

Peritonitis amibiana por ruptura de absceso hepático

Amebic peritonitis due to hepatic abscess rupture

Dr. Ismael Quezada-Adame, Dr. Efraín Absalón Medina-Villaseñor, Dra. María del Carmen Fernández-Garza, Dr. Armando Cabrera-Albarrán, Dr. Osvaldo Balice-Olguín, Dr. Marco Polo Avilés-Tlalpan

Resumen

Objetivo: Describir la experiencia quirúrgica en casos de peritonitis amibiana por ruptura de absceso hepático.

Sede: Hospital General de Atizapán, "Dr. Salvador González Herrerón", ISEM.

Diseño: Retrospectivo, transversal, descriptivo.

Análisis estadístico: Porcentajes como medida de resumen para variable cualitativa.

Material y métodos: Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes operados por absceso hepático amibiano durante diez años. Variables analizadas: edad, género, indicación de cirugía, localización del absceso, vías de extensión, tipo de tratamiento empleado, morbilidad y mortalidad.

Resultados: De 76 pacientes con absceso hepático amibiano, 28 (35%) requirieron drenaje quirúrgico por inminencia de ruptura o falta de respuesta al tratamiento médico; ocho (10%) presentaron ruptura intraperitoneal libre y peritonitis difusa secundaria; un paciente (1.2%) tuvo ruptura a pleura. La ruptura predominó en varones con edad promedio de 38 años; la localización más común del absceso fue el lóbulo derecho; la peritonitis generalizada fue la indicación más frecuente para cirugía. En todos los casos quirúrgicos se aspiró el absceso e irrigó la cavidad; se aplicaron drenajes y administró metronidazol y cefalosporina, de tercera generación, o dehidroemetina. Un paciente murió (1.2%) por extensión a pleura y empiema.

Conclusiones: La laparotomía se debe realizar en enfermos con ruptura del absceso, se deben utilizar los principios generales del tratamiento en

Abstract

Objective: To describe the surgical experience in cases of peritonitis due to rupture of an amebic liver abscess.

Setting: General Hospital of Atizapán, "Dr Salvador González Herrerón", ISEM.

Design: Retrospective, transversal, descriptive study.

Statistical analysis: Percentages as summary measure for qualitative variables.

Material and methods: We reviewed the clinical records of patients subjected to surgery due to an amebic liver abscess in a 10-year period. Analyzed variables were: age, gender, indication for surgery, location of the abscess, extension, type of used treatment, morbidity and mortality.

Results: Of 76 patients with amebic liver abscess, 28 (35%) required surgical drainage due to imminent rupture or lack of response to medical treatment; eight (10%) presented free interperitoneal rupture and diffuse secondary peritonitis; one patient (1.2%) presented rupture that extended to the pleura. Rupture predominated in men with an average age of 38 years; the most common location of the abscess was in the right lobe; peritonitis was the most frequent indication for surgery. In all surgical cases, the abscess was aspirated, the cavity irrigated, drainage was applied, and treatment consisted of metronidazole and third generation cephalosporin, or dehydroemetine. One patient (1.2%) died due to extension to the pleura and empyema.

Conclusions: Laparotomy must be performed in patients with abscess rupture. The general treatment principles applied to intraabdominal infections must

Servicio de Cirugía General, Hospital General de Atizapán, "Dr. Salvador González Herrerón", ISEM.

Recibido para publicación: 5 de enero de 2007.

Aceptado para publicación: 28 de febrero de 2007.

Correspondencia: Dr. Efraín Absalón Medina-Villaseñor. Hospital Santa Fe. Consultorio 317, Querétaro Núm. 144, Colonia Roma 06700 México, D.F. Tel. 1084 4747 Ext. 7302 y 7317

E-mail: efra73@hotmail.com

infecciones intraabdominales con la administración de metronidazol y cefalosporina de tercera generación.

Palabras clave: Absceso hepático amibiano, peritonitis amibiana, tratamiento quirúrgico.
Cir Gen 2007;29:17-21

Introducción

La amibiasis es causada por el protozoario *Entamoeba histolytica*, un parásito entérico que tiene una incidencia de seropositividad del 10% a nivel mundial y predomina en zonas endémicas como América Latina, Tailandia, India y África,¹⁻³ donde los factores de deficiencia en las condiciones sanitarias y el nivel socioeconómico bajo influyen directamente.¹⁻³ En México, la amibiasis es un problema de salud pública.³⁻⁵

El absceso hepático es la manifestación extraintestinal más frecuente de la amibiasis, con una incidencia a nivel mundial del 3-9%; en México, se reporta una tasa de 4/100,000 habitantes.^{4,6} La ruptura del absceso puede ocurrir hacia peritoneo, pleura o pericardio y se observa del 2.5-22%, alcanzando una mortalidad que llega al 82%.^{1,3} Específicamente, la ruptura intraperitoneal es la causa más común de abdomen agudo de origen parasitario.⁷

La patogénesis del absceso inicia con la invasión del trofozoito al sistema porta a través de los vasos de la submucosa intestinal, donde causa microtrombos e infartos de pequeñas ramas. Los trofozoitos resisten la lisis y pasan al hígado, en el cual dan lugar a áreas de necrosis focal, posteriormente los neutrófilos lisados liberan mediadores de la reacción inflamatoria sistémica, como las prostaglandinas, etcétera, que extienden el daño a los hepatocitos circundantes formando el absceso.³

Los datos clínicos más frecuentes en el absceso no complicado son dolor abdominal, fiebre y hepatomegalia. El diagnóstico paraclínico se hace con pruebas serológicas, ultrasonido (US) y tomografía axial computada (TAC).^{2,3,5,6} La telerradiografía simple de tórax es útil para diagnosticar la reacción pleural (derrame pleural) o la ruptura a pleura. Una vez que el absceso hepático se rompe y difunde a la cavidad abdominal, el cuadro de abdomen agudo con peritonitis es clásico.

El tratamiento utilizado es metronidazol parenteral, laparotomía con la aspiración y drenaje del absceso, aunque antes de la ruptura se puede realizar en forma guiada con US o TAC, o utilizar la vía laparoscópica para la aspiración, lavado y drenaje.¹⁻⁶ En los casos en que se presenta la ruptura se utilizan básicamente las mismas modalidades de tratamiento que en la contaminación peritoneal por otras causas.

En este estudio se informa la experiencia en el manejo quirúrgico de la peritonitis amibiana por ruptura de absceso hepático, en una población suburbana de la zona metropolitana de la Ciudad de México.

be used with the administration of metronidazole and third generation cephalosporin.

Key words: Amebic liver abscess, amebic peritonitis, surgical treatment.
Cir Gen 2007;29:17-21

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, de pacientes con diagnóstico de absceso hepático amibiano que requirieron tratamiento quirúrgico.

Se revisaron los expedientes clínicos de todos los pacientes operados por absceso hepático amibiano durante el periodo de enero de 1991 a diciembre de 2000, atendidos en el Servicio de Cirugía General del Hospital General de Atizapán, Estado de México, del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM). Se revisaron los datos referidos en la historia clínica y las notas de valoración quirúrgica. En este estudio se consideraron para análisis: la edad, género, indicación de la cirugía, localización del absceso, vías de extensión, tipo de tratamiento empleado, incluyendo los medicamentos y el quirúrgico; También se evaluó la morbilidad y mortalidad en aquellos que presentaron ruptura del absceso.

Se analizó por medio de porcentajes como medida de resumen para variables cualitativas.

Resultados

Se encontraron 76 expedientes de enfermos con diagnóstico de absceso hepático amibiano, de los cuales 28 (35%) requirieron drenaje quirúrgico por inminencia de ruptura o falta de respuesta al tratamiento médico inicial, que consistió en antibioticoterapia, básicamente con metronidazol.

De estos 28 pacientes operados, ocho (28%) pacientes presentaron cuadro abdominal agudo con ruptura intraperitoneal del absceso y peritonitis difusa secundaria (**Figura 1**). Un paciente (3.5%) tuvo ruptura del absceso con extensión pleural.

La ruptura sucedió en seis hombres y dos mujeres, el promedio de edad fue 38 años, la sospecha de peritonitis generalizada fue la indicación de cirugía en siete pacientes y en uno fueron los datos de empiema. El absceso se localizó en los ocho casos en el lóbulo derecho (**Figura 2**). Se observó derrame pleural en cuatro pacientes (14.3%), el cual se diagnosticó por los datos clínicos y se corroboró con la radiografía de tórax (**Figura 3**).

Los primeros tres pacientes (atendidos entre 1991 y 1995) recibieron dehidroemetina a dosis de 1 mg/kg/día por 10 días. En los otros cinco enfermos, el esquema de antibióticos usado fue metronidazol (500 mg IV c/8 hrs) y cefalosporina de tercera generación (1 g IV c/8 hrs) por 10 días.

En todos los pacientes, la cirugía consistió en laparotomía exploradora, apertura y aspiración directa del



Fig. 1. Radiografía de abdomen: peritonitis amibiana.

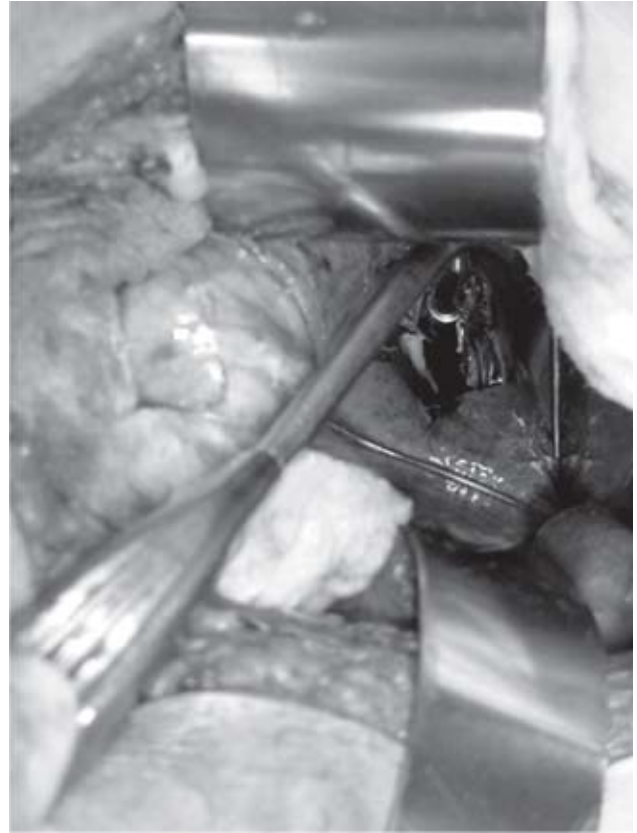


Fig. 2. Lóbulo derecho con ruptura de absceso a cavidad abdominal.

absceso, irrigación de la cavitación abscedada con solución salina, extracción de detritus celulares y colocación de drenaje tipo Saratoga-Penrose en la cavitación hepática (**Figura 4**). La evolución postoperatoria fue satisfactoria en todos los casos, la morbilidad consistió en complicaciones de la herida quirúrgica, como infección o dehiscencia, sin la presencia de complicaciones mayores o sistémicas.

Un paciente falleció (1.2%) por complicaciones respiratorias secundarias a empiema por ruptura del absceso hacia la pleura.

Discusión

La amibiasis tiene una incidencia de aproximadamente 10% a nivel mundial, predomina en zonas endémicas como América Latina, Tailandia, India y África.¹⁻³ En México, en la década de los 90's se atendían más de un millón de casos al año.³⁻⁵

El absceso hepático es su manifestación extraintestinal más frecuente; Frey y cols. informan una incidencia entre el 3 y 9% a nivel mundial⁶ y, en México, según Escandón, tiene una tasa de 4/100,000 habitantes.⁴

El diagnóstico de absceso hepático amibiano se hace con base en los datos clínicos, que son principalmente dolor abdominal, fiebre y hepatomegalia, el US tiene una sensibilidad y especificidad del 85% (**Figuras 5 y 6**). Las pruebas serológicas de hemoaglutinación indirecta son las más confiables según Donovan y cols.^{1,8-10}



Fig. 3. Radiografía de tórax: elevación del hemidiafragma.

La ruptura del absceso puede ser hacia peritoneo, pleura o pericardio y se observa entre el 2.5 y 22%, tal como lo han informado Eggleston, Basile, Holcombe, Mier y Díaz,^{3,11-15} lo cual coincide con nuestro estudio; sin embargo, la complicación hacia cavidad peritoneal que tuvimos (28% de las rupturas) contrasta con el 10% mencionado por Meng en su serie.¹³



Fig. 4. Apertura y aspiración directa del absceso.



Fig. 5. Ultrasonido hepático con absceso amibiano lóbulo derecho.

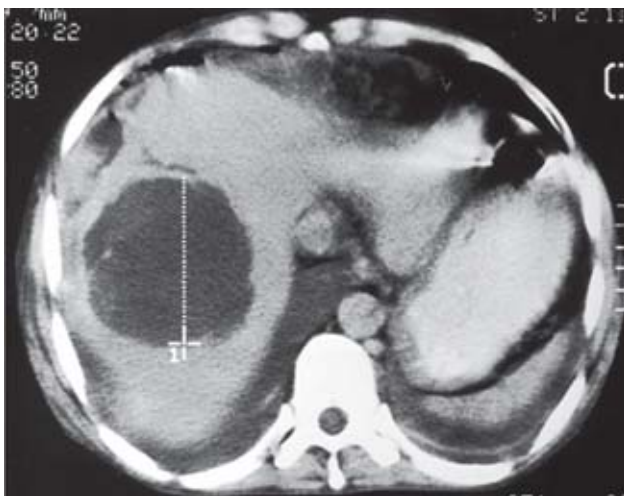


Fig. 6. Tomografía de abdomen superior. Absceso hepático lóbulo derecho.

Las opciones terapéuticas, antes de que se presente la ruptura del absceso, son empleadas en forma generalizada mediante metronidazol I.V con cefalosporina de tercera generación, esta última con el fin de cubrir posible contaminación bacteriana y punción guiada por US o TAC, el drenaje laparoscópico tiene la ventaja del control de la contaminación de la cavidad peritoneal. El drenaje abierto se indica cuando existen abscesos múltiples, contaminación peritoneal generalizada, abscesos interasa, adherencias y oclusión intestinal.¹⁶⁻²⁴ Aunque algunas series informan buenos resultados con tinidazol, antes de la ruptura, el metronidazol IV es el medicamento de elección, además descartan el uso de la dehidroemetina por los efectos colaterales indeseables, pese a que antes del uso del metronidazol, los medicamentos utilizados durante muchos años fueron sólo la dehidroemetina y las cloroquinas.^{25,26}

Cabe señalar que algunos autores utilizan el drenaje guiado por US aun cuando se haya presentado la ruptura del absceso;^{27,28} inclusive algunos autores aconsejan exclusivamente el manejo médico,²⁹⁻³¹ con lo cual no coincidimos debido al riesgo de complicaciones y el incremento de la mortalidad se ha reportado que llega a ser hasta del 82%.^{1,3,7,11,13,15,32,33}

El tratamiento con laparotomía, aspiración, irrigación, limpieza de detritus y drenaje que se utilizó en los casos de este estudio ha sido ya descrito¹¹ y como ya lo mencionamos en nuestros resultados, con una mortalidad muy baja que se relacionó directamente a la extensión pleural y pulmonar del absceso.³⁴ Consideramos que la irrigación continua postoperatoria no mejoraría dichos resultados, y puede favorecer la contaminación de la cavidad peritoneal como lo comentan Dalvi y cols.³³

Conclusión

De acuerdo a nuestros resultados, concluimos que la laparotomía se debe realizar en pacientes con ruptura del absceso hepático amibiano. Se deben aplicar los principios generales del tratamiento en infecciones intra-abdominales, con la administración de metronidazol y cefalosporina de tercera generación, se dejan los tratamientos conservadores como el abordaje laparoscópico para aquellos pacientes que no tengan complicación del absceso, con lo que se disminuirá la posibilidad de complicaciones infecciosas mayores y se disminuirá la mortalidad.

Referencias

- Hoffner RJ, Kilagbhan T, Esekogwu VI, Henderson SO. Common presentations of amebic liver abscess. *Ann Emerg Med* 1999; 34: 351-355.
- Krige JE, Beckingham IJ. ABC of diseases of liver, pancreas, and biliary system. *BMJ* 2001; 322: 537-540.
- Salles JM, Moraes LA, Salles MC. Hepatic amebiasis. *Braz J Infect Dis* 2003; 7: 96-110.
- Escandón RC, García MNT, Escobedo PJ, Hernández RJM, Olvera AJ, et al. La amibiasis y el absceso hepático amibiano en México, un problema de salud pública de actualidad. *Rev Gastroenterol Mex* 1996; 61: 378-386.

5. Caballero-Salcedo A, Viveros-Rogel M, Salvatierra B, Tapia-Conyer R, Sepúlveda-Amor J, Gutiérrez G, et al. Seroepidemiology of amebiasis in Mexico. *Am J Trop Med Hyg* 1994; 50: 412-9.
6. Frey CF, Zhu Y, Suzuki M, Isaji S. Liver abscesses. *Surg Clin North Am* 1989; 69: 259-71.
7. Essomba A, Chichom Mefire A, Fokou M, Ouassouo P, Masso Misse P, et al. Acute abdomens of parasitic origin: retrospective analysis of 135 cases. *Ann Chir* 2006; 131: 194-197.
8. Ralls PW, Colleti PM, Quinn MF, Halls J. Sonographic findings in hepatic amebic abscess. *Radiology* 1982; 145: 123-126.
9. Donovan AJ, Yellin AE, Ralls PW. Hepatic abscess. *World J Surg* 1991; 15: 162-169.
10. Valadéz GME, Martínez LH, Guerra FCR, Aguilar RJR. Absceso hepático amibiano. Experiencia en los últimos cinco años en el Hospital Central Militar. *Rev Sanid Milit* 2000; 54: 145-47.
11. Eggleston FC, Handa AK, Verghese M. Amebic peritonitis secondary to amebic liver abscess. *Surgery* 1982; 91: 46-48.
12. Basile JA, Klein SR, Worthen NJ, Wilson SE, Hiatt JJ. Amebic liver abscess. The surgeon's role in management. *Am J Surg* 1983; 146: 67-71.
13. Meng XY, Wu JX. Perforated amebic liver abscess: clinical analysis of 110 cases. *South Med J* 1994; 87: 985-90.
14. Mier y Diaz J, Blanco-Benavides R, Medina-González E, Sigler-Morales L, Melgoza-Ortiz C. Surgical treatment of amebic liver abscess. *Arch Invest Med (Mex)* 1990; 21suppl 1: 123-5.
15. Holcombe C. Surgical emergencies in tropical gastroenterology. *Gut* 1995; 36: 9-11.
16. Tay KH, Ravintharan T, Hoe MN, See AC, Chng HC. Laparoscopic drainage of liver abscesses. *Br J Surg* 1998; 85: 330-2.
17. Akgun Y, Tacyildiz IH, Celik Y. Amebic liver abscess: changing trends over 20 years. *World J Surg* 1999; 23: 102-6.
18. Mogollon PA, Molina SG, Martínez MF, Sánchez VP, Sánchez TS, Dávila FBC, et al. Percutaneous drainage of amebic hepatic abscess by guided ultrasound. Preliminary results. *Rev Gastroenterol Mex* 1999; 64: 134-8.
19. Wells CD, Arguedas M. Amebic liver abscess. *South Med J* 2004; 97: 673-682.
20. Fujihara T, Nagai Y, Kubo T, Seki S, Satake K. Amebic liver abscess. *J Gastroenterol* 1996; 31: 659-663.
21. McGarr PL, Madiba TE, Thomson SR, Corr P. Amoebic liver abscess-results of a conservative management policy. *S Afr Med J* 2003; 93: 132-6.
22. Djossou F, Malvy D, Tamboura M, Beylot J, Lamoullite H, Longy-Boursier M, et al. Amoebic liver abscess. Study of 20 cases with literature review. *Rev Med Interne* 2003; 24: 97-106.
23. Blessmann J, Binh HD, Hung DM, Tannich E. Treatment of amoebic liver abscess with metronidazole alone or in combination with ultrasound-guided needle aspiration: a comparative, prospective and randomized study. *Trop Med Int Health* 2003; 8: 1030-1034.
24. Lo RH, Yu SC, Kan PS. Percutaneous needle aspiration in the treatment of hepatic abscess: factors influencing patients' outcome. *Ann Acad Med Singapore* 1998; 27: 173-7.
25. Rodríguez MA. Absceso amibiano del hígado. Tratamiento médico con diferentes esquemas. *Rev Hosp Jua Mex* 2000; 67: 51-54.
26. Wallace RJ Jr, Greenberg SB, Lau JM, Kalchoff WP, Mangold DE, Martin R. Amebic peritonitis following rupture of an amebic liver abscess. Successful treatment of two patients. *Arch Surg* 1978; 113: 322-325.
27. Bukhari AJ. Ruptured amebic liver abscess. *J Coll Physicians Surg Pak* 2003; 13: 159-60.
28. Ken JG, vanSonnenberg E, Casola G, Christensen R, Polansky AM. Perforated amebic liver abscesses: successful percutaneous treatment. *Radiology* 1989; 170: 195-197.
29. Sarda AK, Bal S, Sharma AK, Kapur MM. Intraperitoneal rupture of amoebic liver abscess. *Br J Surg* 1989; 76: 202-203.
30. Greaney GC, Reynolds TB, Donovan AJ. Ruptured amebic liver abscess. *Arch Surg* 1985; 120: 555-61.
31. Stanley SL Jr. Amoebiasis. *Lancet* 2003; 361: 1025-34.
32. Sharma MP, Ahuja V. Management of amebic liver abscess. *Arch Med Res* 2000; 31: S4-S5.
33. Dalvi AN, Gondhalekar RA, Upadhye AS. Post-operative irrigation in the management of amoebic peritonitis. *J Postgrad Med* 1987; 33: 61-4.
34. Chao TH, Li YH, Tsai LM, Tsai WC, Teng JK, Lim LJ, et al. Amebic liver abscess complicated with cardiac tamponade and mediastinal abscess. *J Formos Med Assoc* 1998; 97: 214-6.