

11209  
24/68



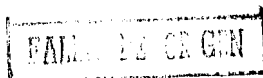
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**  
**División de Estudios de Postgrado**  
**Instituto Mexicano del Seguro Social**  
**Hospital de Especialidades Centro**  
**Médico La Faza**

**MORBIMORTALIDAD DE LOS ABSCESOS**  
**INTRABDOMINALES**

**T E S I S**  
**PRESENTADA POR EL DOCTOR**  
**CARLOS LUIS QUIN QUIN**  
**PARA OBTENER EL TÍTULO DE**  
**ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL**

**Asesores: Dr. Fernando Molinar Ramos**  
**Dr. José Fening Rodríguez**



**México, D. F.**

**Febrero de 1987**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **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.

## INDICE.

INTRODUCCION.....	1
MATERIAL Y METODOS.....	3
RESULTADOS.....	7
DISCUSION.....	14
CONCLUSIONES.....	22
BIBLIOGRAFIA.....	23

## INTRODUCCION.

Los abscesos intrabdominales continuan siendo un reto de diagnóstico y tratamiento para clínicos y cirujanos.

Su incidencia ha progresado en forma paralela al desarrollo de la cirugía abdominal; prueba de ello es el hecho de que los padecimientos que anteriormente eran mortales a muy corto plazo, ( Simon y Geelhoed Washington D. C. 1985, reportan una mortalidad del 80% en abscesos intrabdominales sin un tratamiento adecuado ) (1); en la actualidad la mortalidad no es tan elevada, y como resultado de la disminución de esta; médicos y pacientes han tenido que enfrentar una serie de complicaciones que anteriormente eran raras ó quizá desconocidas.

En series recientes se revelan cifras de mortalidad similares; del 43% por Hinsdale y Jaffe ( N. Y. - 1984 ) (2) en pacientes sometidos a reintervención y los cuales se encontraban críticamente enfermos.

El desarrollo tecnológico de los últimos 25 años ha mejorado la esperanza de vida de muchos pacientes que anteriormente fallecían en estado crítico; ello se ha logrado con las modernas medidas de apoyo hemodinámico, respiratorio, cardiovascular, renal y los progresos en el manejo de la sepsis; al igual que la introducción de nuevos esquemas de antimicrobianos que resultan más eficaces contra los microorganismos que más frecuentemente son identificados en este tipo de padecimientos, y que junto con los diferentes procedimientos de drenaje, en la actualidad constituyen la base principal del tratamiento de los abscesos intrabdomina

les ( F. Y. Aoki, S. Biron Can 1983 ) (3 ). Además, el advenimiento de nuevos métodos diagnósticos tales como la Ultrasonografía ( USG ) y la Tomografía Axial - Computadorizada ( TAC ), han mejorado las posibilidades de diagnóstico y localización precisa de los abscesos intrabdominales; abriendo así nuevas perspectivas en el tratamiento oportuno de estos enfermos y facilitando la elección del tipo de abordaje quirúrgico. Todo ello con la finalidad de disminuir al máximo las complicaciones de los procedimientos quirúrgicos mayores ( Glick, Pelligrini y cols. 1983 ) (4).

A pesar de todo, en la actualidad aún existen dificultades en la interpretación de los datos clínicos y paraclínicos obtenidos; convirtiéndose esta complicación en un problema grave que deben afrontar clínicos y cirujanos favoreciendo situaciones en las que es muy difícil la decisión de intervención o no; pues resultaría tan contraproducente para estos enfermos una intervención quirúrgica no necesaria, como la omisión de la misma en un paciente que sí la amerita.

En conclusión, vale la pena afirmar que un buen juicio quirúrgico, un alto índice de sospecha y una terapéutica medicoquirúrgica adecuada y oportuna continúan siendo los pilares del tratamiento de los abscesos intrabdominales. ( Porte, Loughry, Cook 1985 ) (5).

## **MATERIAL Y METODOS.**

Se analizó la morbimortalidad de 42 pacientes que fueron atendidos en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza, durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 1985 al 31 de diciembre del mismo año.

El grupo estuvo conformado por 23 hombres y 19 mujeres que oscilaban entre los 17 y 69 años con una edad promedio de 38 años y una mediana de 37. El 28.5% de los pacientes ( n = 12 ) se encontraban en la cuarta década de la vida. ( Tabla # 1 ).

Se practicaron un total de 86 cirugías; los pacientes incluidos llenaban los siguientes requisitos:

- Que hubiesen sido tratados en la Unidad de Terapia Intensiva ( UTI ) del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza ( HECMR ).
- Que el diagnóstico de los abscesos fueran confirmados por cirugía en todos los casos ( en algunos pacientes el diagnóstico se basó en la nota de envío de la clínica de procedencia donde había sido tratado inicialmente ).
- Se consideraron como abscesos intrabdominales todas aquellas colecciones purulentas intraperitoneales, retroperitoneales o viscerales ( hepáticas, pancreáticas ).

Los pacientes en quienes no fué posible obtener el expediente clínico completo; o en los que el absceso no fué confirmado por cirugía o por necropsia; fueron excluidos del presente trabajo.

En 28 pacientes ( 66.6% ) los abscesos se presentaron después de una intervención quirúrgica, de las

cuales, 10 fueron por pancreatitis ( 23.8% ), 5 por -  
apendicitis complicada ( 11.9% ), 2 por dehiscencia de  
muñon rectal ( 4.76% ), 2 por perforación de colon -  
( 4.76% ), 2 por resección intestinal ( 4.76% ) y -  
otras por causas varias como; lesion contusa del higa-  
do, cirugía gástrica resectiva, perforación intestinal,  
perforación de ulcera pilórica, colangitis, colon tóxi-  
co y funduplicatura de Nissen en la cual se produjo -  
mediastinitis y peritonitis y subsecuentemente absce-  
sos interasa. ( Tabla # 2 )

Los 14 pacientes restantes no tenfan antecedentes de -  
cirugía ( 33.3% ), de los cuales fueron 7 abscesos he-  
páticos de origen amibiano ( 16.6% ), 3 casos de pan-  
creatitis ( 7.14% ), 2 abscesos hepáticos de origen -  
piógeno cuya causa no se identificó ( 4.76% ) y un -  
picocolecisto ( 2.38% ) que condicionó absceso hepático  
y pancreático.

El diagnóstico y localización de los abscesos se ba-  
só en el criterio clínico, los resultados de los estu-  
dios de gabinete y laboratorio.

El diagnóstico clínico se hizo teniendo en cuenta  
datos indicativos de persistencia de irritación perito-  
neal, la presencia de un ileo parafítico inexplicable  
y/o persistente, presencia de exudado purulento abun-  
dante a través de la herida o de las canalizaciones y  
finalmente la presencia de Falla Orgánica Múltiple -  
( FOM ) sin otra causa aparente.

Los estudios de gabinete realizados fueron: Radio-  
graffa del torax en 39 pacientes y placa simple de ab-  
domen en 38; en 9 el diagnóstico se hizo por USG, en 5  
por TAC, serie esofagogastroduodenal en 4 y gamagrama

en uno.

Respecto a los exámenes de laboratorio la leucocitosis y la desviación a la izquierda fueron parametros orientadores.

DISTRIBUCION POR SEXO ( TABLA # 1 )

SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
MASCULINO	23	54.76%
FEMENINO	19	45.23%
TOTAL	42	100 %

En los 42 casos se realizó revisión completa del expediente clínico incluyendo historia clínica, nota de ingreso y de evolución, exámenes de laboratorio, resultados de estudios de gabinete, el informe quirúrgico y el resumen final de alta por mejoría o defunción.

Se analizaron específicamente variables tales como ; edad, sexo, causa del absceso o enfermedad desencadenante, métodos diagnósticos, el número de cirugías en cada paciente, las principales vías de abordaje, los gérmenes cultivados por las canalizaciones y las heridas quirúrgicas, los antibióticos utilizados y la presencia de insuficiencias, y FOM relacionadas con la mortalidad.



ENFERMEDAD DE BASE O CAUSA DEL ABSCESO  
DISTRIBUCION POR SEXO Y PORCENTAJE GLOBAL  
( TABLA # 2 )

PADECIMIENTO	MASC.	FEM.	TOTAL	%
Pancreatitis	04	09	13	30.9%
Absceso Hepático				
Amibiano.	06	01	07	16.6%
Apendicitis	03	03	06	14.28%
Absceso Hepático				
Pfogeno.	02	01	03	4.76%
Colon Tóxico	--	01	01	2.38%
Carcinoma de Recto	01	--	01	2.38%
Trauma Hepático	01	--	01	2.38%
Absceso Perinefrí-				
tico.	--	01	01	2.38%
Perforación Intestinal	01	--	01	2.38%
Úlcera Pílorica Per -				
forada.	01	--	01	2.38%
Trombosis Mesenterica	01	--	01	2.38%
Herida por arma de				
fuego.	01	--	01	2.38%
Oclusion Intestinal	--	01	01	2.38%
Perforación de Colon	--	01	01	2.38%
Colangitis	--	01	01	2.38%
Funduplicatura de				
Nissen	01	--	01	2.38%
Gastrectomia	01	--	01	2.38%
TOTAL	23	19	42	100 %

## RESULTADOS.

La mortalidad global fué del 57.14% ( n = 24 ), - en este grupo de pacientes los cuales se encontraban críticamente enfermos.

La mortalidad mayor fué en la séptima década de la vida y correspondió al 100% ( n = 4 ), en contraste - con la mortalidad en la segunda década de la vida del 25% ( n = 1 ). ( Tabla # 3 ).

El 28.5% de los pacientes ( n = 12 ) correspondieron al grupo comprendido en la cuarta década de la vida, el cual fué el más numeroso ( Tabla # 3 ).

Las enfermedades de base o desencadenantes están - clasificadas en la tabla # 2. Hubo 13 casos de pancreatitis ( 30.9% ), 9 mujeres y 4 hombres; 11 fueron catalogados como pancreatitis necroticohemorrágica y 2 como pancreatitis edematosa. En 2 casos se consideró que el origen de la pancreatitis fué patología de vías biliares y en tres pacientes existían antecedentes claros de alcoholismo; en los casos restantes no fué posible determinar la causa probable del padecimiento.

El 16.6% de los casos ( n = 7 ) correspondió a abscesos hepáticos de origen amibiano, en 6 hombres y una mujer.

El 14.28% de los casos fueron por apendicitis complicada en 3 hombres y 3 mujeres. Tres de ellos cursaron con peritonitis generalizada, 2 con perforación - apendicular y peritonitis localizada y 1 con perforación del ciego.

Hubo 3 casos de absceso hepático pfoeno ( 7.14% ) en 2 hombres y una mujer. En uno de ellos la causa del absceso fué un piocolecisto y en los otros 2 no se lo-

gró establecer el origendel proceso infeccioso. El res to de los casos se detallan de acuerdo al sexo en la - tabla # 2.

DISTRIBUCION POR EDAD Y POR DECADA  
RELACIONADAS CON LA MORTALIDAD ( TABLA # 3 )

DECADA	NUMERO	PORCENTAJE	MUERTES	%
10 - 19	04	9.5%	01	25 %
20 - 29	10	23.8%	05	50 %
30 - 39	12	28.5%	06	50 %
40 - 49	08	19.0%	06	75 %
50 - 59	04	9.5%	02	50 %
60 - 69	04	9.5%	04	100 %

En los casos de pancreatitis la mortalidad fué - del 61.53% ( n = 8 ). En caso de absceso hepático amibiano hubo una mortalidad del 57.14% ( n = 4 ). En los casos de apendicitis complicada la mortalidad fué del 16.6% ( n = 1 ).

La mortalidad por abscesos hepáticos pfogenos fué del 33.3% ( n = 1 ).

En total fueron 59 abscesos con la siguiente dis -

tribución: 13 abscesos pancreáticos ( 22 % ), 12 pélvicos ( 20.3% ), 10 abscesos hepáticos ( 16.94% ), 10 abscesos subfrénicos derechos ( 16.94% ) y 3 izquierdos ( 5.08% ). Los abscesos subhepáticos ( n = 3 ) por razones de tipo anatómico fueron considerados como subfrénicos derechos. Los abscesos interasa se presentaron en 5 casos ( 8.47% ). En la corredera parietocólica derecha hubo 3 ( 5.08% ), en la fosa iliaca derecha uno ( 1.69% ), uno retrocólico y otro perinefrítico. - ( Tabla # 4 ).

LOCALIZACION MAS FRECUENTE. ( TABLA # 4 ).

LOCALIZACION ANATOMICA	NUMERO	%
Pancreatico	13	22.00%
Pélvico	12	20.30%
Hepáticos	10	16.94%
Subfrénico Derecho	10	16.94%
Interasa	05	8.47%
Subfrénico Izquierdo	03	5.08%
Corredera Parietocólica Derecha	03	5.08%
Fosa Iliaca Derecha	01	1.69%
Retrocólico	01	1.69%
Perinefrítico	01	1.69%
TOTAL	59	

En 27 pacientes se identificó un solo absceso de los cuales fallecieron 16 ( 59.2% ), hubo 12 pacientes con 2 abscesos y una mortalidad del 50% ( n = 6 ) y en 3pacientes se identificaron 3 abscesos con una mortalidad del 66.6% ( n = 2 ). ( Tabla # 5 ).

NUMERO DE ABSCESOS VS MORTALIDAD  
( TABLA # 5 )

NUMERO	PACIENTES	MUERTES	%
01	27	16	59.2%
02	12	06	50.0%
03	03	02	66.6%
TOTAL	42	24	

Cinco pacientes tuvieron 3 insuficiencias con una mortalidad del 100%, un paciente quien presentó 4 insuficiencias también falleció. Tuvimos 16 pacientes con 2 insuficiencias, de los cuales fallecieron 12 ( 75% ). Con una insuficiencia hubo 8 pacientes de los que fallecieron el 62.5% ( n = 5 ). Sin insuficiencias hubo 12 pacientes de los cuales falleció solo uno ( 8.33% ).

Las insuficiencias más frecuentemente encontradas fueron: Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Progresiva del Adulto ( SIRPA ) en 23 pacientes de los cuales fallecieron 20 ( 86.95% ). Insuficiencia Renal Aguda ( IRA ) en 20 pacientes con una mortalidad del 80% ( n = 16 ), Insuficiencia Cardíaca Congestiva -- ( ICC ) en 12 pacientes con una mortalidad del 75% -- ( n = 9 ), Insuficiencia Hepática ( IH ) en 4 pacientes con una mortalidad del 100% ( n = 4 ).(Tabla # 6 ).

INSUFICIENCIAS VS MORTALIDAD  
( TABLA # 6 ).

INSUFICIENCIA	PACIENTES	MUERTES	%
SIRPA	23	20	86.95%
IRA	20	16	80.00%
ICC	12	09	75.00%
IH	04	04	100.0%

Se consideraron pacientes con FOM a todos aquellos que presentaron 2 o más insuficiencias; los cuales -- fueron un total de 22 ( 52.38% ) con una mortalidad en este grupo del 81.8% ( n = 18 ); en contraste con el grupo en el cual no se detectó FOM, cuya mortalidad -- fué del 30% ( n = 6 ) de un total de 20.( Tabla # 7 )

Respecto a la vfas de abordaje encontramos que la más utilizada fué la exploración por incisión media - ( n = 30 ), las restantes variaron entre incisiones - subcostales, lumbotomias y tipo McBurney derecha o izquierda según la localización de la colección purulenta.

Los antibióticos utilizados fueron en orden de frecuencia; gentamicina en 37 pacientes, metronidazol en 35, cloramfenicol en 21, clindamicina en 13, penicilina en 10, igualmente; cefalosporinas en 10, amikacina en 7, dehidroemetina en 7, dicloxacilina en 1 y carbenicilina en uno.

FOM Vs MORTALIDAD ( TABLA# 7 )

	PACIENTES	MUERTES	%
Sin FOM	20	06	30.0%
Con FOM	22	18	81.8%
TOTAL	42	24	

Las complicaciones asociadas que se presentaron - fueron: 6 fistulas enterocutaneas, un caso de fistula gástrica y 3 casos de sangrado de tubo digestivo alto.

Treinta pacientes ( 71.4% ) cursaron con leucocitosis como dato paraclínico de importancia, y el 70%

de los pacientes cursaron con sépsis.

De los cultivos obtenidos; el más frecuente fué - positivo para E. Coli ( n = 15 ), seguido por 9 para Klebsiella, 4 para Proteus y 4 para Pseudomona; no le dimos manejo estadístico a estos datos porque los cultivos fueron obtenidos de las canalizaciones y de los exudados de la heridas quirúrgicas.



## DISCUSION.

Nuestros resultados, ( mortalidad global del -- 57.14% ) correlacionan con la mortalidad referida por otros autores, en pacientes quienes se encontraban críticamente enfermos y cursaban con sépsis intrabdominal. De igual manera encontramos que la presencia de FOM se asoció a una mortalidad elevada ( 81.6% ). Los pacientes que cursaron con una insuficiencia presentaron una mortalidad del 62.5%, aumentando a un 75% en los pa -- cientes con dos insuficiencias y pasando en forma brusca a una mortalidad del 100% en los pacientes con 3 ó más insuficiencias.

Estos resultados son similares a los obtenidos por Norton quien reporta un 76% de mortalidad en pacientes con FOM (6); mientras Hinsdale y Jaffe encontraron una mortalidad del 79% en estos enfermos. (2). Norton re--portó una mortalidad del 33% en los pacientes con una sola insuficiencia, en los que tenían dos fué del 53% y en los que tuvieron 3 fue del 79%. En su trabajo él incluyó las siguientes: Insuficiencia renal, respirató ría, hepática, cerebral, gástrica y de la coagulación. En esta tesis se consideraron 4, a saber: SIRPA el - cual fué el más frecuente con una mortalidad del 86.95% veinte muertes de un total de 23 pacientes, le siguió la IRA en 20 pacientes con una mortalidad del 80%; luego la ICC con una mortalidad del 75% en 12 pacientes, y finalmente la IH con una mortalidad del 100%.

De acuerdo a lo anterior y dadas las variables y - los diferentes criterios de inclusion manejados, no es posible comparar los resultados de Norton con los nues

tros, en lo referente a la mortalidad que se presentó con cada una de las insuficiencias.

Los pacientes de 60 años ó más presentaron la mayor mortalidad ( 100% ) mientras que en los pacientes en la segunda década de la vida la mortalidad fué del 25%. Estos resultados están directamente relacionados con las condiciones generales de los enfermos en los dos extremos de la vida; pues existen factores tales como la presencia de enfermedad intercurrente y debilitante, compromiso del estado nutricional, compromiso del sistema de inmunidad; que en determinado momento pueden favorecer el desarrollo y progreso de un proceso infeccioso.

La pancreatitis fué la causa más frecuente de muerte ( 30.9% de los casos ). En relación a otras series previamente reportadas hay mucha variación respecto a la causa directa del absceso; y ello parece depender de los diferentes criterios de inclusión y del tipo de hospital en el que se haya realizado el estudio.

En este trabajo se incluyeron tanto los abscesos intra y retroperitoneales así como los abscesos que afectaban directamente el parénquima de un órgano.

Los abscesos pancreáticos secundarios a pancreatitis grave y los hepáticos por amibiasis invasora fueron los más frecuentemente observados en esta revisión; seguidos en tercer lugar por la apendicitis complicada con una 14.28% de los casos.

En el caso de absceso pancreático la mortalidad fué del 61.53%. Owens, Aranha y Prinz han reportado una mortalidad similar entre el 65 - 75%; (7-8) sin embargo Shi y Han reportan una mortalidad del 35% (9);

mientras Bradley y Fulenwider reportan una mortalidad de solo el 14% en un total de 21 pacientes (10).

En 11 de los 13 pacientes con pancreatitis, esta fué de tipo necroticohemorrágica; confirmada quirúrgicamente, la cual esta asociada a una mortalidad similar a la encontrada en esta revisión.

Entre los 59 abscesos identificados, el sitio más frecuente de localización fué el páncreas; lógicamente relacionado con el hecho de que la pancreatitis fué la primera causa de absceso en nuestra serie. Se identificaron además; 12 abscesos pélvicos, seguidos de 7 abscesos subfrénicos derechos y 3 subhepáticos; abscesos subfrénicos izquierdos hubo 3 ( tabla # 4 ).

Para entender adecuadamente estos datos debemos revisar algunos aspectos de fisiología y anatomía del peritoneo y sus espacios. La dinámica del líquido intra-peritoneal in vivo ha sido establecida por medio de peritoneografía. El líquido introducido en el interior del compartimiento inframesocólico, aparece casi inmediatamente en la cavidad pélvica; una cantidad en el espacio infracólico izquierdo prosigue fácilmente hacia el hueco pélvico; pero en el lado derecho se detiene a nivel de la confluencia del mesenterio del intes-tino delgado con el colon, antes de refluir a las prolongaciones declives de la pélvis. Esta vía está prímordialmente en función de la gravedad y explica la causa por la cual en la pélvis se localizan más comúnmente las colecciones residuales después de peritonitis generalizada. Desde la pélvis el líquido asciende hacia ambos canales paracólicos. El paso en el canal

izquierdo, más estrecho; es lento y escaso y la propagación en sentido cefálico está limitada por el ligamento frenocólico. Mientras en el canal paracólico derecho la corriente hacia arriba es más importante, y por lo tanto este constituye un camino consistente para la propagación de los exudados. Esto explica el hecho de que no sea estrictamente necesaria la presencia de sépsis en el abdomen superior; para que haya formación de abscesos subfrénicos o subhepáticos; igualmente explica por que los abscesos subfrénicos derechos son tres veces más frecuentes que los izquierdos.(11).

En los pacientes que cursaron con 3 abscesos sin crónicos encontramos una mortalidad del 66.6%; sin embargo no tenemos una correlación clara entre la mortalidad y el número de abscesos, pues en los pacientes con un absceso la mortalidad fue del 59.2% y en los que cursaron con dos fue del 50%. (Tabla # 5).

En los pacientes a quienes se les practicaron dos cirugías la mortalidad fue mayor que los que fueron operados una sola vez; pero no así en aquellos a quienes se les practicaron 3 ó más cirugías; en los cuales en forma inexplicable la mortalidad fue significativamente menor que en los otros dos grupos de pacientes. (Tabla # 9).

Los antibióticos utilizados con mayor frecuencia fueron: La gentamicina ( 37 ), metronidazol en 35, el cloramfenicol en 21, seguido por la clindamicina en 13, la penicilina en 10 al igual que las cefalosporinas y la amikacina. Fueron utilizados generalmente en esquemas dobles o triples.

Estas combinaciones de antibióticos, están orientadas de acuerdo a los resultados de las observaciones clínicas y experimentales realizadas por Bieluch y Tally; (12) quienes demostraron que durante la fase inicial de los abscesos o durante la peritonitis en sus primeras fases; los gérmenes más frecuentemente observados en los cultivos fueron de tipo facultativo, principalmente E. Coli; pero demostraron además que en la fase tardía de la infección intrabdominal, los gérmenes predominantes fueron los anaerobios. Su trabajo reveló que existía una infección bifásica con bacterias aerobias en el estado inicial de la peritonitis; y que posteriormente en los abscesos intrabdominales existía una flora más compleja con predominio de los anaerobios.

El metronidazol es un potente antibiótico que actúa contra muchas especies de anaerobios; este en combinación con un antibiótico activo contra gérmenes aerobios, es efectivo para atacar la flora mixta encontrada en estos pacientes. De igual manera la clindamicina ha demostrado ser un antibiótico con gran efectividad en combinación con un aminoglucosido. Aoki, Biron y colaboradores demostraron que la asociación de metronidazol más gentamicina y clindamicina más gentamicina, eran igualmente efectivas en el tratamiento de la infección intrabdominal en pacientes adultos.(13).

Sin embargo debemos tener en cuenta que cada hospital tiene sus características ecológicas peculiares, relacionadas a su flora bacteriana y los fenómenos de resistencia; en este hospital hay en la actualidad dos

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

antibióticos que prácticamente han salido del arsenal terapéutico; por la elevada resistencia que se ha encontrado entre los gérmenes que conforman nuestra flora; ellos son la ampicilina y la gentamicina.

El diagnóstico estuvo basado principalmente en los datos clínicos y en los estudios simples de Rayos X. Los progresos en el campo de la radiología también han abierto nuevas posibilidades para el diagnóstico y la terapéutica de estos enfermos. Hasta hace poco los estudios simples de Rayos X eran la base para el diagnóstico principal en el diagnóstico de los abscesos intrabdominales. Los estudios simples están limitados por la sobreposición de sombras y la falta de sensibilidad para distinguir la densidad de los tejidos; lo cual limita la información anatómica necesaria para realizar una aspiración con aguja o un abordaje extraperitoneal (13).

Los estudios con radioisótopos para la identificación de los abscesos tiene el problema de que estas sustancias además de localizarse en el foco inflamatorio, pueden ser captadas por tumores o procesos inflamatorios estériles, lo que los hace muy inespecíficos y de muy poca utilidad, además, el Galio es excretado en forma importante por el colon y si no se han tomado las medidas necesarias para evitar la presencia del Galio en la luz intestinal, en el momento de realizar el estudio; se pueden falsear las imágenes obtenidas. (1-13-14).

La USG, en el abdomen postquirúrgico puede ser de utilidad limitada por la presencia de íleo paralítico.

estomas, líneas de sutura y drenajes; de igual manera en los pacientes obesos existe una precisión diagnóstica limitada (1-13).

La TAC, llamada por Gerzof y Johnson, "Laparotomía Radiológica"; ha demostrado tener un 98% de especificidad y un 96% de sensibilidad. (13-15). La TAC - facilita la identificación de una vía segura de abordaje para drenaje percutáneo e igualmente orienta el acceso operatorio al permitir la opción de escoger entre una vía transperitoneal o extraperitoneal. Según Brolin la TAC combinada con USG da una localización tridimensional de los abscesos, facilitando así la planeación de una terapéutica quirúrgica adecuada. (16).

Aeder y Wellman (17) consideran los siguientes requisitos para someter a un paciente a drenaje percutáneo:

- a- Que no existan más de dos abscesos simultáneos.
- b- Que el trayecto de drenaje no atraviese el tubo gastrointestinal o cualquier otro órgano no contaminado.
- c- Que la viscosidad del material purulento permita el drenaje en el primer intento.
- d- Debe evitarse el drenaje percutáneo en los pacientes con absceso pélvico o de la transcavidad de los esplones.

Brolin hizo una comparación entre el drenaje percutáneo y el drenaje quirúrgico abierto, encontrando las siguientes ventajas del primero sobre el segundo:

- a- Es un método menos invasivo.
- b- Se evita el riesgo de la anestesia general.
- c- Evita complicaciones mayores tales como la presenta

ción de fistulas enterocutáneas.

En nuestra serie el tipo de drenaje más frecuentemente utilizado fué el drenaje por laparotomía, ello muy probablemente debido en algunos casos a que no se contaba con TAC o USG, los cuales como ya mencionamos anteriormente son necesarios para llegar a la decisión de realizar un drenaje por vía extraperitoneal o por vía percutánea. Pues se corre el riesgo de dejar una colección inadvertida en aquellos pacientes sometidos a drenaje extraperitoneal o percutáneo, en quienes no se descarta la posibilidad de abscesos sincrónicos.

Stone y Mullins demostraron que no había una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a morbilidad entre el drenaje extraperitoneal y el intraperitoneal. (18).

Contando con la TAC y la posibilidad de realizar un drenaje percutáneo, las indicaciones para un drenaje quirúrgico abierto, podrían limitarse a:

- a. Absceso profundo de difícil acceso. ( Retrocavidad de los epiplones ).
- b. Presencia de múltiples abscesos.
- c. Falla del drenaje percutáneo.
- d. Evidencia de otras complicaciones asociadas, tales como; dehiscencia de una línea de sutura.
- e. Persistencia de la sépsis después del drenaje percutáneo. (19).



## CONCLUSIONES.

- 1-. Al igual que en otras series, los abscesos intradominales continuan siendo un problema con mortalidad elevada en nuestro medio.
- 2-. Los nuevos métodos de diagnóstico ( TAC y USG ) - presentan nuevas perspectivas para el diagnóstico precóz, y además brindan apoyo a una modalidad terapéutica que ha demostrado ser eficaz, en los casos bien escogidos, en otras series.
- 3-. El juicio clínico adecuado continuará siendo el pilar básico en el diagnóstico de los abscesos intradominales.
- 4-. Es aconsejable el uso de esquemas dobles e inclusive triples; de antibióticos en el manejo de estos padecimientos.
- 5-. Como esperábamos en los pacientes de edad avanzada la mortalidad fué mayor.
- 6-. Los pacientes que cursaron con mayor número de insuficiencias y con presencia de FOM, también tuvieron una mortalidad mayor.

#### BIBLIOGRAFIA.

- 1-. Simon G, Geelhoed G. Diagnosis of Intra-abdominal Abscesses. Am. Surgeon 1985, 51(8); 431-35.
- 2-. Hinsdale J, Jaffe B. Re-operation for Intra-abdominal Sepsis. Ann. Surg. 1984, 199(1); 31-6.
- 3-. Canadian Metronidazole-Clindamycin Study Group. Prospective Randomized Comparison of Metronidazole and Clindamycin, each with Gentamicin, for Treatment of Serious Intraabdominal Infection. Surgery. 1983, 93(1); 221-29.
- 4-. Glick P, Pelligrini C, Stein S, Way LW. Abdominal Abscess. Arch Surg. 1983, 118; 646-50.
- 5-. Porter JA, Loughry W, Cook A. Use TAC in Diagnosis and Treatment of Abscesses. Am J Surg. 1985,150; 320-27.
- 6-. Norton LW, Does Drainage Of Intraabdominal Pus Reverse Multiple Organ Failure? Am J Surg. 1985, 149; 347-50.
- 7-. Owens BJ, Hamit HF, Pancreatic Abscess and Pseudocyst. Arch Surg 1977, 112; 42-5.
- 8-. Aranha GV, Prinz RA, Greenlee HB, Pancreatic Abscess an unresolved surgical Problem. Am J Surg 1982, 144; 534-8.
- 9-. Shi EC, Yeo W, Ham JM. Pancreatic Abscess. Br J Surg 1984, 71; 689-91.
- 10-. Bradley EL, Fulenwider JT, Open Treatment of Pancreatic Abscess. Surg Gynecol Obstet. 1984, 159;509-13
- 11-. Meyers MA. Radiología Dinámica del Abdomen 1º Edic 1980, Cap I, 1-34 Ed JIMS Barcelona España.
- 12-. Bieluch VM, Tally FC. Pathophysiology of Abscess Formation. Clin Obstet Gynecol 1983,10(1);93-103'

- 13-.Gerzof SG, Johnson WC. Aspectos Radiológicos en el diagnóstico y Tratamiento de los Abscesos Abdominales. Clin Quir. Nort Am. 1984,64(1);53-65.
- 14-.Datz FL, Luers P, Baker WJ, Christian PE. Improved Detection of Upper Abdominal Abscesses by Combination of 99m Tc Sulfur Colloid and 111 in Leukocyte Scanning. AJR. 1985, 144; 319-23.
- 15-.Gerzof SG, Johnson WC, RobbinsAH, Nabseth DC. Intra hepatic Pyogenic Abscesses: Treatment by Percutaneous Drainage. Am J Surg. 1985, 149;487-93
- 16-.Brolin RE, Noshier JL, Leiman S, LeeWS, Greco RS. Percutaneous Catheter versus Open surgical Drainage in the Treatment of Abdominal Abscesses. Am Surgeon 1984, 50; 102-8.
- 17-.Aeder MI, Wellman JL, Haaga JR, Hau T, Role of Surgical and Percutaneous Drainage in the Treatment of Abdominal Abscesses. Arch Surg 1983, 118;273-80
- 18-.Stone HH, Mullins RJ, Dunlop WE, Strom PR. Extraperitoneal versus Transperitoneal Drainage of Intraabdominal Abscesses. Surg Gynecol Obstet 1984, 159; 549-52.
- 19-.Halasz NA, Sonnenberg EV, Drainage of Intraabdominal abscesses. Am J Surg 1983, 146; 112-15.
- 20-.Van der Sluis RF, Subphrenic Abscess. Surg Gynecol Obstet 1984, 158; 427-29.
- 21-.Bohnen JMA, Meakins JL, Treatment of Intraabdominal Sepsis. The Can J Surg, 1984, 27(3);22-25.
- 22-.Smith JA. Forward AD, Skidmor AG, Bell GA, Murphy JM, Sutherland E, Metronidazole in the treatment of Intraabdominal sepsis.Surgery 1983,93(1);217-20

- 23-.Van Sonnenberg E, Muller PR, Ferruci JT, Percutaneous Drainage of 250 abdominal Abscesses and Fluid Collections. Radiology 1984, 151;337-41.
- 24-.Muller PR, Van Sonnenberg E, Ferruci JT, Percutaneous Drainage of 250 Abdominal Abscesses and Fluid Collections. Radiology. 1984, 151;343-47.
- 25-.Mauro MA, JaquesPF, Mandell VS, Mandell SR. Pelvic Abscess Drainage by Transrectal Catheter Approach in men. AJR. 1985, 144;477-79.
- 26-.Sones PJ, Percutaneous Drainage of Abdominal Abscesses. AJR. 1984, 142; 35-9.
- 27-.Ranson JH, Balthazar E, Caccavale R, Cooper M. Computed Tomography and Prediction of Pancreatic Abscess in Acute Pancreatitis. Ann Surg. 1985, 201 (5); 656-63.
- 28-.Kaushik SP, Vohra R, Verma GR, Kaushik S, Sabharwal A. Pancreatic Abscess. Br J Surg 1984, 71; 141-43.
- 29-. Pruettt Tl, Rotstein OD, Crass J, Frick MP, Flohr A, Simonss RL, Percutaneous Aspiration and Drainage for Suspected Abdominal Infection Surgery. 1984, 96(4); 731-35.
- 30-. Mandel SR, Boyd D, Jaques PF, Mandell V, Staab E, Drainage of Hepatic, Intraabdominal, and Mediastinal Abscesses Guided by CAT. Am J Surg 1983, 145; 120-5.