

Abscesos piógenos hepáticos

Análisis del estudio y tratamiento. A propósito de siete observaciones

Dres. Daniel Czarnevicz¹, Alvaro Radío², Gerardo Secondo², Pedro Kaitazof³,
Gizalle Retich³, Graciela Howard³, Edgardo Torterolo⁴

Resumen

El presente trabajo analiza el tratamiento de siete abscesos piógenos hepáticos en la Clínica Quirúrgica «2», dirigida por el Prof. Dr. Celso Silva, en el transcurso de seis meses, cinco de los cuales fueron tratados mediante drenaje percutáneo guiado por ecografía demostrando ser éste un procedimiento de fácil realización, con escasa morbilidad, y resultados terapéuticos satisfactorios cuando es indicado.

Los restantes dos pacientes fueron sometidos a cirugía, destacando las situaciones seleccionadas en que esta terapéutica se impone. De esta experiencia, si bien escasa actualmente, surgen aspectos ciertos que cuestionan afirmaciones clásicas en esta patología y fundamentalmente interrogantes que permitirán, con la búsqueda de su esclarecimiento, nuevos aportes en la patogenia y terapéutica de la misma.

Palabras clave Hígado
Absceso de hígado
Supuración
Infección

Summary

This paper analyses the treatment of seven hepatic pyogenic abscesses at Clínica Quirúrgica 2 (Surgical Clinic 2) directed by Prof. Dr. Celso Silva during 6 months. Five of them were treated by means of percutaneous drainage guided by echography; this procedure is of easy realization, low morbidity and satisfactory therapeutical results when indicated. The

Trabajo de la Clínica Quirúrgica «2» (Director Prof. Dr. Celso Silva) Hospital Maciel. Facultad de Medicina. Montevideo.

1 Asistente de Clínica Quirúrgica. 2 Residente de Clínica Quirúrgica. 3 Médicos ecografistas. 4 Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica.

Presentado como Tema Libre en el XLII Congreso Uruguayo de Cirugía, Punta del Este, 1-5 de diciembre de 1991.

Correspondencia: Dr. Daniel Czarnevicz.
Dr. Gastón Ramón 2372. CP 11600. Montevideo.

other two patients underwent surgery; emphasis is made on the selected situations in which this treatment is imposed. Based on this experience, even if it is presently scarce, certain aspects stand out which question classical statements as regards this pathology and also questions that when clarified will make new contributions to its pathology and therapeutics.

Introducción

El absceso hepático piógeno es una entidad clásicamente considerada poco frecuente, pero que tras el advenimiento de nuevas técnicas diagnósticas parecería que su incidencia crece.

Esta patología, aunque conocida desde muy larga data, aún presenta muchos aspectos de su patogenia que permanecen oscuros. Era tradicional considerar el absceso piógeno hepático como pasible de tratamiento quirúrgico en todos los casos, pero la aparición de nuevas modalidades terapéuticas ha variado su indicación.

El objetivo de nuestro estudio radica en tratar de precisar las indicaciones de las diferentes terapéuticas en el absceso piógeno hepático.

Material y método

Se analizan 7 enfermos ingresados en la clínica quirúrgica «2» dirigida por el Prof. Dr. C. Silva en el Hospital Maciel entre los meses de abril y octubre de 1991.

Todos estos pacientes fueron evaluados desde el punto de vista clínico y el diagnóstico de absceso hepático fue hecho en 5 de ellos por ecografía y en 2 casos por tomografía axial computarizada (TAC).

Caso 1. A.B. 66 años. Mujer. Diabética, obesa, que ingresa en sepsis con diagnóstico tomográfico de abscesos hepáticos múltiples, de lóbulo izquierdo se realizó punción percutánea previa localización

ecográfica del absceso. Persiste séptica y fallece a los 60 días.

Caso 2. D.B. 84 años. Mujer. Diabética, síndrome febril prolongado realizando diagnóstico ecográfico de absceso hepático único del segmento VII que desplaza la suprahepática derecha. Se realizó punción percutánea guiada por ecografía. Buena evolución, alta a los 45 días.

Caso 3. L.S. 78 años. Hombre. Hipertenso, antecedentes de infarto agudo de miocardio y de accidente vascular encefálico hace 2 años que consulta por síndrome febril prolongado, diagnosticándose por ecografía, múltiples abscesos hepáticos en el territorio central del lóbulo hepático derecho, realizándose punción percutánea guiada por ecografía. Fallece al noveno día.

Caso 4. P.M. 72 años. Hombre. Consulta por cuadro de colangitis aguda simple, diagnosticándose por ecografía litiasis vesicular y coledociana y múltiples abscesos hepáticos bilobares.

Se interviene quirúrgicamente realizándose colecistectomía, coledocoduodenostomía y antibiótico-terapia intensa por un mes y alta en buenas condiciones previo control ecográfico.

Caso 5. R.R. 22 años. Hombre. Herida de bala transfixiante del parénquima hepático intervenido de urgencia se realiza tratamiento conservador, instalando a los 20 días síndrome febril comprobándose por ecografía gran colección en lóbulo derecho sector alto. Se realiza punción guiada por ecografía obteniendo sangre lacada purulenta. Buena evolución con alta a los 20 días.

Caso 6. E.S. 39 años. Hombre. Ingresar por colecistitis aguda evolucionada. Se realiza colecistectomía, instalando en la evolución síndrome febril prolongado, realizándose ecografía hepática que no muestra lesiones. Se realiza TAC que muestra colección hepática en el segmento 6. Punción guiada por ecografía. Alta en buenas condiciones a los 40 días.

Caso 7. J.R. 65 años. Mujer. Ingresar por ictericia y fiebre. Se comprueba por ecografía 2 imágenes hepáticas ubicadas una en cada lóbulo con áreas calcificadas. Se interviene quirúrgicamente, realizándose lobectomía izquierda al comprobar gran absceso izquierdo que corresponde a quiste hidático (QH) supurado. Se agrega colecistectomía.

Resultados

En esta serie el promedio etario fue de 62 años, coincidiendo con la literatura mundial.

No hubo predominio franco de sexo. La mayoría se presentó como síndrome febril prolongado, realizándose diagnóstico ecográfico en 5 y tomográfico en 2.

Se destaca que en un caso la ecografía no mostró el absceso y sí la TAC.

En los casos que la terapéutica fue guiada por ecografía⁽⁵⁾ se usó para drenaje un equipo tipo Seldinger D (multifenestrado). En los casos drenados mediante punción percutánea se guió por ecografía y se dejó colocado un catéter como el antedicho, salvo en un caso que se utilizó un catéter Pigtail. El catéter permaneció colocado promedialmente entre 10 y 20 días.

Se trataron quirúrgicamente 2 casos y en ambos se utilizó el apoyo de ecografía interoperatoria para topografiar más precisamente el absceso y pesquisar otros inadvertidos. En el caso número 4 la ecografía interoperatoria mostró múltiples abscesos que hacía impracticable su drenaje.

Caso 7. Dado que no se pudo diferenciar en el preoperatorio entre QH supurado y absceso hepático primitivo, se decidió la laparotomía.

En todos los casos se realizó estudio bacteriológico para aerobios y anaerobios, aislándose gérmenes en 4 de los 7 casos siendo estéril en el resto.

Los gérmenes aislados fueron polimicrobianos en un caso (Enterococo y Proteus) y monomicrobianos el resto (E. Coli). Los antibióticos utilizados fueron cefoperazona o sulbactam-ampicilina.

Discusión

Debemos destacar que la etiología de los abscesos piógenos hepáticos ha variado en el correr de los años, siendo actualmente los más frecuentes los que reconocen origen biliar, seguido por los criptogenéticos y de origen portal. El análisis de los casos reportados en la literatura revelan que en los abscesos de origen portal, la diverticulitis, úlcera perforada y cáncer perforado han reemplazado a la apendicitis en el liderazgo etiológico de esta categoría. En nuestra serie si bien no se pueden extraer por su escaso número, conclusiones significativas, nos llama la atención el número de casos en que se desconoce la etiología, el escaso número de cultivos positivos, aunque la mayoría fueron hechos con cobertura antibiótica previa.

Debemos recalcar que en todos los casos en que se realizó punción- evacuación, la misma fue realizada por los cirujanos tratantes (salvo un caso) sin complicaciones y considerándolo un procedimiento sencillo.

Todas las punciones fueron precedidas del estudio de tiempo de protrombina.

La mortalidad de la serie fue más elevada que la esperada, según otras series analizadas en la literatura, pero se trataba en los dos casos de muerte de pacientes con patología de más de 30 días de evo-

lución, y en ambos casos sépticos con mal estado biológico previo.

Conclusiones

- 1) Los abscesos hepáticos piógenos tendrían mayor frecuencia de la que se les atribuye en la literatura.
- 2) El drenaje percutáneo ha sido un procedimiento sencillo y eficaz en el tratamiento de los mismos que no presentó morbimortalidad propia.
- 3) El drenaje quirúrgico quedaría indicado solamente en casos que se asocie a otra patología de sanción quirúrgica o ante la duda diagnóstica, en especial hidatidosis supurada.
- 4) La antibiòticoterapia sistémica siempre debe asociarse en forma prolongada.

Bibliografía

1. **Garrison RN, Polk HC.** Absceso hepático. In: Blumgart. Cirugía del hígado y las vías biliares. Buenos Aires. Panamericana, 1991.
2. **Hau Toni.** Infecciones del hígado y del bazo. In: Simmons. Infecciones quirúrgicas. Madrid: Salvat, 1987.
3. **Donovan A, Yellin A, Ralls P.** Hepatic abscess. *World J Surg* 1991; 15: 162–9.
4. **Wong K.** Percutaneous Drainaje of piogenic liver. Abscesses in *World. J Surg* 1990; 14: 492–7.
5. **Gateño N, Lucinschi A, Yametti L.** Abscesos piógenos solitarios de hígado. *Cir Uruguay* 1979; 49: 473.
6. **Sarroca C, García R, Witking H, Lucinschi A.** Abscesos hepáticos de origen amebiano. *Cir Uruguay* 1981; 51: 191.
7. **Medina R.** Abscesos piógenos primitivos hepáticos. Tesis de doctorado. Montevideo. 1979.
8. **Ochsner O, De Bakey M, Murray S.** Pyogenic abscess of the liver. *Am J Surg* 1938; 40: 292.