



DRENAJE LAPAROSCOPICO DE ABSCESO HEPATICO: UNA ALTERNATIVA AL DRENAJE PERCUTANEO.

Dr. Oscar Diego Rossel Fernández

*Cirujano general y Laparoscópica -, Hospital Virgen Milagrosa-Fundación Hombres Nuevos
Santa Cruz de la Sierra*

RESUMEN

El absceso hepático es una entidad de origen infeccioso de diagnóstico imagenológico que ha disminuido la mortalidad en los últimos años gracias al advenimiento del tratamiento mínimamente invasivo.

La finalidad de este artículo es informar el caso clínico y revisión de la literatura de paciente de sexo masculino de 62 años de edad que presenta cuadro clínico de 6 meses de evolución aproximadamente, caracterizado por presentar dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho, además de astenia, adinamia y anorexia.

Se le realizó una tomografía abdomino-pélvica sin contraste debido que no contaba con los recursos económicos para realizar una contrastada. Se evidencia imagen hipodensa de bordes lobulados bien definidos localizada en lóbulo derecho lo que corresponde a los segmentos 4 y 8. Se evalúa las características del absceso y se decide realizar drenaje laparoscópico el cual fue exitoso. El postoperatorio fue favorable con una estancia hospitalaria de 10 días.

Palabra Claves: Absceso, laparoscopia, ecografía, punción.

ABSTRAC

Hepatic abscess is an entity of infectious origin of imaging diagnosis that has decreased mortality in recent years thanks to the advent of minimally invasive treatment.

The purpose of this article is to report the clinical case and review of the literature of

62-year-old male patient with a clinical picture of approximately 6 months of evolution, characterized by abdominal pain in the epigastrium and right hypochondrium, as well as asthenia, adynamic and anorexia.

An abdominal-pelvic tomography was performed without contrast due to the fact that it did not have the financial resources to carry out a contrasted.

Hypodense image of well-defined lobular edges located in the right lobe is evidenced, which corresponds to segments 4 and 8.

The characteristics of the abscess were evaluated and it was decided to perform laparoscopic drainage, which was successful.

The postoperative period was favorable with a hospital stay of 10 days.

Key Words: Abscess, laparoscopy, ultrasound, puncture



INTRODUCCIÓN

El absceso hepático es un proceso focal supurativo de mortalidad moderada pero altamente letal (1,2) en países desarrollados, reportándose entre 5 y 22 casos por 100.000 habitantes. Su incidencia, es más. Elevada en hombres, con un predominio de 30 a 60 años. Tras la introducción de la intervención percutánea guiada por ultrasonografía o tomografía la mortalidad se ha reducido de alrededor del 50 %, hasta un 10 – 26% (3)

La mayoría de los AHP es secundaria a infección de la vía biliar o el tubo digestivo, sin embargo, no son las únicas vías de diseminación, surgiendo como clasificación por su origen la siguiente:

Biliar: Generalmente por colangitis, Portal por apendicitis o diverticulitis, arterial, por septicemia, por contigüidad en caso de colecistitis agudas y criptogena cuando el foco primario se desconoce (3,4)

Las enterobacterias, especialmente *Escherichia coli* y *Klebsiella spp* son la etiología más habitual entre los Abscesos piógenos, también es frecuente aislar *Streptococcus spp.* (enterococo, estreptococos anaerobios como *Peptococcus spp.* y *Peptostreptococcus spp.*, y estreptococos microaerofilicos) siendo entre estos *S. milleri* la especie más frecuente (4).

Los abscesos hepáticos se localizan preferentemente en el lóbulo derecho, como consecuencia del mayor flujo sanguíneo; los abscesos piógenos por lo general son únicos. El tamaño es variable, pero la mayoría presenta un diámetro máximo medio que oscila entre 5cm y 10cm, sin embargo, se han reportado casos de hasta 25cm, clasificando aquellos mayores de 20cm como gigantes (5)

El cuadro clínico depende de la localización del absceso lóbulo derecho o izquierdo-, la vecindad al hemidiafragma, al peritoneo pericardio y la pleura lo que dará compromiso variado de tejidos, el número - único o múltiple-, el compromiso de la

función hepática, al igual que el tiempo de evolución - subagudo o crónico, durante el inicio del absceso hepático piógeno se presentan síntomas inespecíficos caracterizados por astenia, adinamia, anorexia, náusea, mialgias, artralgias, pérdida de peso, entre otros (5).

Entre más crónico sea el cuadro los signos y síntomas son menos floridos, fiebre intermitente, escalofríos menos intensos y menor el grado de hepatomegalia (6).

El ultrasonido es un estudio de bajo costo para detectar abscesos medianos y grandes, es útil para su punción guiada. La sensibilidad varía entre 75 a 95% y además nos permite una óptima evaluación de la vía biliar. Los abscesos se observan hipos ecogénicos con respecto al parénquima, pudiendo tener refuerzo posterior. (7)

La tomografía es útil para detectar abscesos pequeños y es de elección (sensibilidad y especificidad sobre 95%), permite identificar lesiones de pocos milímetros, establecer su ubicación precisa, reconocer la presencia de aire, además de la evaluación de los órganos de la cavidad abdominal y pélvica. Los AHP son lesiones hipodensas, bien definidas, rodeadas por un halo edematoso, menos de 20% presenta un anillo periférico que capta el contraste. (8).

La resonancia magnética tiene una discreta mayor sensibilidad sobre la TC en el diagnóstico de lesiones pequeñas, pero es un beneficio marginal. Los AHP tienen una baja señal de intensidad en T1. (9)

El tratamiento antibiótico debe instaurarse precozmente cubriendo Gram positivos y negativos, aerobios y anaerobios. Los esquemas recomendados incluyen una cefalosporina de tercera generación asociada a un fármaco anti anaerobios (10,11)

En los abscesos menores de tres centímetros el tratamiento antibiótico habitualmente es suficiente. Los abscesos mayores deben ser drenados de manera pronta, vía percutánea, abierta o endoscópica. El drenaje percutáneo (DP) debe realizarse bajo visión ecográfica o tomográfica, mediante la punción con aguja o instalando un drenaje tipo "pig-tail".

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 62 años de edad natural y procedente de la ciudad de Potosí, quien refiere inicio de la enfermedad actual hace 6 meses aproximadamente, cuando presenta episodios intermitentes de dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho, Ingresa nuestro servicio derivado por gastroenterología. Al examen físico paciente consciente signos vitales, normotenso, frecuencia cardiaca ligeramente elevada 95-100, saturación de oxígeno normal, Abdomen: ruidos hidroaéreos normo activos, hepatomegalia palpable a traveses de dedo del reborde costal, doloroso a la palpación profunda en mesogastrio tacto rectal A nivel laboratorial se evidencia leucocitosis de 13.000 mm³. En la tomografía de abdomen sin contraste Se evidencia imagen hipodensa de bordes lobulados bien definidos localizada en lóbulo derecho lo que corresponde a los segmentos 4 y 8.(Figura 1 y 2) Se decide realizar drenaje laparoscópico de dicha lesión. En el postoperatorio se realizó cobertura antibiótica con Ciprofloxacina y metronidazol por 10 días, el retiro de drenajes y el alta hospitalaria al décimo día. Se recibió resultado de cultivo de secreción del absceso que informo E.coli sensible a los medicamentos indicados. En el 20 día postoperatorio se realizó una tomografía de abdomen de control donde se evidencio mejoría significativa del parénquima enfermo. Figura n° 3

Figura 1: Tomografía de abdomen

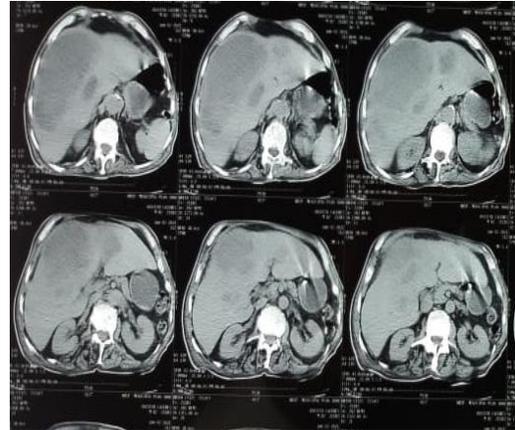
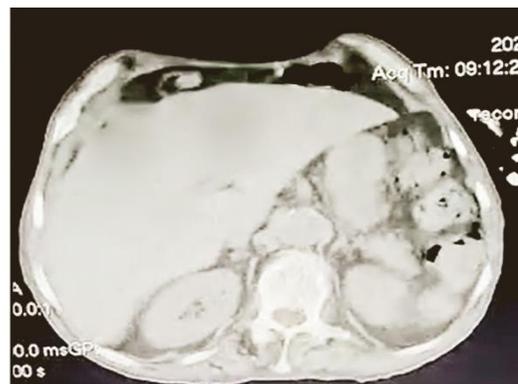


Figura 2: Colección hepática



Figura 3: Tomografía de abdomen postoperatoria



TECNICA QUIRURGICA

- Paciente en decúbito dorsal bajo efecto de anestesia general.
- Ingreso a cavidad peritoneal con técnica de Hasson
- Se evidencia empastamiento de epiplón mayor de difícil liberación en cara inferior del hígado, el cual se extiende a la cara superior del hígado cubriendo el lóbulo derecho (Figura 1)
- Se identifica lesión abscedada localizada en domo hepático
- Disección y liberación de epiplón de posterior a anterior en la cara superior del hígado con electrocauterio. (Figura 2)
- Identificación del sitio con aguja de punción de 5mm...aspiración de material purulento espeso, se evidencia periodos de cese de la aspiración por detritos por lo que se decide el cambio por aspirador de 10mm previa apertura de la cápsula con tijera. (Figura 3)
- Se verifica el cese de salida de material purulento, se amplía el orificio de entrada a la cavidad, sé procede con gasa a retirar el material fibrinoso pegado a las paredes de la cavidad del absceso. (Figura 4,5,6)

- Lavado exhaustivo de la cavidad y aspirado del mismo
- Colocación de drenajes. (2 intracavitarios y 1 sub hepático). (Figura 7)
- Control de hemostasia estricto y recuento de material conforme
- Retiro de pinzas de trabajo bajo visión directa
- Síntesis por planos hasta piel
- Fin del procedimiento sin interurrencias



Figura 2: Liberación de plastrón

Figura 1: Plastrón cubriendo lesión

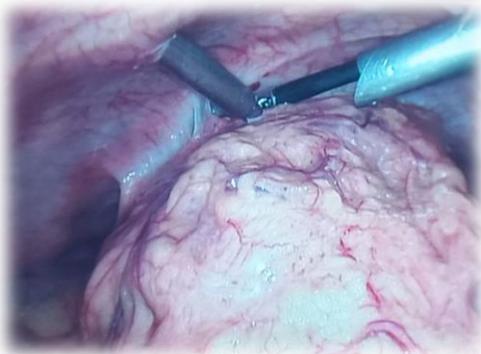


Figura 3: Corte y aspiración

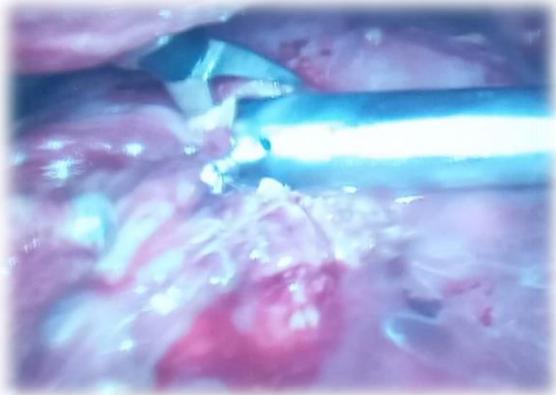


Figura 5: Exposición interior del absceso



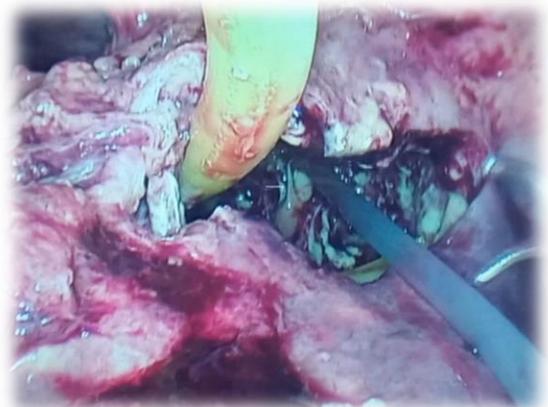
Figura 6: Fibrina y detritus en el interior



Figura 7: Limpieza con gasa



Figura 8: Colocación de drenajes





DISCUSIÓN

El drenaje percutáneo de los abscesos hepáticos y abdominales fue introducido a finales de la década del 70 y, a mediados de los 80. la seguridad y eficacia del drenaje percutáneo en pacientes seleccionados fue establecida (12). Varios reportes han documentado que gran cantidad de pacientes pueden ser manejados con una combinación de antibióticos sistémicos y drenaje percutáneo. Durante las dos décadas pasadas se viene usando el drenaje percutáneo para el manejo del absceso hepático, desplazando al antiguo drenaje quirúrgico y representando el tratamiento de elección junto con los antibióticos, excepto en casos de abscesos múltiples de difícil acceso, o cuando el tratamiento médico ha resultado en notable mejoría. (12,13).

EL drenaje percutáneo provee mayor seguridad en la accesibilidad, así como también brinda la posibilidad de un drenaje completo sin la necesidad de una extensa exploración quirúrgica. Asimismo, este procedimiento ofrece ser mucho más simple, bajo manos entrenadas, y en términos de costo - beneficio para el paciente, resulta ser más barato y más aceptable (13,14,15).

Sin embargo, el tratamiento quirúrgico laparoscópico también tendría su lugar en caso de abscesos múltiples, abscesos cuyo contenido es viscoso y con tendencia a obstruir el catéter, en enfermedades asociadas donde se requiera una corrección quirúrgica primaria o en aquellos donde el manejo percutáneo fracasa y se ha presentado como una alternativa quirúrgica mínimamente invasiva factible con la que se puede explorar la cavidad abdominal de manera objetiva e insertar un dreno de mayor diámetro. (16,17,18)

Indicación de exploración laparoscópica:

- 1.-Abscesos gigantes, trabeculado y multilobulado.
- 2.-Eminencia de ruptura: Clínica peritoneal.
- 3.-Abscesos hepático múltiples
- 5.-Patología abdominal concomitante (Picolecistitis).
- 6.-Obstrucción del catéter
- 7.-Fallo al tratamiento percutáneo
- 8.-Secreción espesa y con muchos detritos (19)

En comparación con el drenaje percutáneo con catéter, el abordaje quirúrgico laparoscópico permite la colocación de uno o más drenajes de mayor calibre, así como la debridación simultánea y lavado de la cavidad del absceso, permitiendo una resolución más rápida del cuadro séptico(19). Mediante lo anterior el tratamiento quirúrgico laparoscópico aplicado en el caso clínico de nuestro paciente es una opción mínimamente invasiva válida, reproducible y técnicamente fácil de ejecutar la cual brinda resultados parecidos al drenaje percutáneo ,con ventajas explicadas anteriormente, y resultados excelentes con mejoría en la calidad de vida.



REFERENCIAS

1. Andrés Fantuzzi s., Nicolás Albertz a., Antonia Valenzuela v., Nivia Estuardo a. y Ariel castro I. Absceso hepático: serie de 107 casos y revisión de la literatura *Rev Chil Infect* 2009; 26 (1): 49-53
2. Ángel Cosme¹ y Carol Julyssa Cobián, abscesos hepáticos, 1130-0108/2014/106/5/359 revista española de enfermedades digestivas copyright © 2014 arán ediciones, s. L.
3. Leonidas Carrillo Ñañez¹, José Luis Cuadra-Urteaga¹, Silvia Pintado caballero, Carlos Canelo-Aybar¹, Magdalena Gil Fuentes, absceso hepático: características clínicas, imagenológicas y manejo en el hospital Loayzaen 5 años, *Rev. Gastroenterol. Perú; 2010; 30-1: 46-51*
4. Javier García Alvarez, Roberto Carlos rebollar González, Rubén Trejo Téllez, Raúl Mauricio Sánchez conde, abscesos hepáticos piógenos, *Rev Hosp Jua Mex* 2011; 78(3): 156-163.
5. Dj. I. Sandoval-Rodríguez, A,* I. N. Quintero-Serrano, a J. L. Rivera-Pedraza, B o. Magallanes-Cedilloa, absceso hepático roto: revisión de un caso, *revista medicina e investigación / issn 2214 - 3106 / vol. 5 núm. 1. Enero - junio 2017 / pp. 82-85*
6. Ernesto Marín, Análida Elizabeth Pinilla, Myriam Consuelo López. - Bogotá, absceso hepático amebiano, revisión de 100 años de esta patología en Colombia, *acta médica colombiana vol. 25 n° 5 ~ septiembre-octubre ~ 2000 218.*
7. Carolina Pizarro J.1, estudio y tratamiento de los abscesos hepáticos, *Gastroenterol. Latinoam* 2013; Vol 24, Supl n° 1: s 81-s 84
8. Mariano E. Gimenez, Gabriela Gondolesi Marcos Uffelmann, Absceso hepático, <https://sacd.org.ar/publicaciones/>
9. Diagnóstico y tratamiento del absceso hepático amebiano no complicado, México, secretaria de salud 2010, guía de práctica clínica cenetec.
10. Juan Alberto Spuch Sánchez, Manuel Castellote Caixal y Yordi Vadillo Bargalló, Abscesos hepáticos e infecciones de la vía biliar, protocolos tratamiento antimicrobiano, *Rev 062008, Sociedad Española de Medicina Interna.*
11. J.C Berdejo, Dra. Magdalena Troche Dr. Juan Arredondo, tratamiento del absceso Hepático. Experiencia en el hospital nacional de Itaugua. Treatment of hepatic abscess. The experience at the national hospital of itaugua-paraguay
12. Jorge Rafael Vives Gutierrez, Caracterización de los pacientes con absceso hepático manejados con drenaje percutáneo, Universidad de Cartagena, Facultad de Medicina, Departamento diagnóstico, especialidad en radiología, Cartagena de indias D. T. H. Y C., 2015
13. Marcelo Castro, Alex Eulufí M, Rodrigo Campos P, Macarena Silva C, Sebastián Eulufí m, al. Christian Eulufí m. Drenaje percutáneo de abscesos intraabdominales (AIA) guiados por TAC. *Rev chilena de cirugía vol.56, no4 junio 2004 pag 346-349*
14. Silvia Bazán Portocarrero*, Juan Pinto Sánchez**, Daniel Godoy Martínez***, Rosa Campos Torres*, Patricia Asmat Garaycochea*, Malú Arias Schreiber, Drenaje percutáneo de absceso piógeno hepático: Eficacia del manejo, *Rev. gastroenterol. Perú* 2003 23-17 21
15. Miriam López Fernández*, Dra. Magueha Castro Revollo, Drenaje percutáneo de Colecciones Abdominales guiados por Ecografía percutaneous drainage of collections abdominal ultrasound guided, *rev med la paz, 2011; 17(1): 26-30*



16. Julián Ramírez¹, Yeni Arroyave ², Catalina Quilindo¹, Tania Romero¹, Carlos Priarone, Manejo del drenaje percutáneo guiado por imágenes en un hospital de tercer nivel Management of imaging guided percutaneous drainage at a third level of care Colombian hospital, Rev Colomb Cir. 2019;34:163-70
17. José Eduardo Telich-Tarriba, Iris Jocelyn Parrao-Alcántara, Jesús Manuel Montes-Hernández y Jesús Vega-Pérez, Drenaje de absceso hepático amebiano por laparoscopia de puerto único. Reporte de un caso Cirugía y Cirujanos. 2015;83(4):329---333
18. Juan Álvarez Rodríguez MAAC, Roberto F. Klappenbach, Eduardo Nápoli MAAC, Alejandro Lorenzo MAAC, Nicolás Sánchez, Ignacio Cabrera N Maac, tratamiento percutáneo video-asistido de abscesos hepáticos, Rev. Argent. cirugía., 2010; 98 (1-2): 17-20.
19. David Jesús Domínguez-guzmán, Mucio moreno-portillo, César García-flores, miguel Blas-franco, drenaje laparoscópico de absceso hepático. experiencia inicial, cir ciruj 2006;74:189-194

