

707
205

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

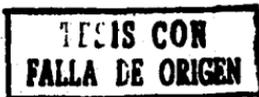


ABSCEOS HEPATICOS PIOGENOS

**REVISION DE LOS ULTIMOS 5 AÑOS EN EL SERVICIO
DE CIRUGIA GASTROINTESTINAL DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL
SIGLO XXI DEL IMSS**

**TRABAJO DE INVESTIGACION
PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
CIRUGIA GENERAL
PRESENTA**

DR. TEODORO ROMERO HERNANDEZ





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).

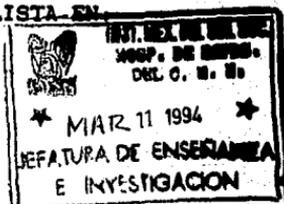
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

ABSCESES HEPATICOS PIOGENOS

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA

DR. TEODORO ROMERO HERNANDEZ

**PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
CIRUGIA GENERAL**



w/w

DR. NIELS WACHER RODARTE
Jefe de Enseñanza e Investigación
Hosp. Esp. C.M.N. SXXI

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES
Jefe del Servicio de Cirugía Gastrointestinal
Hosp. Esp. C.M.N. SXXI

DR. ARMANDO CASTILLO G.
Asesor de Tesis
Médico Adscrito al Servicio de Cirugía Gastrointestinal
Hosp. Esp. C.M.N. SXXI

ABSCEOS HEPATICOS PIOGENOS

I N D I C E

ANTECEDENTES _____	1
OBJETIVOS _____	3
MATERIAL Y METODOS _____	6
RESULTADOS _____	7
DISCUSION _____	8
CONCLUSIONES _____	9
GRAFICAS DESCRIPTIVAS _____	10
BIBLIOGRAFIA _____	14

ABSCESES HEPATICOS PIOGENOS

ANTECEDENTES :

Los abscesos hepáticos se conocen desde tiempos de Hipócrates, pero la comprensión de su etiología, bacteriología, diagnóstico y tratamiento es una adquisición reciente del siglo XX todavía en curso de evolución (1).

Es en el año de 1938, cuando Oschner y colaboradores publicaron que la mortalidad para el tratamiento no operatorio de los abscesos hepáticos múltiples era de 95% (2).

Estas cifras han disminuido gracias a los avances en el cuidado y tratamiento, aunque no como se esperaría, ya que ha existido un aumento progresivo de los pacientes de edad avanzada con absceso piógeno, y que sufren neoplasias de vías biliares o bien inmunosupresión por quimioterapia y esteroides. Hasta 1980, la mortalidad por absceso fue de 40%. Desde entonces las modalidades diagnósticas de tomografía y ultrasonido han disminuido el número de abscesos inadvertidos, y por lo tanto no tratados. El tratamiento de sosten, los cuidados intensivos, los antibióticos, el tratamiento operatorio y el manejo anestésico han disminuido la morbilidad y la mortalidad operatorias aun en pacientes de alto riesgo; informes recientes indican que la mortalidad actual está entre el 10 y 21%.

ETIOLOGIA :

El origen de la mayor parte de los abscesos piógenos es conocido. En 1846 Waller fue el primero en señalar la relación entre apendicitis y pyleflebitis: émbolos sépticos siembran el sistema porta, produciendo muchas veces abscesos múltiples generalmente en el lóbulo derecho del hígado. En 1938 Oschner y colaboradores en su trabajo clásico atribuyeron a la apendicitis 34.2% de todos los abscesos piógenos del hígado sobre todo en pacientes entre 30 y 40 años de edad.

Actualmente, las enfermedades de las vías biliares han sustituido a la apendicitis como la causa más frecuente de absceso hepático piógeno en una población entre 50 y 60 años de edad, en hasta un 33% principalmente casos de colangitis y colecistitis aguda. En un 10-20% tumores malignos de páncreas, colédoco, ampulla de Vater o vesícula, que obstruyen el curso de la bilis.

Alrededor del 15% de los abscesos hepáticos piógenos se originan por extensión directa de infecciones vecinas, como abscesos subfrénicos o empiema vesicular.

Aproximadamente el 30 % de los abscesos piógenos del hígado se han sembrado por sistema venoso portal. Las causas más frecuentes son diverticulitis, enfermedad de Crohn (3), colitis ulcerosa, y perforación intestinal (4), la apendicitis ahora es causa rara de absceso hepático.

Otro 15% de abscesos de hígado son de origen hematógeno, relacionados con infecciones sistémicas como neumonía, endocarditis, otitis media y osteomielitis.

La incidencia de abscesos criptogénicos es de aproximadamente el 15%; aunque esto es variable ya que existen algunas series en las cuales la causa es desconocida hasta en un 27(5) a 38% (6).

Se contemplan de igual manera otras probables etiologías tales como el trauma el cual ocupa aproximadamente el 3% (5,6). Así como en algunos casos de pancreatitis crónica sin conocerse en este caso la patogénesis, llegándose hasta en un 20% en los casos de autopsia de pacientes con pancreatitis necrótica (7).

Existe un repote en el que se menciona la presencia de 42% de abscesos hepáticos postoperatorios (resección hepática, colecistectomía, procedimiento de Whipple y gastrectomía) (8).

PRESENTACION CLINICA :

Dado que la gran mayoría de los abscesos hepáticos piógenos son secundarios a otras infecciones significativas es difícil adjudicar un sintoma o conjunto de síntomas al absceso per se. La fiebre en agujas (hasta un 80%), calosfríos, dolor en cuadrante superior derecho, malestar, anemia y pérdida de peso, (en aproximadamente la mitad de los pacientes), La hepatomegalia dolorosa es el hallazgo físico más constante. La ictericia es relativamente poco común ocurriendo en poco menos de un tercio de los pacientes (9). Existen reportes de presentación como un área de celulitis en el epigastrio en pacientes con discrasias sanguíneas (10).

Los datos de laboratorio son leucocitosis con cifras promedio entre 18,000 y 20,000 existe anemia e hipoalbuminemia, hiperbilirrubinemia en menos de un 25%; considerandose la albumina menor de 2 g/dl concomitante con ictericia factor de mal (11) pronóstico. La concentración de fosfatasa alcalina es anormal en casi todos los sujetos.

La ultrasonografía es la técnica inicial de preferencia para valorar la sospecha de absceso hepático, se trata de un método incruento y muy preciso (85 a 90%) (12), mejor que la TAC o que el estudio con radionúclidos para distinguir las lesiones quísticas de las lesiones sólidas. La ultrasonografía como la tomografía también podrá usarse para guiar la aspiración o para drenaje de un absceso hepático. La TAC tiene una mejor definición sobre todo para lesiones próximas al hemidiafragma y además tiene la ventaja de que es capaz de identificar otra posible patología abdominal como la apendicitis o la diverticulitis que pueden sembrar un absceso hepático piógeno. Existen otros métodos como el gamagrama con Galio que no distingue lesiones menores de 2 cm y puede tardar días en interpretarse.

La CPRE, la colangiografía transhepática y la angiografía, raramente son necesarios para la valoración de abscesos hepáticos piógenos.

La secuencia de acontecimientos que llevan al diagnóstico de absceso hepático piógeno suele empezar con la sospecha clínica: fiebre, dolor, alteraciones de los exámenes de laboratorio, que obligan a realizar exploraciones ultrasonográficas o tomográficas del hígado y la aspiración para tratamiento o diagnóstico, seguida de la tinción de Gram y cultivo establece la índole piógena del absceso. Aunque esto no es universal ya que se reporta que algunas veces el diagnóstico se hace de manera transoperatoria (8%) y hasta en la autopsia (3%) (5).

Los abscesos múltiples son de menos de 1.5 cm y suelen guardar relación con colangitis ascendente y se encuentran en un 10% de los pacientes. La mayor parte de los abscesos, únicos o múltiples suelen estar localizados en el lóbulo derecho. Alrededor de 60% de los abscesos hepáticos macropiόgenos son únicos 40% tienen entre 1.5 y 5 cm de diametro, 40% tienen entre 5 y 8 cm y solo 20 % es mayor de 8 cm. Con una capacidad que oscila entre los 15 a los 2.200 ml. (8)

Casi siempre se obtienen microorganismos en el cultivo inicial de un absceso hepático piόgeno y suele crecer más de un microorganismo en aproximadamente el 70%. Algunas mejoras en las técnicas de laboratorio indican que del 40 al 50% de los abscesos hepáticos piόgenos contienen anaerobios (*Fusobacterium*, *Bacteroides*, *Peptostreptococos*, *Actinomices* y *Clostridios*). Los Gram negativos predominan entre los aerobios cultivados la *E. Coli* está presente en 35 a 45 % de pacientes, otros frecuentemente hallados son *Klebsiella*, *Serratia*, *Morganella*, *Proteus* y *Enterobacter*. Crecen Gram positivos en aproximadamente 25% de los abscesos piόgenos y los germenés más identificados cuando se trata de diseminación hematόgena son *Streptococo Faecalis*, *Streptococo alfa* y *beta hemolíticos* así como *Staph. Aureus* y *epidermidis*. Los hemocultivos también son positivos en 50 a 60% de los pacientes con abscesos hepáticos piόgenos.

TRATAMIENTO :

Aunque el tratamiento de los abscesos piόgenos con antibióticos solos ha producido buen resultado en una pequeña proporción de pacientes existen otros reportes en los que se asocia a una mortalidad del 100% (6), por lo que el drenaje es esencial para tener resultados uniformemente buenos y aliviar la presión inicial que disemina organismos por vía hematόgena, produciendo síntomas sistémicos. El no drenar un absceso entre varios es tan mortal como no hacerlo en un absceso solitario.

La dosis inicial de antibióticos está influida por el conocimiento de que se cultivan anaerobios y aerobios gramnegativos en un 50% o más de todos los abscesos hepáticos piόgenos, y que se descubre más de un microorganismo en 70% de los pacientes.

Un aminoglucósido mas clindamicina brinda protección para gérmenes tanto aerobios como anaerobios. Cuando en lugar de clindamicina se usa metronidazol hay que proporcionar protección contra aerobios gram positivos, empleando por ejemplo cefotaxime o cefocitina.

El tratamiento debe continuarse por lo menos siete días después de que la cavidad ha sido drenada y se ha comprobado que ha sufrido colapso instilando medio de contraste.

Existe controversia acerca del drenaje percutáneo se menciona que no son comparables hasta el momento los pacientes manejados con drenaje quirúrgico y drenaje percutáneo ya que se dice que las muertes pueden atribuirse mayormente al retraso en el diagnóstico y tratamiento y a la gravedad de la enfermedad más que a la operación en sí.

Gracias a los perfeccionamientos logrados en anestesia, diagnóstico más temprano, y mejor cuidado pre y posoperatorio, el drenaje quirúrgico es muy eficaz, tiene mortalidad y morbilidad muy bajas en pacientes con absceso hepático.

Están en plena evolución las indicaciones en pro y en contra de la cirugía y la participación de esta en los abscesos hepáticos piógenos. Hay acuerdo que los pacientes en quienes el absceso se ha sembrado a partir de fuentes como enfermedades de las vías biliares, diverticulitis y apendicitis, necesitarán cirugía para estos trastornos primarios. No sabemos si tiene ventaja drenar el absceso hepático antes de operar. Al intervenir hay que explorar el abdomen para identificar y tratar cualquier fuente intrabdominal de infección que pudiera haber sembrado el absceso, si por cualquier motivo no se ha valorado antes la vía biliar se habrá de efectuar colecistectomía y colangiografía transcística para excluir colangitis siempre que el estado del paciente lo permita.

En ausencia de signos de localización cabe utilizar una aguja de raquí, para explorar los lóbulos hepáticos, cuando se aspira el pus debe tefirse con Gram y cultivarse para aerobios, anaerobios y hongos. Se utilizan el cauterio y la disección roma con el dedo para abrir el absceso colocándose posteriormente algún tipo de drenaje.

Cuando se trata de múltiples abscesos pequeños a consecuencia de colangitis se debe realizar descompresión de la vía biliar con sonda en T e iniciar terapia antimicrobiana sin drenar los abscesos.

Las infecciones micóticas suelen observarse en huéspedes inmunocomprometidos por quimioterapia y hay que establecer tratamiento con anfotericina B.

OBJETIVOS

1.- Conocer en que grupo etario se encuentran la mayoría de los pacientes con Absceso hepático piógeno.

2.- Conocer en que sexo es más frecuente el absceso hepático piógeno.

3.- Conocer cuales son las características clinicas más frecuentes y las alteraciones de laboratorio asociadas con Absceso Hepático Piógeno.

4.- Conocer cuales son las causas o enfermedades subyacentes de los pacientes que presentan absceso hepático piógeno .

5.- Conocer cual es la mortalidad de los pacientes con absceso hepático piógeno tratados en el servicio.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los expedientes de todos los pacientes con el diagnóstico de absceso hepático piógeno que hayan ingresado al servicio de cirugía gastrointestinal del Hospital de Especialidades del C.M.N. S XXI en el periodo comprendido entre enero de 1989 a diciembre de 1993, recabándose los siguientes datos: edad, sexo, enfermedades asociadas por la importancia que guardan en cuanto a la probable etiología del absceso. Divididas en las propias de la encrucijada hepato-pancreática y vías biliares ya sea inflamatorias o neoplásicas, que interfieren en el adecuado drenaje de la bilis; Focos infecciosos a distancia que pudieron facilitar diseminación hematógena (v.g. neumonía, endocarditis); Infecciones Vecinas (v.g. absceso subfrenico, pielonefritis); Diseminación Portal (v.g. diverticulitis, Crohn, apendicitis); Trauma. Postoperatorio, Otras (sobre toda aquellas que cursan con inmunosupresión). Además se investigó la presencia de fiebre (temperatura mayor 37.5), Dolor en el hipocondrio derecho. Presencia de síntomas generales y otros signos físicos como ictericia, hepatomegalia, etc. La presencia de anemia, leucocitosis, y el incremento de las bilirrubinas. La evolución si fue la mejoría o la muerte y el tipo de manejo que se le ofreció al paciente.

RESULTADOS

Se analizaron los expedientes de 20 pacientes.

Se encontró que 10 (50%) eran hombres y 10 (50%) eran mujeres.

El grupo de edad más afectado fue el de pacientes entre 40 a 60 años con 9 casos (45%), seguido por el de 20 a 40 con 7 (35%) el de 60 a 80 con 3 (15%) registrándose solo un paciente mayor de 80 años (5%)

Con respecto a las enfermedades asociadas encontramos las biliares con un 30% (inflamatorias 5 y neoplásicas 1), por las de contigüidad 10% (pielonefritis 1 y peritonitis secundaria a DPCA 1), la diseminación portal con un 20% (apendicitis 2, perforación intestinal 1, diverticulitis 1), trauma 5% (herida por P.A.F), postoperatorio 5%, otras 20% (dermatomiositis 3, linfoma 1), sin causa aparente 10% (2 casos).

El 100 % de los pacientes presentaron fiebre y dolor en el hipocondrio derecho siendo estos los datos más constantemente encontrados. El 95% se quejó de síntomas generales (astenia, adinamia e hiporexia), el 40% presentaron ictericia, el 30% presentaron hepatomegalia, y solo el 5% distensión abdominal.

En lo referente a los datos de laboratorio 65% de los pacientes presentaron leucocitosis, 85% de los pacientes se encontraron anémicos y hasta en el 50 % de los casos se encontró aumento de las bilirrubinas.

En lo que respecta al tratamiento el 80% de los pacientes tuvo que ser operado, en uno de ellos se había intentado la punción y drenaje (5%), en 15% se realizó drenaje percutáneo. El 5% falleció sin poder ser tratado y el 5% solo recibió antibióticos por presentar múltiples abscesos pequeños sin encontrar datos de abdomen quirúrgico.

Entre los procedimientos asociados más frecuentemente realizados se hicieron colecistectomía 20%, apendicectomía 10%, hemicolectomía 10%, nefrectomía 5%, resección e intestino delgado 5%, en el resto de los pacientes operados 30% (6) solo se realizó drenaje del absceso .

La mortalidad fue del 35%.

DISCUSION

Comparando con lo reportado en la literatura, no existe diferencia entre hombres y mujeres con respecto a la presentación de absceso hepático piógeno (9), las edades de presentación corresponden con pacientes que muestran enfermedades asociadas de tipo crónico degenerativo, llama la atención que de los pacientes revisados en esta serie 3 eran portadores de dermatomiositis lo que puede explicarse por que estos pacientes reciben de manera prolongada tratamiento esteroideo con la consecuente inmunosupresión.

Con lo que respecta a los probables factores asociados a la mortalidad radican quizá en la patología de fondo siendo llamativo que los pacientes de nuestra serie con cáncer fallecieron. Algo interesante y que seguramente hubiera resultado significativo es determinar la gravedad de la enfermedad con alguna de las escalas conocidas, sin embargo no se contaban con los datos completos para evaluarla.

De lo que pudimos conocer con respecto a la bacteriología de nuestros pacientes en solo 7 existen reportes de los cultivos. Se encontró más frecuentemente: Klebsiella, Streptococo faecalis Pseudomona (lo cual puede estar en relación con la presencia de la flora normal en la bilis y el intestino aunque llama la atención que no se aislara E. Colli) y en un paciente con dermatomiositis se aisló candida s.p. lo cual no se encontró reportado en la literatura ya que el hongo que se ha aislado suele ser Actinomices Israelli(1).

CONCLUSIONES

La edad máxima de presentación es entre la 5a y la 7a década de la vida.

No existe diferencia en cuanto a sexo.

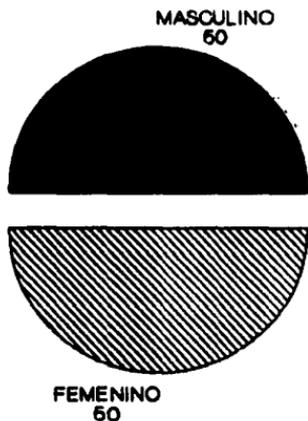
La fiebre y el dolor en hipocondrio derecho deben alertar al clínico para sospechar esta entidad ya que son hallazgos asociados particularmente constantes.

La causa es conocida en la mayor parte de los casos registrándose con mayor frecuencia las enfermedades de las vías biliares, seguido por la diseminación portal.

La mortalidad continua aun siendo muy significativa para los pacientes tratados en nuestro servicio con un 35 %.

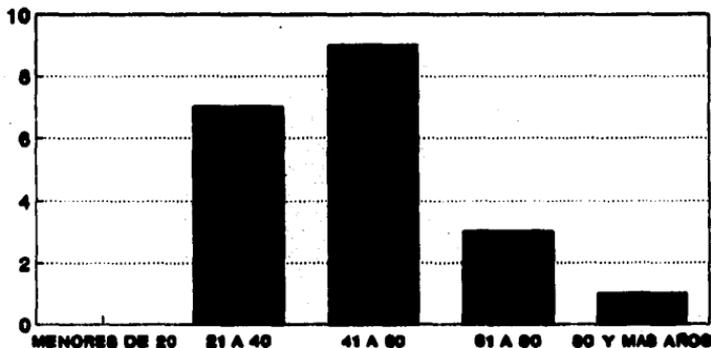
ABSCESO HEPATICO PIOGENO

DISTRIBUCION POR SEXO



ABSCESO HEPATICO PIOGENO

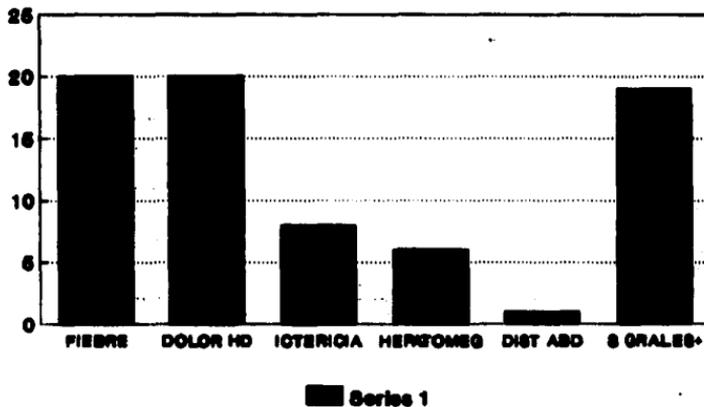
DISTRIBUCION POR EDAD



■ Series 1

ABSCESO HEPATICO PIOGENO

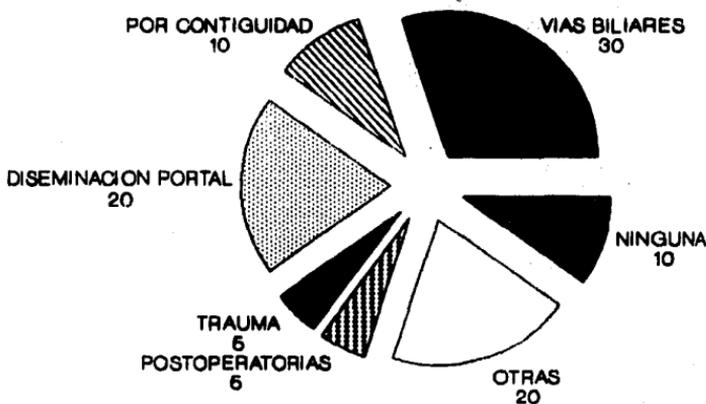
PRESENTACION CLINICA



• astenia, edemias, hiperexia.

ABSCESO HEPATICO PIOGENO

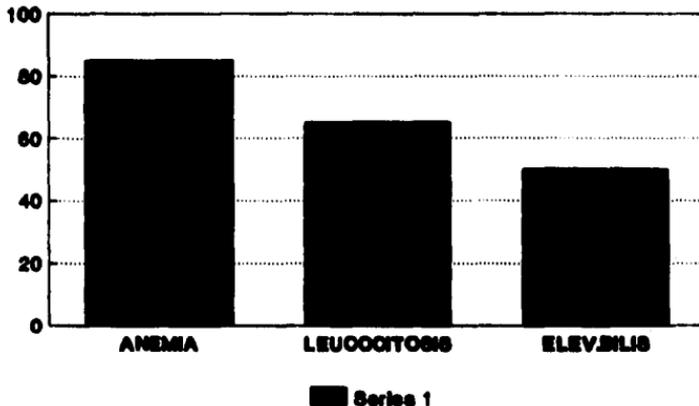
ENFERMEDADES ASOCIADAS



• Dermatomicosis, Linfoma

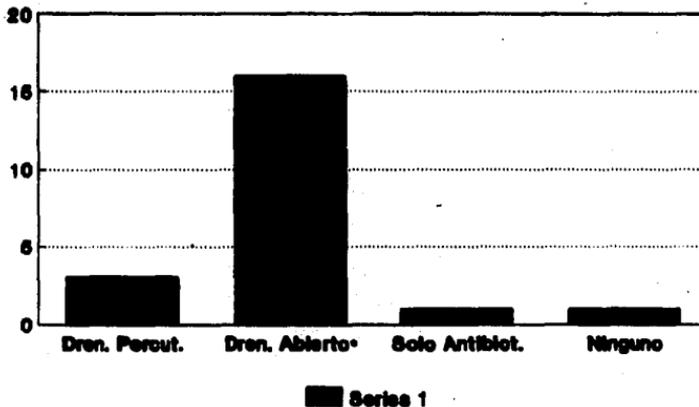
ABSCESO HEPATICO PIOGENO

HALLAZGOS DE LABORATORIO



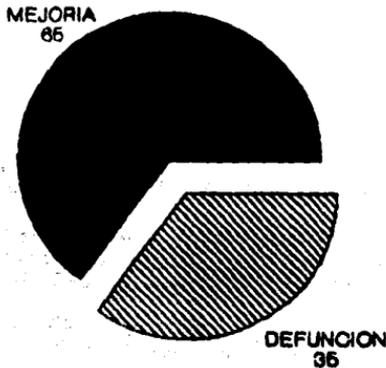
ABSCESO HEPATICO PIOGENO

TRATAMIENTO



* 1 caso dren. percut. fue operado

ABSCESO HEPATICO PIOGENO MORTALIDAD



BIBLIOGRAFIA

1. Frey CF, Zhu Y, Suzuki M, Isaji S. Liver Abscesses. Surg Clin North Am. 1989;69:259-271.
2. Ochsner A, DeBakey M, Murray S. Pyogenic Abscesses of the Liver II: An analysis of forty-seven cases with review of the literature. Am J S 1938;40:292-319.
3. Maqjunatha S, Mc Intyre PB, Lym A. Multiple Liver Abscesses in Crohn Disease. Jour Hosp Med 1992;47(3)275-6.
4. Raafai N, A, Lee MJ, Dansosn S, L. Case Report : Combined Conservative and Percutaneous Management of a Perforated Duodenal Ulcer. Clin Rad .1993;47:426-8.
5. Branum G.P., Tyson G.S, Meyers WC. Hepatic Abscess. Changes in Etiology Diagnosis and Management. Ann Surg. 1990;242(6):655-662.
6. Robert Jh, Mirescu D, Ambrossetti P. et. al. Critical Review of the Treatment of Pyogenic Hepatic Abscess. Surg Gyn Obst. 1992;174:97-102.
7. Anman R, Munch R, Lergrader F, et. al. Pancreatic and Hepatic Abscesses : A late complication in ten patients with chronic pancreatitis. Gastroenterology. 1992;103:560-565.
8. Lambrase Re, Deyve L, Cronan JJ, Purtman GS. Percutaneous Drainage of 335 Consecutive Abscesses: Results of Primary Drainage with 1-year Follow up. Radiology 1992;184:167-179.
9. Maingot, Schwartz, Ellis. Operaciones Abdominales. Edit. Panamericana. 8a Ed. Págs 1539-50.
10. Shearer J, Doyle J, Rose J. Case Report : Direct Cellulitic Spread as Presentation of a Liver Abscess-Ultrasound, CT and Contrast Imaging. Clin Radiol. 1993;47:364-5.
11. Lazarchick J, de Souza C, Silva N, et. al. Pyogenic Liver Abscesses. Mayo Clinic Proc. 1973;48:349
12. Ferruci JT, Von Sonnenberg E. Intrabdominal Abscess : Radiological Diagnosis and Treatment. JAMA 1980;246:2728-2733.