser una rareza. Si su diagnóstico no es hecho correctamente se debe, en parte, a que no se le tiene en cuenta.

2. Se debe sospechar ante la presencia de un cuadro séptico poco claro y con manifestaciones en el cuadrante superior derecho del abdomen o de la base del hemitórax derecho.

3. Sospechado el diagnóstico, debe tratarse de precisar correctamente así como su topografía y posibilidad de coexistencia de otro foco supurado intra o extrahepático. Tiene gran valor el estudio radioisotópico y actualmente la ecotomografía y la tomografía computada.

4. El tratamiento de elección será el drenaje quirúrgico mediante una incisión adecuada a la topografía. La exploración quirúrgica es de enorme valor, pues ignorar la existencia de otro foco supurado puede equivaler a sentenciar a muerte al paciente.

5. Deberá hacerse por sistema, un adecuado estudio parasitológico y bacteriológico del contenido del absceso así como del material obtenido por raspado de la pared de la cavidad. El estudio bacteriológico debe de incluir un adecuado método de recolección del material así como de examen para investigar gérmenes anaerobios.

6. Debe de hacerse de rutina el estudio histológico de la pared de la cavidad para descartar un proceso patológico preexistente.

7. La antibióticoterapia deberá ser continuada en el postoperatorio adecuándola a los gérmenes en causa, mediante el estudio de las propiedades organolépticas del pus y el examen directo con tinción de Gram primero, y adecuándolo más tarde con el estudio de sensibilidad in vitro del germen aislado.

RESUME

Abces pyogenes solitaires du foie

On étudie les abcès pyogènes solitaires du foie à propos de 9 observations.

On signale la très basse fréquence de l'affection et les difficultés de son diagnostic clinique ainsi que la nécessité de préciser le numéro, et la topographie des foyers supurés.

On affirme que le traitement d'élection est chirurgical, en soulignant le besoin d'un examen bactériologique correct du pus pour établir l'antibiothérapie post-opératoire.

SUMMARY

Solitary Pyogenic Liver Abscesses

Study of solitary pyogenic abscesses of the liver based on analysis of a series of 9 cases.

This condition has a low incidence rate, clinical diagnosis is difficult and it is necessary to determine the number and topography of suppurative foci.

Elective treatment is surgery and correct bacteriological testing of pus is essential for determining post-operative antibiotic therapy.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ADAMS F. The genuine works of Hippocrates. Aphorism Nº 45. The Sydenham Society, 1849, V. 16, sec. 7, p. 768.
- BLOCK MA, SCHUMAN BM, EYLER WR, TRUANT JP, DU SAUT LA. Surgery of liver abscesses. *Arch Surg*, 88: 602, 1964.
- CAPRIO G. Abordaje de los abscesos hepáticos y subfrénicos altos. *An Ateneo Clín Quir*, 3: 77, 1937.
- CARDEZA H. Supuraciones hepáticas. 440 observaciones. *An Fac. Med. Montevideo*, 33: 748, 1948.
- DAVIDSON JM. Solitary pyogenic liver abscess. *Br Med J*, 2: 613, 1964.
- GATENO-YAFFE M. Abscesos piógenos solitarios del hígado. A propósito de tres observaciones. Monografía. Montevideo, 1969 (Inédita).
- LEE JF, BLOCK GE. Changing clinical pattern of hepatic abscesses. *Arch Surg*, 104: 465, 1972.
- LUCINSCHI A. Supuraciones hepáticas. Monografía. Montevideo, 1978 (Inédita).
- MACFEOZAN AJS, CHANG KPS, WONG CC. Solitary pyogenic abscess of the liver treated by closed aspiration and antibiotics. *Br J Surg*, 41: 141, 1953.
- OCHSNER A, DE BAKEY ME, MURRAY S. Pyogenic abscess of the liver. *Am J Surg*, 40: 292, 1938.
- OGDEN WW, HUNTER PR, RIVES JD. Liver abscess. *Post-grad Med*, 30: 11, 1961.
- OSTERMILLER W, CARTER R. Hepatic abscess. Current concepts in diagnosis and management. *Arch Surg*, 94: 353, 1967.
- PIAGGIO BLANCO R, SANGUINETTI CM. Las afecciones del hígado, de las vías biliares y del páncreas. Montevideo. Rosgal, 1948.
- PYRTEK LJ, BARTUS SA. Hepatic pyemia. *N Engl J Med*, 272: 551, 1965.
- ROTHEMBERG RE, LINDER W. The single pyogenic liver abscess. A study of 24 cases. *Surg Gynecol Obstet*, 59: 31, 1934.
- RUBIN RH, SCHWARTZ MN, MALT R. Hepatic abscess. Changes in clinical, bacteriologic and therapeutic aspects. *Am J Med*, 57: 601, 1974.