

Procesos abdominales a evolución torácica

Dres. Eduardo N. Saad, Carlos Apestegui, Wilfrido Luciani y Arnaldo Suhl

Esta contribución examina las complicaciones torácicas y la etiología relacionadas con la evolución de los abscesos subfrénicos.

Se comentan dos series que abarcan seis años, en los cuales se trataron 18 pacientes (11 del sexo masculino y 7 del femenino), con una edad promedio de 50 años, 15 (84 %) de ellos con foco inicial en el C.S.M.C. y 3 (16 %) en el C.I.M.C.

La evolución favorable con distintos tratamientos se presentó en 13 casos (72 %).

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Subphrenic abscess.

INTRODUCCION

En el año 1975, con motivo de las XIX Jornadas de Cirugía Torácica y Cardiovascular, contribuimos al relato oficial "Empiema pleural", presentando la estadística de las complicaciones torácicas que suelen acompañar a los procesos sépticos intraabdominales, y que, actuando concomitantemente, producen en la cavidad torácica una serie de alteraciones que, por sus características, es necesario conocer.

La interpretación adecuada de estos casos nosológicos y el diagnóstico precoz, permiten, en la mayoría de los casos, una correcta terapéutica, disminuyendo de esa forma la morbimortalidad de esa asociación.

MATERIAL Y METODO

Desde 1972 a 1975 hemos documentado 12 casos y de 1975 a 1978 6 casos de pacientes con procesos torácicos a punto de partida de una patología abdominal.

En esta presentación se han tabulado exclusivamente aquellos pacientes que, por la magnitud de su complicación, requirieron cirugía en uno o más tiempos, para dar solución definitiva a su problema.

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

Docente Autorizado de Cirugía, Jefe de Cirugía Torácica del Hospital Salaberry y Jefe de Clínica Quirúrgica del Hospital Francés; Médico Cirujano del Hospital Francés y Jefe del Servicio de Urgencia; Médico Cirujano del Hospital Francés; Jefe de Residentes del Hospital Salaberry y Cirujano del Hospital Francés.

Dirección: Bouchard 540, La Lucila, Buenos Aires (Dr. E. Saad).

ETIOLOGIA

Es el espacio subfrénico en la evolución de estos procesos, el límite divisorio obligado desde el punto de vista anatómico. Compartimos con Carter el concepto que el absceso subfrénico (A.S.) es un complejo toracoabdominal y, como tal, encaramos su estudio y tratamiento.

Una serie de factores anatómicos, funcionales y físicos que son conocidos, explican el compromiso de la cavidad torácica a partir del foco primario abdominal.

Whalen y Bierny clasifican los A.S. en:

<i>Izquierdo</i>	<i>Derecho</i>
A) Perihepático	A) Suprahepático: a) anterior b) posterior
B) Retrocavidad de los epiplones	B) Infrahepático: a) anterior b) posterior (negado por algunos)

Conociendo la topografía simplista del espacio subfrénico, sabemos que la difusión del proceso séptico a partir de estos compartimentos puede ser intracavicular, hematógeno o linfática.

El 70 a 80 % de los A.S. se instalan en el lado derecho, considerando desde el punto de vista práctico a los secundarios a punto de partida de procesos patológicos abdominales, supra o inframesocolónicos, que son los únicos que hemos tenido oportunidad de ver.

Los abscesos primarios no han sido demostrados en nuestra serie, siendo para otros autores del orden del 6 %. Faxon, en 1940, presenta un 26 % de A.S. primarios, siendo esta la estadística mayor en lo que a A.S. primarios se refiere; época donde las infecciones quirúrgicas no tenían ni la comprensión fisiopatológica ni las posibilidades terapéuticas de la era actual.

En nuestra estadística, las enfermedades del compartimiento supramesocolónico (C.S.M.C.) y, en especial, las de las vías biliares, fueron las responsables del mayor número de casos, siguiéndole en frecuencia, las enfermedades del compartimiento inframesocolónico (C.I.M.C.).

El proceso inflamatorio infradiaphragmático, ubicado en uno de los compartimentos anatómicos antes descriptos, puede condicionar al-

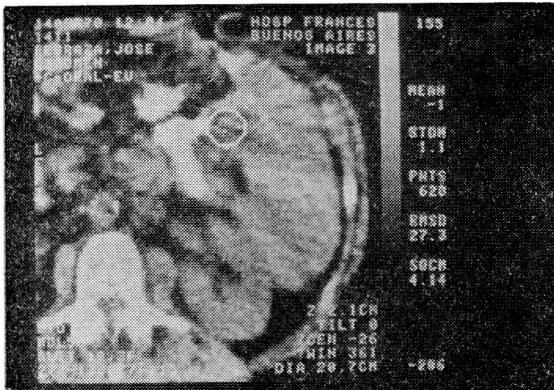


Fig. 1.—Tomografía computada. Colección subfrénica.

teraciones pleurales y signología clínica del A.S. en su evolución hacia el tórax, de distinta magnitud. Dicho proceso se extiende a la pleura a través del diafragma por vía linfática o por contigüidad, ocasionando un derrame pleural reaccional que casi siempre es estéril en un comienzo, pero puede contener microorganismos. Aproximadamente el 60 % de los pacientes presentan derrame pleural según las estadísticas de los diferentes autores.

Uno de los primeros signos que nos ha permitido sospechar la existencia de un A.S. ha sido la parestesia diafragmática del lado comprometido, siguiendo la ley de Stokes.

En un postoperatorio donde el síndrome febril, la leucocitosis y la taquicardia, nos hacen pensar en la existencia de un proceso séptico no bien definido, la regla de Bernhart sigue teniendo vigencia ("Pus en alguna parte, pus en ninguna parte, pus en el espacio subfrénico").

La neumonitis y la atelectasia pueden acompañar la evolución del proceso condicionando en los cuadros graves, empiema pleural de distinta magnitud que requiere siempre un procedimiento quirúrgico para su solución. En un menor número de pacientes, donde por la patología pleural previa existe sinequia pleuropulmonar, la evolución del A.S. hacia la cavidad torácica condiciona perforación diafragmática y comunicación directa del espacio subfrénico con el árbol bronquial, determinando la fístula bronquial, grave complicación que agrava aún más la evolución de la enfermedad. De existir fístula bronquial y espacio pleural libre, se presenta el pionesumotórax, complicación torácica que requiere, como la anterior, urgente tratamiento.

Como se desprende de lo antedicho, las complicaciones juegan un papel muy importante en las estadísticas de mortalidad. En los abscesos sin complicaciones, el índice de mortalidad es del 18 %; con derrame pleural 29 % y, si se presentan otros tipos de complicaciones abdominotorácicas, el 51 % (según estadística de Harley, 1955). Siendo el empiema pleural y las fístulas bronquiales las más graves de las complicaciones torácicas.

Es la exploración clínica exhaustiva, metódica y periódica la que nos va a demostrar y aportar datos positivos para el diagnóstico. Fundamentalmente, es el estudio radiológico el procedimiento de elección.

La radioscopia muestra la movilidad limitada o la parálisis y/o elevación del hemidiafragma correspondiente.

La radiografía simple de tórax informa sobre la existencia de derrames pleurales reaccionales y de una anematosis segmentaria o lobular del pulmón suprayacente.

El neumoperitoneo sigue siendo un procedimiento auxiliar, que no ha perdido vigencia, para el diagnóstico de los procesos supurados del compartimiento subfrénico; en caso de existir una colección supurada no se visualiza separación interhepatodiafragmática.

Otra forma de detectar A.S. es mediante la utilización del Fibrinógeno marcado con I 131, ya que el Fibrinógeno tiene tendencia a acumularse a nivel de la colección supurada.

La centellografía combinada de hígado y pulmón con Indio 113 nos ha aportado datos positivos para el diagnóstico cuando ambas estructuras captan el macroagregado en toda su superficie. Estos dos últimos procedimientos los hemos podido realizar en nuestro Hospital, pues contamos con un Centro de Medicina Nuclear.

La Tomografía Axial Computada en el diagnóstico de esta patología la hemos usado en dos casos de difícil y complejo diagnóstico diferencial y nos permitió confirmar la presencia de un absceso subhepático en un caso y un absceso interasa en el otro. Este nuevo procedimiento, del que no tenemos experiencia significativa, creemos que puede ser de alta utilidad para confirmar o descartar procesos supurados de la cavidad abdominal.

CASUISTICA

En dos series, entre 1972 a 1975, y entre 1975 a 1978, se han tratado 18 casos de A.S. con complicación torácica.

De éstos, 11 fueron del sexo masculino y 7 del sexo femenino; las edades límites fueron 28 y 75 años, con un promedio de 50 años. Fueron derivados de otros centros asistenciales 13 pacientes, con su complicación torácica ya instalada, habiendo sido los 5 restantes operados de diferentes patologías por nuestro grupo.

El C.S.M.C. fue responsable, como causa etiológica, en 15 casos (84 %), siendo el C.I.M.C. en sólo 3 casos (16 %).

De los 15 casos observados en el C.S.M.C., 9 (60 %) se debieron a intervenciones sobre la vía biliar; 2 (13 %) a pancreatitis aguda; 2 (13 %) a traumatismos graves del parénquima hepático; 1 (7 %) a una úlcera gástrica perforada, y 1 (7 %) a una lesión iatrogénica del ángulo esplénico del colon durante una nefrectomía.

Los 3 casos restantes del C.I.M.C. tuvieron como causas etiológicas: una diverticulitis perforada, un piosalpinx y una apendicitis aguda.

En 7 casos (39 %) se presentó el derrame pleural reaccional, dos de ellos con atelectasia basal.

El empiema pleural grave se presentó en 8 pacientes (44 %), 6 del lado derecho y 2 del lado izquierdo; de éstos, 5 presentaron fístula bronquial. Dos de los pacientes presentaron shock séptico, con focos múltiples de neumonitis.

El tratamiento instituido fue en los derrames pleurales: punción evacuadora, cultivo y antibiograma.

En los empiemas pleurales, el drenaje torácico fue el procedimiento de elección con el objeto de deterger el tórax lo más precozmente posible. En dos de ellos, se practicó la decoriticación pulmonar alejada y fueron casos de larga evolución y mal drenaje torácico primario.

De las 5 fístulas bronquiales, uno falleció, dos mejoraron con el drenaje del A.S. y dos con toracoplastia complementaria (una derecha y otra izquierda). En todos los casos, el tratamiento inicial fue el drenaje del A.S.

La evolución fue satisfactoria en 13 casos (72 %), falleciendo los 5 restantes (28 %); dos de ellos con patología del C.I.M.C. (piosalpinx y diverticulosis perforada), uno con traumatismo grave de hígado, uno con pancreatitis aguda y uno con fístula broncopleurales por quiste hidatídico hepático a evolución torácica.

RESUME

Abcès sousphreniques d'évolution toracique

Les auteurs examinent les complications toraciques et l'étiologie en rapport avec l'évolution des abcès sousphreniques.

On analyse 2 séries traitées au long de 6 ans, pendant lesquels on a observé 18 malades (11 hommes et 7 femmes) avec une age moyenne de 50 ans. 15 d'entre eux (84 %) avec noyau initial dans la region susmesocolique et 3 (16 %) dans la region sousmesocolique.

Le 72 % des cas (13 malades) ont eu une évolution favorable avec des différents traitements.

SUMMARY

Subphrenic Abscesses and Their Thoracic Evolution

This paper deals with thoracic complications and etiology related to evolution of subphrenic abscesses, in 2 series covering a 6 year period and 18 patients (11 men and 7 women) averaging an age of 50. In 15 (84 %) initial site was C.S.M.C. and in 3 (16 %) it was C.I.M.C.

Different treatments resulted in favourable evolution in 13 cases (72 %).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ADAMS H. Propagación de los procesos patológicos infradiaphragmáticos a la cavidad torácica. *Práctica quirúrgica de la Clínica Lahey*. Buenos Aires. Bernardez, 1972.
- ARIEL I y KAZARIAN K. Abscesos abdominales. Buenos Aires. Panamericana, 1973.
- BEYE H. The Thoracic complications of subdiaphragmatic infection. *J Thorac Surg*, 1: 665, 1932.
- BRACCO AN. Supuraciones torácicas. *Cir Panamericana*, 2: 4, 1972.
- BRESAN E, TRIGO E. Tratamiento del empiema no tuberculoso. *Semana Méd*, 120: 43, 1956.
- FAXON H. Subphrenic abscess; report of 111 consecutive cases. *N Engl J Med*, 222: 289, 1940.
- FONT E. Diagnóstico con radioisótopos (mesa redonda sobre Abscesos Subfrénicos). *Bol Trab Soc Argent Cir*, 35, 1974.
- GILARDON A. Manifestaciones torácicas (Mesa redonda sobre Abscesos Subfrénicos). *Bol Trab Soc Argent Cir*, 35, 1974.
- SAAD E, APESTEGUI C, LARCADE M, LUCIANI W, BABISZENKO B. Complicaciones torácicas de los Abscesos Subfrénicos. *Semana Méd*, 148 (15), 1976.
- SAMPIETRO R (Coordinador). Empiema pleural. Mesa redonda. *Jornadas Argentinas de Cirugía Torácica y Cardiovascular*, 19as. San Juan, 1976.
- SIDERAKIS L, PIBIDA JC, DUMAS O, JIRIMIAN G. Empiema pleural. *Semana Méd*, 148 (15), 1976.
- TRAININI J, SALGADO R, MOLINARI P, PATARO V. Abscesos Subfrénicos. *Prensa Méd*, 64 (8), 1977.
- VAZQUEZ MJ, CORDERO S, RIVA O. Síndromes torácicos quirúrgicos. Buenos Aires. Panamericana, 1970.