

11209

29/11



**Universidad Nacional Autónoma
de México**

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Hospital Regional 20 de Noviembre
ISSSTE

ABSCEOS HEPATICOS PIOGENOS

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el título de la Especialidad en
CIRUGIA GENERAL

p r e s e n t a

DR. JAVIER ARIZMENDI GONZALEZ



México, D. F.

1987

VALOR DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ABSCEOS HEPATICOS PIOGENOS

I. INTRODUCCION

PROBLEMA:

DADA LA FRECUENCIA ELEVADA DEL ABSCESO HEPÁTICO AMIBIANO EN NUESTRO MEDIO, NO SE TIENE PRESENTE LA POSIBILIDAD DE ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO, ASÍ MISMO, PUEDE SER UNA COMPLICACIÓN DE LOS PACIENTES QUE PRESENTAN SEPSIS SEVERA, SITUACIÓN QUE PUEDE PASAR INADVERTIDA SI SE IGNORAN LAS CARACTERÍSTICAS DEL ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO, EN LAS QUE RESALTA EL CURSO FATAL SI EL TRATAMIENTO NO ES INSTAURADO EN FORMA OPORTUNA,

LAS CARACTERÍSTICAS Y LAS MODALIDADES DE TRATAMIENTO NO HAN SIDO ANALIZADAS EN NUESTRO MEDIO.

HIPOTESIS:

EL DETERMINAR LAS CARACTERÍSTICAS Y LAS MODALIDADES DE TRATAMIENTO DEL ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO, PERMITIRÁN SU DIAGNÓSTICO Y MANEJO OPORTUNOS, EVITANDO LA PÉRDIDA DE TIEMPO VALIOSO Y SU CURSO FATAL.

ANTECEDENTES:

EL ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO ES UNA COLECCIÓN INTRAHEPÁTICA DE PUS, - EXUDADO Y DETRITUS, CON LA DEMOSTRACIÓN PATOLÓGICA DE MICROORGANISMOS DENTRO DE LA COLECCIÓN, CON INFLAMACIÓN SEVERA Y CON REPERCUSIONES SÉPTICAS EN TODO EL ORGANISMO.

ES UNA ENTIDAD CONOCIDA DESDE LA ERA DE HIPÓCRATES (460-370 AC), - - QUIEN DISTINGUIÓ ENTRE ABSCESO HEPÁTICO VERDADERO Y QUISTE HEPÁTICO Y QUE,

ADEMÁS, SUGIRIÓ QUE EL PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PODRÍA MODIFICARSE SI -
AQUEL SE DRENABA. CELSUS (53AC-7DC), OBSERVÓ UNA MAYOR MORTALIDAD CUANDO -
SE ASOCIABA EL ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO A ICTERICIA. FITZ DURANTE EL SIGLO
XIX, REPORTÓ 11 CASOS DE ABSCESOS HEPÁTICOS PIÓGENOS ENTRE 257 PACIENTES -
CON APENDICITIS.

EN 1936, OCHSNER DEBAKEY Y MURRAY, PUBLICARON SU CLÁSICA REVISIÓN -
"PYOGENIC ABSCESS OF THE LIVER..."; AGREGARON 47 PACIENTES A 518 COLECTA-
DOS DE LA EXPERIENCIA MUNDIAL Y SEÑALARON QUE EL ABSCESO HEPÁTICO AMIBIANO
ERA MÁS FRECUENTE QUE EL PIÓGENO Y, QUE ESTE ÚLTIMO, ERA CONSECUENCIA EN LA
MAYOR PARTE DE LOS CASOS, DE UNA APENDICITIS Y SUGIRIERON LA LIGADURA DE -
LAS VENAS QUE DRENAN EL FOCO SÉPTICO COMO DEFENSA PARA EVITAR LA DISEMINA-
CIÓN DE LA INFECCIÓN. ESTO TUVO UNA MORTALIDAD EXTREMADAMENTE ALTA QUE SE
ATRIBUYÓ A QUE EL DRENAJE AFECTABA LA CAVIDAD PLEURAL O PERITONEAL; POR ES
TA RAZÓN, OCHSNER Y COLS., CONSIDERARON QUE "...SÓLO EL TIPO DE DRENAJE QUE
EVITE COMPLETAMENTE LA MÁS LEVE POSIBILIDAD DE CONTAMINACIÓN DE UNA CAVIDAD
LIMPIA DEBE SER EMPLEADO. ESTE PRINCIPIO QUIRÚRGICO ES UN DESIDERÁTUM ABSO
LUTO"(1). CON ESTE PRINCIPIO, LA MORTALIDAD SE DISMINUYÓ DE 73 A 33%. AL
ANALIZAR SUS RESULTADOS, OCHSNER Y COLS., ENCONTRARON QUE LA APENDICITIS -
CAUSABA EL 11% DE LOS ABSCESOS, LA DIVERTICULITIS, HERROIDES TROMBOSADAS, -
ULCERACIONES INTESTINALES Y SEPSIS PANCREÁTICA EN 8% Y COLECISTITIS 6%.

ROTENBERG Y LINDER, POR OTRA PARTE, REPORTARON EN 1934, CURACIÓN DEL
58% DE PACIENTES CON ABSCESOS HEPÁTICOS PIÓGENOS.

A PARTIR DE ENTONCES, EL ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO HA PRESENTADO CAM-
BIOS (2,3). EL PATRÓN EPIDEMIOLÓGICO HA CAMBIADO. HACE ALGUNAS DÉCADAS, -
ERA UNA ENFERMEDAD DE JÓVENES, COMO CONSECUENCIA DE APENDICITIS; ACTUALMEN
TE ES UNA ENFERMEDAD DE ANCIANOS CONSECUTIVA A PADECIMIENTOS BILIARES O SEP
TICEMIA Y, A MENUDO, CON UNA NEOPLASIA SUBYACENTE.

LA BACTERIOLOGÍA DEL ABSCESO HA CAMBIADO COMO RESULTADO DE LA APARI-
CIÓN DE ANTIBIÓTICOS, CADA VEZ DE MAYOR ALCANCE Y EFECTIVIDAD.

ASIMISMO, EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO HAN CAMBIADO DEBIDO A QUE EN
LA ACTUALIDAD SE CUENTA CON EXÁMENES NO INVASIVOS DEL HÍGADO CON MAYOR ESPE

CIFICIDAD Y ALTA SENSIBILIDAD.

ESTÁ ESTABLECIDO QUE LOS MICROORGANISMOS PUEDEN PENETRAR Y PERMANECER EN EL PARÉNQUIMA HEPÁTICO, YA SEA DESDE EL INTESTINO (A TRAVÉS DE LA VENA PORTA), DE LA VÍA BILIAR, O DESDE UN FOCO SÉPTICO SISTÉMICO PROBABLEMENTE A TRAVÉS DE LA ARTERIA HEPÁTICA. TAMBIÉN, SE HA MENCIONADO QUE PROCESOS SUBYACENTES COMO EL ABSCESO SUBFRÉNICO, SON CAPACES DE AFECTARLO POR CONTIGÜIDAD. LOS MICROORGANISMOS PUEDEN INTRODUCIRSE DIRECTAMENTE EN EL MOMENTO DE UNA AGRESIÓN HEPÁTICA. UN PORCENTAJE DE ABSCESOS HEPÁTICOS SE DESARROLLAN POR TRAUMATISMO DIRECTO; LA CONTUSIÓN HEPÁTICA DEJA INFARTOS PEQUEÑOS Y MÚLTIPLES, LOS CUALES SE INFECTAN EN EL CURSO DE UNA BACTEREMIA.

ACTUALMENTE, ES BIEN SABIDO QUE LA COLECISTITIS Y LA COLANGITIS SÉPTICA PUEDEN COMPLICARSE CON ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO; SE HA COMPROBADO QUE EXISTE UN REFLUJO COLANGIO-VENOSO, CUANDO AUMENTA LA PRESIÓN INTRADUCTAL Y QUE LAS BACTERIAS SON FAGOCITADAS POR EL SISTEMA RETÍCULO ENDOTELIAL Y SI ÉSTE RESULTA INEFICAZ POR ENFERMEDAD SUBYACENTE, SE PRODUCIRÁ INFECCIÓN HEPÁTICA (4).

LOS ABSCESOS HEPÁTICOS PIÓGENOS PUEDEN VOLVER A DESARROLLARSE DESPUÉS DE LESIÓN HEPÁTICA PERSISTENTE. COMO LOS QUE PUEDEN PRESENTARSE EN UN QUISTE HIDATÍDICO, UN ABSCESO AMIBIANO O UNA NEOPLASIA.

EXISTE ADEMÁS, UN NÚMERO DE PACIENTES EN LOS QUE NO ES POSIBLE DETERMINAR EL ORIGEN DE LA INFECCIÓN INICIAL QUE CAUSA UN ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO. SUELEN DESARROLLARSE ABSCESOS MILIARES POR LA DIVISIÓN ANATÓMICA HEPÁTICA PRIMORDIALMENTE CUANDO HAY PIOHEMIA PORTAL.

LOS ABSCESOS HEPÁTICOS PIÓGENOS SE INICIAN COMO UNA ACUMULACIÓN MICROSCÓPICA DE HEPATOCITOS NECROSADOS Y LEUCOCITOS QUE SE DISEMINAN A PARTIR DEL ESPACIO PORTA LLEVANDO CONSIGO EL GÉRMEN AGRESOR. ÉSTOS CÚMULOS CRECEN CON LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y ALCANZAN UN TAMAÑO VISIBLE EN LA GAMMAGRAFÍA O DURANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

LA MULTIPLICIDAD DE ABSCESOS ES CONSECUENCIA DE LA AMPLIA E INTERCALADA ESTRUCTURA DE LA RAMIFICACIÓN HEPÁTICA DE LA VENA PORTA, LA ARTERIA HEPÁTICA Y LOS CONDUCTOS BILIARES. SE SABE QUE LOS PACIENTES QUE PRESENTAN -

ABSCESES HEPÁTICOS MÚLTIPLES, TIENDEN A DESARROLLAR SEPSIS EN FORMA AGUDA Y SEVERA, EN TANTO QUE LOS PACIENTES QUE PRESENTAN ABSCESES ÚNICOS, TIENEN UNA EVOLUCIÓN CLÍNICA MÁS PROLONGADA.

LOS HALLAZGOS PATOLÓGICOS INCLUYEN DIVERSOS GRADOS DE HEPATOMEGALIA, ABSCESES MÚLTIPLES MACRO Y MICROSCÓPICOS, ASCITIS Y ABSCESES EN OTROS SITIOS (RIÑÓN, PULMÓN, CEREBRO, PÁNCREAS, PRÓSTATA, OVARIOS Y BAZO). LA EXTENSIÓN DIRECTA EXTRAHEPÁTICA, INCLUYE ABSCESES SUBDIAFRAGMÁTICOS, ABSCESES SUBHEPÁTICOS, PERITONITIS EMPIEMA Y PERICARDITIS (5).

EN ALGUNOS CASOS, UNO O MÁS DE LOS ABSCESES MACROSCÓPICOS, SE HAN PRESENTADO CON PEQUEÑOS ABSCESES MÚLTIPLES MICROSCÓPICOS DIFUSAMENTE DISTRIBUIDOS.

LOS TRES SÍNTOMAS PREDOMINANTES EN LOS PACIENTES CON ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO, HAN SIDO ATAQUE AL ESTADO GENERAL, FIEBRE Y DOLOR ABDOMINAL; MÁS DEL 15% DE LOS PACIENTES PRESENTAN SÍNTOMAS PULMONARES COMO: TOS, DISNEA Y HEMOPTISIS. LA ICTERICIA PUEDE ESTAR AUSENTE (6,7).

LOS ABSCESES HEPÁTICOS PIÓGENOS, DEBEN DISTINGUIRSE DE LOS ABSCESES HEPÁTICOS AMIBIANOS; PARA ESTO, DEBEN SER TOMADOS EN CUENTA LOS ANTECEDENTES DE VIAJE A ZONAS ENDÉMICAS O SU PROCEDENCIA DE ELLAS, LA PRESENCIA DE DIARREA; ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS, EL GRADO DE ATAQUE AL ESTADO GENERAL, EL GRADO DE SEPSIS Y EN LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO, LA LEUCOCITOSIS, LA ELEVACIÓN DE LA TGO Y DE LA FOSFATASA ALCALINA, SON DATOS QUE INCLINAN A PENSAR EN ABSCESO PIÓGENO. OTRO DATO DE AYUDA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, ES LA RESPUESTA A LOS ANTIAMIBIANOS (8).

LOS ABSCESES HEPÁTICOS PIÓGENOS, SUELEN SER DE ORIGEN POLIMICROBIANO, LO QUE SE HA RELACIONADO ADEMÁS, CON UN PRONÓSTICO MÁS GRAVE. LOS MICROORGANISMOS IDENTIFICADOS PUEDEN VARIAR SEGÚN LA ENFERMEDAD SUBYACENTE, POR EJEMPLO LOS ANAEROBIOS SON LA CAUSA MÁS FRECUENTE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE LA VESÍCULA Y VÍAS BILIARES.

PARA EL DIAGNÓSTICO, LA GAMMAGRAFÍA HA SIDO UN ESTUDIO DE GRAN UTILIDAD. LA GAMMAGRAFÍA CON TECNECIO PUEDE MOSTRAR UN DEFECTO AL NO SER CAPTADO EL RADIOISÓTOPO POR EL SISTEMA RETICULOENDOTELIAL HEPÁTICO EN LA ZONA LE

SIONADA, LA GAMMAGRAFÍA CON GALIO PUEDE MOSTRAR UNA CONCENTRACIÓN AUMENTADA DEL RADIOISÓTOPO CERCANA A UNA ÁREA LACUNAR, EL ULTRASONIDO Y LA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA PUEDEN EMPLEARSE CON LA VENTAJA DE QUE PERMITEN DISTINGUIR LA DENSIDAD DE LA MASA, SU LOCALIZACIÓN PRECISA Y SU TAMAÑO LO QUE PERMITE, EN CASOS SELECCIONADOS, SU DRENAJE POR PUNCIÓN.

LOS ABSCESOS MACROSCÓPICOS, QUE MIDEN 2 A 19 CM. DE DIÁMETRO, SE HAN CONSIDERADO COMO INDICACIÓN QUIRÚRGICA. EN LOS CASOS QUIRÚRGICOS, EL LÓBULO DERECHO ESTÁ INVOLUCRADO MÁS FRECUENTEMENTE, PERO ESTUDIOS RECIENTES NO HAN DEMOSTRADO CORRELACIÓN ENTRE LAS FUENTES DE INFECCIÓN Y LA PRESENCIA DE ABSCESO EN UN LÓBULO EN PARTICULAR (9).

LA EXPERIENCIA HA DEMOSTRADO QUE EL DRENAJE QUIRÚRGICO ABIERTO, ES EL TRATAMIENTO MÁS EFICAZ CONTRA EL ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO Y QUE LA ANTI-BIOTICOTERAPIA ES COADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO. ACTUALMENTE, EL DRENAJE QUIRÚRGICO AUNADO A ANTI-BIÓTICOS HA DISMINUIDO EL ÍNDICE DE MORTALIDAD HASTA EL 5% EN ALGUNAS SERIES.

LA MORTALIDAD EN PACIENTES DRENADOS QUIRÚRGICAMENTE, ES DE ALREDEDOR DEL 20%, MIENTRAS QUE EN LOS NO DRENADOS LLEGA A SER HASTA DEL 95% (2,5-7).

JUSTIFICACION:

CONOCIENDO LA GRAVEDAD Y ELEVADA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES QUE PRESENTAN ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO, ES IMPERATIVO RECONOCER LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ENTIDAD PARA SU DIAGNÓSTICO OPORTUNO Y OFRECER EL MANEJO QUE PERMITA EVITAR EL CURSO Y LAS COMPLICACIONES.

ES COMPLICACIÓN DE LOS PACIENTES CON SEPSIS GENERALIZADA. DADO QUE EN NUESTRO MEDIO ES MÁS FRECUENTE EL ABSCESO HEPÁTICO AMIBIANO, EL DIAGNÓSTICO, EN EL CASO QUE SE TRATE DE ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO, SE VE RETRASADO LO QUE CONDICIONA PÉRDIDA DE TIEMPO VALIOSO LO QUE REDUNDA EN UN CURSO FATAL DE LA ENFERMEDAD.

ES PRECISO DETERMINAR LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ENTIDAD EN NUESTRO MEDIO, YA QUE NO EXISTE REPORTE EN LA LITERATURA NACIONAL DE SERIES DE PA-

CIENTES CON ESTA ENFERMEDAD.

OBJETIVO:

ANALIZAR LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS ABSCESOS HEPÁTICOS PIÓGENOS Y LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE", I.S.S.S.T.E.

II. MATERIAL Y METODOS

SE REALIZÓ UN ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 15 PACIENTES CON DIAGNÓSTICO COMPROBADO DE ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE", I.S.S.S.T.E., DURANTE UN PERÍODO COMPRENDIDO DE ENERO DE 1982 A DICIEMBRE DE 1986.

SE ELIMINARON TRES EXPEDIENTES QUE SE ENCONTRABAN INCOMPLETOS, DEBIDO A CUADROS FULMINANTES O SIN LA COMPROBACIÓN DE ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO. SE EXCLUYERON TODOS LOS PACIENTES PORTADORES DE ABSCESO HEPÁTICO AMIBIANO EN LOS QUE SE FUNDAMENTÓ EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO Y CON RESPUESTA FAVORABLE A LA TERAPEÚTICA ESPECÍFICA.

SE INCLUYERON ENFERMOS EN LOS QUE SE COMPROBÓ LA PRESENCIA DE COLECCIÓN PURULENTO INTRAHEPÁTICA, MEDIANTE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O PUNCIÓN.

EN CADA PACIENTE SE REGISTRARON EDAD, SEXO, ANTECEDENTES CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS, SÍNTOMAS AL MOMENTO DEL INGRESO TALES COMO: DOLOR Y SITIO DEL MISMO, FIEBRE, ICTERICIA, ATAQUE AL ESTADO GENERAL, NÁUSEA Y VÓMITOS, HEPATOMEGALIA Y SUS CARACTERÍSTICAS, ESTUDIOS DE LABORATORIO (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, LEUCOCITOS, BANDEMIA, QUÍMICA SANGUÍNEA, PRUEBAS FUNCIONALES HEPÁTICAS COMO BILIRRUBINAS, TRANSAMINAS GLUTÁMICO OXALACÉTICA Y PIRÚVICA, DESHIDROGENASA LÁCTICA, CREATININ FOSFOQUINASA, FOSFATASA ALCALINA, ALBÚMINA, GLOBULINA, COLESTEROL Y TIEMPO DE PROTROMBINA), ESTUDIOS DE GABINETE COMO: RADIOGRAFÍAS SIMPLES DE ABDOMEN Y TELERRADIOGRAFÍAS DE TÓRAX, GAMMAGRAFÍA CON TECNECIO 99, ULTRASONOGRAFÍA Y TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA. SE REGISTRARON, ADEMÁS, EL TRATAMIENTO MÉDICO INSTITUIDO Y SU EVOLUCIÓN, EN LOS CASOS

TRATADOS CON DRENAJE POR PUNCIÓN, SE REGISTRÓ LA CANTIDAD DE MATERIAL PURULENTO EXTRAÍDO, LOS CULTIVOS Y LA RESPUESTA TERAPÉUTICA. EN LOS SOMETIDOS A CIRUGÍA, SE REGISTRARON LOS HALLAZGOS, LAS CARACTERÍSTICAS MACROSCÓPICAS DE LOS ABSCESOS, LA EVOLUCIÓN CLÍNICA Y EL RESULTADO DE LOS CULTIVOS. EN TODOS SE RECABARON LOS DATOS DE COMPLICACIONES POSOPERATORIAS, SU TRATAMIENTO Y EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN.

III. RESULTADOS

EL PROMEDIO DE EDAD FUE DE 45,6 AÑOS CON RANGO DE 22 A 76 AÑOS, OCHO MASCULINOS Y SIETE FEMENINOS,

DIEZ PACIENTES HABÍAN SIDO SOMETIDOS A CIRUGÍA Y EN OCHO DE ÉSTOS, - EN MENOS DE 15 DÍAS ANTES DEL INGRESO; DOS HABÍAN SIDO SOMETIDOS A HEMICOLECTOMÍA DERECHA, DOS A APENDICECTOMÍA, UNO A HISTERECTOMÍA, UNO A CESAREA, UNO A COLECISTECTOMÍA, UNO A LAPARATOMÍA POR HERIDA POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO, UNO A LAPARATOMÍA POR TRAUMA CERRADO DE ABDOMEN, Y UNO QUE SUFRIÓ HERIDA POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO EN MIEMBRO PÉLVICO IZQUIERDO, REQUIRIÓ DOS INTERVENCIONES EN ESTA ZONA.

DE LOS CINCO PACIENTES RESTANTES, DOS TUVIERON LITIASIS DE VÍAS BILIARES (UNO DE ELLOS CON COLANGITIS SÉPTICA), OTRO PRESENTÓ CÁNCER EN LA VESÍCULA BILIAR CORROBORADO POR EL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO, UNO CON CIRROSIS MICROONDULAR Y UNO CON SINTOMATOLOGÍA VESICULAR.

LOS DATOS CLÍNICOS ENCONTRADOS SE MUESTRAN EN EL CUADRO I. EL DATO MÁS FRECUENTE FUE EL DOLOR (13/15), SIETE PACIENTES LO PRESENTARON EN HIPOCONDRIO DERECHO, MIENTRAS QUE EN SEIS SE PRESENTÓ EN 12 PACIENTES.

CUADRO I
SINTOMATOLOGIA Y SIGNOLOGIA DE 15 PACIENTES CON ABSCESO HEPATICO PIOGENO

<u>DATOS CLÍNICOS</u>	<u>NO. DE PACIENTES</u>
PIEBRE	12
DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO	7
HEPATOMEGALIA	7
DOLOR GENERALIZADO	6
ABDOMEN AGUDO	4
ICTERICIA	3
DISTENSIÓN ABDOMINAL	3
NAUSEA Y VÓMITO	3
ENCEFALOPATÍA	2
CHOQUE	1

EN 12 DE LOS 15 ENFERMOS, LA HEMOGLOBINA Y EL HEMATOCRITO ESTUVIERON DISMINUIDOS AL INGRESO. HUBO LEUCOCITOSIS EN TODOS LOS CASOS Y TODOS, EXCEPTO UNO, PRESENTARON BANDEMIA. LAS BILIRRUBINAS SÓLO SE ELEVARON EN TRES PACIENTES Y LA TRANSAMINASA CLUTÁMICO OXALACÉTICA ESTUVO ELEVADA EN CUATRO CASOS. LA FOSFATASA ALCALINA ESTUVO ELEVADA EN TODOS LOS CASOS. LA ALBÚMINA FUE MENOR DE 3GR% EN 13 PACIENTES Y EL TIEMPO DE PROTROMBINA PROLONGADO EN 12 (CUADRO II).

CUADRO II
ESTUDIOS DE LABORATORIO EN 15 PACIENTES CON ABSCESO HEPATICO PIOGENO

<u>RESULTADO</u>	<u>NORMALES</u>	<u>MEDIANA</u>	<u>RANGO</u>
HEMOGLOBINA	14-16GR%	10,8	8,1-15
HEMATOCRITO	42-48%	34,8	28 -43
LEUCOCITOS	5-10x10 ³ /MM ³	21,3	11 -43
BANDAS	0-1%	9,8	0 -33
FOSFATASA ALCALINA	50-133U/ML	270,5	151 -440
BILIRRUBINAS:			
DIRECTA	0,1-0,4MG%	2,1	0,1-8,6
INDIRECTA	0,2-0,7MG%	0,7	0,1-1,6
TGO	7-45 U/L	53,5	7 -229
TGP	5-41 U/L	52,9	5 -235
ALBÚMINA	3-3,5GR%	2,56	1,7-3,9
T. PROTROMBINA	85-100%	56	0 -85

SE REALIZÓ ULTRASONOGRAFÍA EN NUEVE PACIENTES Y FUE NEGATIVA EN TRES; GAMMAGRAFÍA EN DIEZ PACIENTES QUE MOSTRÓ ABSCESO EN NUEVE Y TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA EN 10 Y POSITIVAS EN TODOS. LA FIGURA 1 MUESTRA UNA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA DE UN CASO.



FIGURA I. TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA QUE MUESTRA DOS ABSCESOS INTRAHEPÁTICOS EN UN PACIENTE INTERVENIDO EN CUATRO OCASIONES. SE DISTINGUEN LAS SONDAS DE DRENAJE DENTRO DE LAS CAVIDADES.

EN LOS RESULTADOS BACTERIOLÓGICOS SE ENCONTRÓ QUE CINCO CULTIVOS FUERON POLIMICROBIANOS Y SEIS MONOMICROBIANOS. LA PSEUDOMONA AERUGINOSA FUE EL GERME MÁS FRECUENTE, PRESENTE EN SEIS PACIENTES SEGUIDA DE LA E. COLI Y KLEBSIELLA PNEUMONIAE CON TRES CASOS CADA UNO (CUADRO III).

CUADRO III

HALLAZGOS BACTERIOLÓGICOS (n=11)

MICROORGANISMOS	NO. DE PACIENTES
PSEUDOMONA AERUGINOSA	6
E. COLI	3
KLEBSIELLA PNEUMONIAE	3
STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS	2
STREPTOCOCCUS GRUPO D NO ENTEROCOCCO	2
KLEBSIELLA OZONAE	1
PROTEUS MIRABILIS	1
STREPTOCOCCUS SP. VIRIDANS	1
STAPHYLOCOCCUS SP. COAGULASA NEGATIVO	1
BACTEROIDES	1

ONCE PACIENTES FUERON INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE; SEIS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO DE ABSCESO HEPÁTICO AMIBIANO EN LOS QUE EL TRATAMIENTO ESPECÍFICO HABÍA FRACASADO Y DESARROLLARON ABDOMEN AGUDO Y TRES EN LOS QUE EL ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO FUE HALLAZGOS TRANSOPERATORIO, DOS DE ÉSTOS, CON DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO DE PIOCOLECISTO Y EL ÚLTIMO, POR ABDOMEN AGUDO QUE RESULTÓ SER CÁNCER DE VESÍCULA, EN SEIS CASOS, EL ABSCESO SE LOCALIZÓ EN EL LÓBULO DERECHO, EN UNO EN EL LÓBULO IZQUIERDO Y EN LOS CUATRO RESTANTES LOS ABSCESOS FUERON MÚLTIPLES. TRES ESTABAN ABIERTOS A CAVIDAD. EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CONSISTIÓ EN ABORDAJE TRANSPERITONEAL PARA EXPLORACIÓN Y LOCALIZACIÓN DE LOS ABSCESOS, COLOCACIÓN DE SONDAS DE NÚMERO 28 A 30F DE CAUCHO Y LAVADO DE CAVIDAD. TODOS LOS PACIENTES TUVIERON MANEJO CON ANTIBIÓTICOS INICIALMENTE PARA GRAMNEGATIVOS Y ANAEROBIOS COMO METRONIDAZOL, CLINDAMICINA Y GENTAMICINA, QUE SE CAMBIARON SEGÚN LOS RESULTADOS DE LOS CULTIVOS.

TRES PACIENTES (20%) FUERON TRATADOS MEDIANTE PUNCIÓN GUIADA POR TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA, SE REALIZÓ ASPIRACIÓN CON AGUJA PARA CULTIVO Y EN LOS TRES SE COLOCÓ CATÉTER DE DRENAJE QUE FUE RETIRADO CUANDO EL GASTO DESAPARECIÓ Y CON CONTROL RADIOLÓGICO DEL ABSCESO.

UN PACIENTE RESPONDIÓ FAVORABLEMENTE CON SÓLO TRATAMIENTO MÉDICO A BASE DE LA COMBINACIÓN DE METRONIDAZOL, CLINDAMICINA Y GENTAMICINA POR 12 DÍAS CAMBIADO A CEFALEXINA ADMINISTRADA POR ESPACIO DE 11 DÍAS; ESTE PACIENTE FUE HERIDO POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO, SOMETIDO A LAPAROTOMÍA, SE LE REALIZÓ ESPLENECTOMÍA, INGRESÓ EN ESTADO DE SEPSIS E HIPERCATABOLISMO SEVERO, LO QUE IMPOSIBILITÓ SU INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA INMEDIATA; POSTERIORMENTE, LA BUENA EVOLUCIÓN VERIFICADA POR TOMOGRAFÍAS SERIADAS, APOYARON LA DECISIÓN DE NO INTERVENIRLO QUIRÚRGICAMENTE.

LAS COMPLICACIONES POSOPERATORIAS FUERON SEPSIS EN 10 PACIENTES (ESTA COMPLICACIÓN ESTUVO PRESENTE DESDE ANTES DE LA CIRUGÍA EN DOS PACIENTES) SEGUIDA DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA PROGRESIVA DEL ADULTO EN CUATRO; FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE EN DOS, INSUFICIENCIA RENAL EN DOS Y COAGULOPATÍA POR CONSUMO EN DOS. OTRAS COMPLICACIONES FUERON NEUMONÍA, ABSCESOS INTRAABDOMINALES, FIBRILACIÓN AURICULAR, ACIDOSIS METABÓLICA REFRACTARIA, DEHISCENCIA DE HERIDA, DERRAME PLEURAL Y FÍSTULA DUODENAL; ESTA ÚLTIMA COMPLICACIÓN, SE PRESENTÓ EN UN PACIENTE INTERVENIDO PARA COLOCACIÓN DE SONDA, DRENANDO -

EL ABSCESO, EVOLUCIONÓ EN FORMA SATISFATORIA, SIETE DÍAS DESPUÉS A LA CIRUGÍA PRESENTÓ GASTOS ELEVADOS POR LA SONDA Y POR MEDIO DE ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS SE COMPROBÓ LA FÍSTULA; MANEJADA CON NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL, DESAPARECIÓ LA FÍSTULA EN 17 DÍAS.

CUATRO (26,6%) DE LOS 15 PACIENTES FALLECIERON. UNA PACIENTE DIABÉTICA CON PANCREATITIS, CIRROSIS HEPÁTICA, VESÍCULA ATRÓFICA Y ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO GIGANTE, QUE INICIALMENTE SE MANEJÓ CON AMIBIANO, SE INTERVINO SIETE DÍAS DESPUÉS DEL INGRESO Y FALLECIÓ DOS DÍAS DESPUÉS DE LA CIRUGÍA. EL SEGUNDO PACIENTE FEMENINO DIABÉTICA, QUE SE OPERÓ EN FORMA URGENTE CON DIAGNÓSTICO DE PIOCOLECISTO, TUVO ABSCESOS MÚLTIPLES EN SEGMENTO MEDIAL FALLECIÓ SIETE DÍAS DESPUÉS. EL TERCER PACIENTE TAMBIÉN FEMENINO SOMETIDA A APENDICECTOMÍA OCHO DÍAS ANTES DEL INGRESO, SE INTERVINO EN FORMA URGENTE Y TUVO ABSCESOS MÚLTIPLES, SE REOPERÓ ONCE DÍAS DESPUÉS SE ENCONTRÓ PUS LIBRE EN CAVIDAD Y PRESENTÓ PARO CARDÍACO TRANSOPERATORIO. EL CUARTO PACIENTE, MASCULINO, QUE SUFRIÓ HERIDA POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO EN MIEMBRO PÉLVICO IZQUIERDO CON LESIÓN EN ARTERIA FEMORAL, POR LO QUE SE TUVO QUE OPERAR HASTA EN DOS OCASIONES PARA REALIZAR PUENTE FEMOROPLOPITEO DESARROLLÓ INSUFICIENCIA RENAL SEVERA POR HIPOTENSIÓN Y SEPSIS EN EL SITIO DE LA LESIÓN; DIEZ DÍAS DESPUÉS SE DETECTÓ ABSCESO HEPÁTICO, SE INTERVENIO QUIRÚRGICAMENTE, SE ENCONTRARON DOS ABSCESOS, UNO ROTO A CAVIDAD; SE REINTERVINO CUATRO DÍAS DEPUÉS Y SE ENCONTRÓ NUEVO ABSCESO HEPÁTICO Y ABSCESOS INTERASA, FALLECIÓ NUEVE DÍAS DESPUÉS.

EL PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA FUE 47,2 DÍAS.

IV. DISCUSION

EN ESTE GRUPO DE PACIENTES, LA EDAD PROMEDIO FUE DE 45,6 AÑOS; EN OTRAS SERIES SE HA ENCONTRADO QUE EL ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO SE PRESENTA EN LA SEXTA Y SÉPTIMA DÉCADAS DE LA VIDA.

LOS ABSCESOS PIÓGENOS PUEDEN RESULTAR DE 1) INFECCIÓN ASCENDENTE BILIAR; 2) DISEMINACIÓN HEMATOGENA VÍA PORTA; 3) SEPTICEMIA; 4) INFECCIÓN DIRECTA DE INFECCIÓN PERITONEAL Y 5) OTRAS CAUSAS COMO TRAUMA (9). EN ESTA SERIE LA CAUSA MÁS COMÚN FUE LA INFECCIÓN ASCENDENTE BILIAR EN SEIS CASOS,

SEGUIDA DE DOS CASOS POSTAPENDICITIS, DOS CASOS DE HEMATOMA SUBCAPSULAR Y DOS CASOS POSTRAUMA, DOS CASOS POSTERIORES A HEMICOLECTOMIA Y UN PACIENTE EN QUE NO FUE POSIBLE IDENTIFICAR NINGÚN ANTECEDENTE O ETIOLOGÍA, POR LO QUE SE CONSIDERÓ COMO CRIPTOGÉNICO. MUCHOS INVESTIGADORES HAN INTENTADO ENCONTRAR UNA PATOGÉNESIS PARA LOS ABSCESOS HEPÁTICOS PIÓGENOS CRIPTOGÉNICOS; ACTUALMENTE ES ACEPTADO QUE LA VÍA HEMATOGENA A TRAVÉS DE LA ARTERIA HEPÁTICA ES LA EXPLICACIÓN A ESTOS ABSCESOS (6); ESTOS ABSCESOS DE ORIGEN NO DETERMINADO LLEGARON A ENCONTRARSE HASTA EN UN 60% DE LOS CASOS (6), SIN EMBARGO, CON LOS MEDIOS DIAGNÓSTICOS ACTUALES ES MENOS FRECUENTE QUE SE IGNORE EL ORIGEN, AUN CUANDO LA INFECCIÓN PRIMARIA O LA LESIÓN PUEDAN SER ANTERIORES AL ABSCESO POR MESES O AÑOS.

EL ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO PUEDE SER SOLITARIO, MULTILUCULADO O MÚLTIPLE. CUANDO ES ÚNICO, SE ENCUENTRA MÁS FRECUENTEMENTE EN EL LÓBULO DERECHO,

EN ESTA SERIE, COMO EN OTRAS, SE OBSERVÓ QUE LOS SÍNTOMAS PREDOMINANTES SON: FIEBRE, DOLOR ABDOMINAL Y ATAQUE AL ESTADO GENERAL. EN TRES CASOS HUBO ICTERICIA, DE LOS CUALES FALLECIERON DOS, ES CONOCIDO EL HECHO QUE CUANDO SE PRESENTA ICTERICIA, EMPEORA EL PRONÓSTICO.

UNA VEZ QUE SE SOSPECHA EL DIAGNÓSTICO, ALGUNOS ESTUDIOS DE LABORATORIO SON DE AYUDA. LA ANEMIA Y LA LEUCOCITOSIS SON DATOS IMPORTANTES. LA LEUCOCITOSIS ENCONTRADA FUE EN PROMEDIO DE $21 \times 10^3/\text{mm}^3$ Y HEMOGLOBINA DE 10,8G POR CIENTO EN PROMEDIO. AUNQUE LAS ALTERACIONES EN LAS PRUEBAS FUNCIONALES HEPÁTICAS NO SON PATOGNÓMICAS, PUEDE HABER ELEVACIÓN LEVE DE LAS TRANSAMINASAS COMO SE OBSERVÓ EN CUATRO PACIENTES DE ESTA SERIE. LA ANORMALIDAD BIOQUÍMICA MÁS SIGNIFICATIVA, ES LA ELEVACIÓN DE LA FOSFATASA ALCALINA (3,9,10) COMO OCURRIÓ EN LOS 15 PACIENTES DE ESTA SERIE.

LA ALBÚMINA MUESTRA CORRELACIÓN CON EL PRONÓSTICO, COMO YA HA SIDO DEMOSTRADO POR DIVERSOS AUTORES COMO PITT Y ZUIDA (11).

KANDEL Y COLS (6), HAN ENCONTRADO QUE LA DETERMINACIÓN DE VITAMINA B12 - ELEVADA EN PACIENTES JÓVENES, POR ARRIBA DE 2,000PG/ML, ES TAMBIÉN DE AYUDA EN EL DIAGNÓSTICO, Y SE ATRIBUYE A NECROSIS HEPÁTICA QUE OCURRE EN UN ÓRGANO PREVIAMENTE SANO.

LOS ESTUDIOS RADIOLÓGICOS SON DE GRAN UTILIDAD. LAS TELERRADIOGRAFÍAS DE TÓRAX PUEDEN MOSTRAR ELEVACIÓN DEL HEMIDIAFRAGMA DERECHO, ATELECTASIA, DERRAME PLEURAL Y NEUMONITIS.

LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS NO INVASIVAS SON MUY SENSIBLES EN LA DETECCIÓN DE ABSCESOS HEPÁTICOS MACROSCÓPICOS. SE HA USADO LA GAMMAGRAFÍA CON ⁹⁹TECNECIO; SIN EMBARGO, LA GAMMAGRAFÍA CON CITRATO DE GALIO TAMBIÉN ESTÁ INDICADA (10). LA ULTRASONOGRAFÍA PUEDE DEFINIR LA PRESENCIA DE UNA LESIÓN OCUPATIVA EN EL HÍGADO Y, ADEMÁS, BRINDA INFORMACIÓN VALIOSA SOBRE EL ESTADO DE LAS ESTRUCTURAS BILIARES Y PERIHEPÁTICAS; ES POSIBLE SU REALIZACIÓN EN LA CAMA DEL PACIENTE Y SIRVE DE CONTROL CUANDO ESTÁ INDICADA LA ASPIRACIÓN. LA SEGURIDAD DEL ULTRASONIDO PARA DETECTAR ABSCESOS, LLEGA A SER SEGÚN ALGUNOS AUTORES, DE 96.8%. EN ESTA SERIE, EL ULTRASONIDO EN NUEVE PACIENTES PRESENTÓ RES FALSAS NEGATIVAS.

LA TÉCNICA MÁS SEGURA ES LA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA (3,6,7,10). PRESENTA ALTA SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD Y PERMITE LA LOCALIZACIÓN SEGURA PARA REALIZAR UN DRENAJE PERCUTÁNEO CUANDO ESTÁ INDICADO (10). EN ESTE ESTUDIO, LA TOMOGRAFÍA AXIAL DETECTÓ LOS ABSCESOS EN FORMA SEGURA EN LOS DIEZ PACIENTES EN LO QUE SE REALIZÓ Y FUE DE AYUDA PARA EL DRENAJE PERCUTÁNEO DE TRES PACIENTES Y EL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE TRATADO MEDICAMENTE.

LA ANGIOGRAFÍA SE USA POCO EN LA BÚSQUEDA DE ABSCESOS HEPÁTICOS. CARACTERÍSTICAMENTE, LAS LESIONES PRESENTAN UNA MASA AVASOJAR RODEADA DE HIPEREMIA. ES ÚTIL PARA DIFERENCIAR ABSCESO HEPÁTICO DE CARCINOMA HEPATOCELULAR. LA TÉCNICA EMPLEA ARTERIOGRAFÍA HEPÁTICA SELECTIVA POR CATETERIZACIÓN DE LA ARTERIA FEMORAL (7,10).

SE USÓ UN ESQUEMA TRIPLE DE ANTIBIÓTICOS EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS; YA QUE SI LOS GRAMNEGATIVOS SON LO MÁS FRECUENTE, ESTÁ INDICADO EL USO DE UNA AMINOGLICÓSIDO O CEFALOSPORINAS JUNTO CON UN AGENTE ANTIANAEROBIOS COMO CLINDAMICINA Y/O METRONIDAZOL.

ANTIGUAMENTE SE SABÍA QUE ABSCESO HEPÁTICO QUE NO SE DRENABA, TENÍA CURSO FATAL EN EL 100% DE LOS CASOS. DEL REAL, QUIROZ Y GÓMEZ (12) PUBLICARON UN CASO DE ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO CONSECUTIVO A DIVERTICULITIS COLÓNICA EN EL QUE LA LOCALIZACIÓN, EL TAMAÑO Y EL ALTO RIESGO QUIRÚRGICO, IMPI-

DIERON LA INTERVENCIÓN; MANEJADO MEDICAMENTE EVOLUCIONÓ SATISFACTORIAMENTE. ALGUNOS OTROS AUTORES HAN IMPULSADO LA IDEA DE TRATAMIENTO MÉDICO, SIN EMBARGO, ESTÁ PROBADA SU ALTA MORTALIDAD; SÓLO LAS CONDICIONES COMO LA LOCALIZACIÓN POSTERIOR Y DE DIFÍCIL ACCESO TRANSPERITONEAL, EL TAMAÑO QUE PRESENTA, EL QUE SEA ÚNICO, EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE COMO ENFERMEDADES DE TIPO SISTÉMICO O CARDÍACAS Y LA RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO ANTI-BIÓTICO, PUEDEN INDICAR ESPERA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, COMO SUCEDIÓ EN EL PACIENTE MANEJADO EN ESTA FORMA DE ESTA SERIE. ALGUNOS AUTORES HAN PROPUESTO QUE LA PUNCIÓN SEA EL TRATAMIENTO DE PRIMERA ELECCIÓN EN TODOS LOS CASOS DE ABSCESO HEPÁTICO COMO LO PROPONEN KANDEL Y MARCON (6) EN UN ALGORITMO PARA EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LOS ABSCESOS, DEJANDO COMO SEGUNDA ELECCIÓN AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, ES DECIR, SI LA PUNCIÓN PERCUTÁNEA GUIADA FALLA O SE TRATA DE ABSCESOS MÚLTIPLES O MULTILOCULADOS (FIGURA No. 2). MANDEL Y BOYD (13) REPORTAN 83% DE ÉXITO CON LA TÉCNICA PERCUTÁNEA GUIADA POR TOMOGRAFÍA AXIAL Y UNA INCIDENCIA MÍNIMA DE COMPLICACIONES. EN ESTA SERIE HUBO TRES PACIENTES MANEJADOS CON ESTA TÉCNICA EXITOSAMENTE,

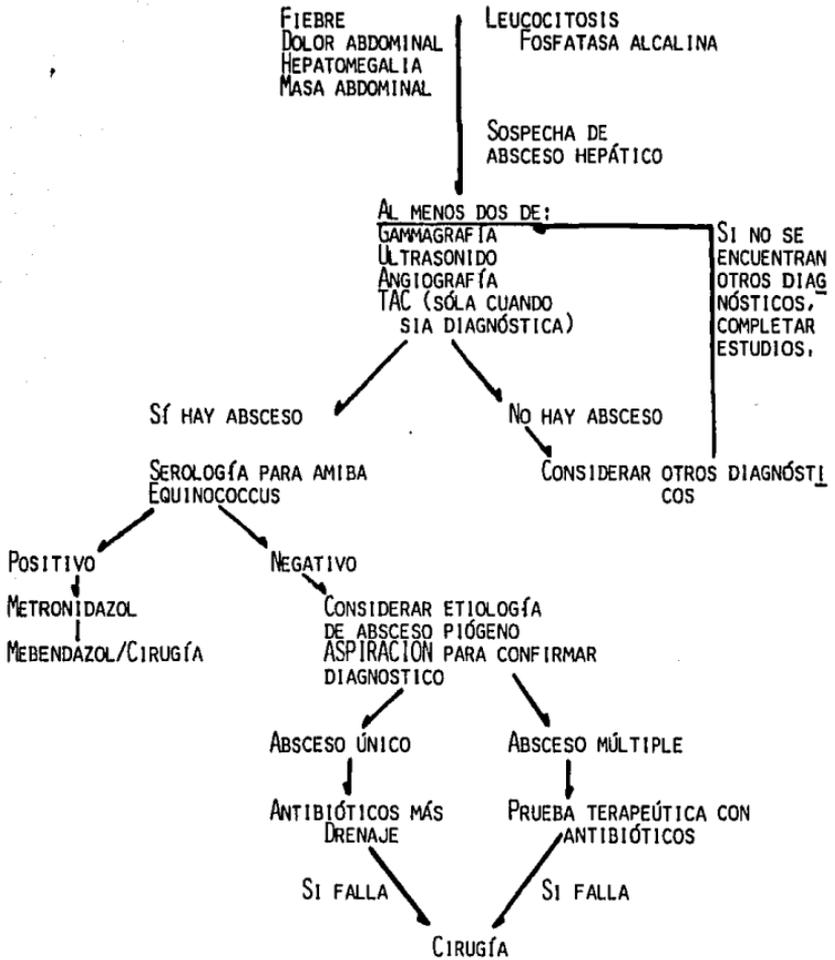


FIGURA 2. ALGORITMO PARA EL ESTUDIO DE LOS ABSCESOS HEPÁTICOS, (KANDEL Y MARCON, AM. J. GASTROENTROL 79:65 1984).

EN 1985, FAMILIARI Y COLS. (14) REPORTARON EL MANEJO CON ÉXITO DE UN CASO DE ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO SECUNDARIO O COLANGITIS EN UNA PACIENTE - QUE HABÍA SIDO SOMETIDA A COLECISTECTOMÍA Y PAPILO TOMÍA. EL MANEJO CONSISTIÓ EN LA COLOCACIÓN DE UN CATETER EN LA VÍA BILIAR POR MEDIO DE DUODENOSCOPIA, LO QUE DENOMINARON DRENAJE NASOBILIAR.

EL DRENAJE QUIRÚRGICO SIGUE OFRECIENDO LA MEJOR OPORTUNIDAD DE SOBREVIVIDA EN PACIENTES CON ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO (3, 6-10). DEBE REALIZARSE GENERALMENTE POR VÍA TRANSABDOMINAL, LO QUE PERMITE LA EXPLORACIÓN ESPECÍFICA DEL HÍGADO EN FORMA EXHAUSTIVA EN LA BÚSQUEDA DE ABSCESOS MÚLTIPLES. LA ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA ESTÁ INDICADA EN UNA LAPARATOMÍA EXPLORADORA CUANDO SE SOSPECHAN ABSCESOS PROFUNDOS. EL TIPO DE DRENAJE RECOMENDABLE EN UN ABSCESO HEPÁTICO, ES CON SONDAS DE LUZ AMPLIA, MULTIPERFORADA, DE TIPO SUAVE EN COMBINACIÓN CON PENROSE (15); ESTO PERMITE, ADEMÁS, LA ADICIÓN DE UN SISTEMA DE SUCCIÓN-IRRIGACIÓN Y LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS CONTRASTADOS. ADEMÁS, EL DRENAJE QUIRÚRGICO ABIERTO PERMITE LA BÚSQUEDA Y MANEJO DE LA FUENTE INICIAL DE INFECCIÓN. EL DRENAJE QUIRÚRGICO EXTRAPERITONEAL TRANSÓRBITAL ESTÁ, ACTUALMENTE, EN DESUSO.

BERTEL Y VAN HEERDEN (2) EN UN ESTUDIO RETROSPECTIVO, COMPARARON EL DRENAJE QUIRÚRGICO CON EL DRENAJE PERCUTÁNEO; TRES PACIENTES DE LOS 16 CON DRENAJE PERCUTÁNEO, REQUIRIERON SER INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE; HUBO MORTALIDAD ELEVADA EN AMBOS, 48% PARA EL DRENAJE QUIRÚRGICO Y 68% PARA LOS PUNCIÓNADOS. LA MORTALIDAD FUE SIMILAR CON LOS DOS TIPOS DE DRENAJE, 13% PARA EL PERCUTÁNEO Y 17% PARA EL QUIRÚRGICO Y CONSIDERARON QUE EL DRENAJE PERCUTÁNEO PUEDE SER UN MANEJO INICIAL DEL ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO.

LA BACTERIOLOGÍA ENCONTRADA EN ESTA SERIE DIFIERE DE LOS REPORTES EN LA LITERATURA (2,3,6,9). LOS GÉRMESES DEL TIPO E. COLI, KLEBSIELLA PNEUMONIAE Y ENTEROCOCCO SON LOS MÁS FRECUENTES. EN ESTA SERIE, LA PSEUDOMONA AERUGINOSA FUE EL GÉRMESEN MÁS FRECUENTE SEGUIDA DE E. COLI Y KLEBSIELLA PNEUMONIAE.

LA SEPTICEMIA FUE LA COMPLICACIÓN MÁS FRECUENTE, LO CUAL ESTÁ DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA LITERATURA (2,3, 6-11). OTRAS COMPLICACIONES SON CONSECUENCIA DE LA EXTENSIÓN DEL PROCESO SUPURATIVO AL ESPACIO PLEURAL O AL PULMÓN MISMO.

SE HAN ENUNCIADO ALGUNOS PRINCIPIOS EN EL MANEJO DEL ABSCESO HEPÁTICO COMO SON:

1. ANGIOGRAFÍA CELÍACA EN CASO DE SOSPECHA DE TUMOR MALIGNO.
2. USO DE ANTIBIÓTICOS PREOPERATORIAMENTE.
3. EXPLORACIÓN QUIRÚRGICA TRANSPERITONEAL Y CORRECCIÓN DE LA INFECCIÓN INICIAL.
4. BÚSQUEDA DE ABSCESOS PROFUNDOS, POR MEDIO DE PUNCIÓN CON AGUJA FINA DEL HÍGADO.
5. MUESTRA DE PUS PARA CULTIVO Y TINCIÓN DE GRAM INMEDIATA PARA INICIAR MANEJO CON ANTIBIÓTICOS, HASTA TENER EL RESULTADO DEL CULTIVO.
6. SONDAS Y DRENAJES SUAVES CON SALIDA DIRECTA E INDEPENDIENTE.
7. INTENTAR DRENAJE PERCUTÁNEO EN PACIENTES DE ALTO RIESGO.

LA MORTALIDAD EN ESTA SERIE FUE DE 26,6% (4/15). DOS DE LOS CUATRO PACIENTES QUE FALLECIERON PRESENTARON ICTERICIA; EN DOS NO SE CONTÓ CON RESULTADO DE CULTIVO, Y EN LOS DOS RESTANTES HUBO PSEUDOMONA AERUGINOSA. DOS PRESENTARON ABSCESO ROTO A CAVIDAD; DOS PRESENTARON ABSCESOS MÚLTIPLES Y - LOS DOS RESTANTES, ABSCESOS GIGANTES (CON MÁS DE 300 CC DE PUS). DOS SE - COMPLICARON CON FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE, UNO CON COAGULOPATÍA POR CONSUMO, Y UNO, CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA PROGRESIVA DEL ADULTO; TODOS ELLOS - CON DATOS DE SEPTICEMIA.

V. CONCLUSIONES

1. LOS ABSCESOS HEPÁTICOS PIÓGENOS DIAGNOSTICADOS Y MANEJADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE" I.S.S.S. T.E., PRESENTAN CARACTERÍSTICAS SIMILARES A LAS REPORTADAS EN LA LITERATURA MUNDIAL.
2. LA COMPLICACIÓN MÁS FRECUENTE ES LA SEPTICEMIA, CON MORBILIDAD DE 66% Y MORTALIDAD DE 26,6%.
3. EL TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA, EN PROMEDIO, ES DE 47,2 DÍAS.

BIBLIOGRAFIA

1. OCHSNER A, DeBAKEY M, MURRAY S, PYOGENIC ABSCESS OF THE LIVER, AN ANALYSIS OF FORTY-SEVEN CASES WITH REVIEW OF THE LITERATURE, *AM J. SURG* - 1938; 40:292.
2. BERTEL CK, VAN HEERDEN A, SHEEDY F, TREATMENT OF THE PYOGENIC HEPATIC - ABSCESS, *ARCH SURG*, 1986; 121:554.
3. GREENSTEIN J, LOWENTHAL D, HAMMER S, SCHAFFNER F, AUFSES H. CONTINUING: CHANGING PATTERNS OF DISEASE IN PYOGENIC LIVER ABSCESS: A STUDY OF 38 PATIENTS, *AM J GASTROENTEROL*, 1984; 79:217.
4. JACOBSON B, KJELLANDER J, ROSENGREN B, CHOLANGIO-VEINUS REFLUX, *ACTA - CHIR SCAND*, 1962; 123:316.
5. ALTEMEIR A, PYOGENIC ABSCESS IN LIVER, SCHIFF P, LINPPICOTT CO. PHA. - USA, FIFTH ED, 1982; 1221-1238.
6. KANDEL G, MARCON E. PYOGENIC LIVER ABSCESS: NEW CONCEPTS OF AN OLD DISEASE, *AM J GASTROENTEROL*, 1984; 79:65.
7. MIEDEMA W, DINEEN P, THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PYOGENIC LIVER ABS - CESSES, *ANN SURG* 1984; 200:238.
8. GREENSTEIN J, BARTH J, DICKER A, BOTTONE J, AUFSES H, AMEBIC LIVER ABS - CESS: A STUDY OF 11 CASES COMPARED WITH A SERIES OF 38 PATIENTS WITH PYOGENIC LIVER ABSCESS, *AM J GASTROENTEROL*, 1985; 80:472.
9. WILLIAMS A, FINEGOLD S, ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO Y AMIBIANO Y ABSCESO - ESPLÉNICO EN INFECCIONES INTRABDOMINALES, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, - WILSON E, MCGRAW HILL, MÉXICO, PRIMERA EDICIÓN, 1987; 134.
10. SCHWARTZ S, PYOGENIC AND AMEBIC ABSCESSES IN MAINGOT'S ABDOMINAL OPERA - TIONS, SCHWARTZ SI, ELLIS H, APPLETON CENTURY CROFTS, USA, EIGHTH ED, - 1985, 1591-1603.

11. PITT A, ZUIDA D, FACTORS INFLUENCING MORTALITY IN THE TREATMENT OF PYOGENIC HEPATIC ABSCESS, SURG GYNECOL OBSTET, 1975; 140:228.
12. DEL REAL O, QUIROZ F, GÓMEZ F, ABSCESES HEPÁTICOS PIÓGENOS TRATADOS MEDICAMENTE, INFORME DE UN CASO Y BREVE REVISIÓN DE LA LITERATURA, REV - GASTROENTEROL MEX, 1983; 48:95.
13. MANDEL R, BOYD D, DRAINAGE OF HEPATIC, INTRAABDOMINAL AND MEDIASTINAL - ABSCESES GUIDED BY COMPUTERIZED AXIAL TOMOGRAPHY, AM J SURG; 145:120, 1983.
14. FAMILIARI L, BONICA M, BONARDELLI P, MAIMONE P, GERMANOTTA G, SCRIBANO E, HEPATIC ABSCESS AND PURULENT CHOLANGITIS TREATED VIA ENDOSCOPIC NASO BILIARY DRAIN, GASTROINTEST ENDOSCOPI, 1985; 31:79.
15. MCFEE S, FRANKLIN E, BRADLEY J, ABSCESO PIÓGENO DEL HÍGADO EN TRATADO - DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA DE DAVIS-CHRISTOPHER, SABISTON DC, INTERAMERICA NA, MÉXICO, UNDÉCIMA EDICIÓN, 1981; 1182-1187.

FE DE ERRATAS

<u>PÁG:</u>	<u>DICE:</u>	<u>DEBE DECIR:</u>
2	HERROIDES TROMBOSADAS	HEMORROIDES TROMBOSADAS
2	HA CAMIBADO	HA CAMBIADO
7	CIRROSIS MICROONDULAR	CIRROSIS MICRONODULAR
7	EN 12 PACIENTES	EN FORMA GENERALIZADA
11	CON AMIBIANO	COMO AMIBIANO
12	NO SON PATOGNÓMICAS	NO SON PATOGNOMÓNICAS
13	RES FALSAS	TRES FALSAS