



Drenaje laparoscópico de abscesos hepáticos

Irma Cruz Mendoza,* José Antonio Muñoz Prado,** Javier González Peña,**
Caria Gabriela Utrilla Parrilla**

RESUMEN

El absceso hepático es una enfermedad que habitualmente cede con tratamiento médico a base de metronidazol, una cefalosporina o ambos, o un aminoglucósido. Cuando el absceso hepático no reduce a pesar del tratamiento y persisten los síntomas o hay datos de irritación peritoneal el paciente es candidato a tratamiento quirúrgico.

Se estudiaron 32 pacientes con absceso hepático. Se formaron dos grupos de forma aleatoria. El grupo A fue formado por 16 pacientes, a los cuales se les realizó drenaje del absceso con técnica laparoscópica. Al grupo B, formado por 16 pacientes, se decidió realizar drenaje del absceso por cirugía abierta. Las variables en estudio incluyeron: tiempo quirúrgico, sangrado transquirúrgico, días de estancia intrahospitalaria, morbilidad y mortalidad. El sangrado transoperatorio, tiempo quirúrgico y estancia intrahospitalaria fue menor para el grupo A. No existieron complicaciones en el grupo A y hubo seis complicaciones en el grupo B. No hubo mortalidad en ninguno de los dos grupos. En el drenaje laparoscópico del absceso hepático hay menor sangrado transquirúrgico, el tiempo quirúrgico es más corto; disminuyeron los días de estancia intrahospitalaria y no hubo complicaciones. El drenaje laparoscópico de los abscesos hepáticos es una adecuada alternativa para el manejo de los mismos.

Palabras clave: Absceso hepático, drenaje laparoscópico, drenaje abierto.

ABSTRACT

Hepatic abscess due to amebiasis is usually treated pharmacologically with metronidazole adding a cephalosporine or aminoglucoiside. If there is not reduction in size of the abscess with medical treatment or symptoms persist, or there are signs of acute abdomen signaling rupture into the peritoneal cavity, it is necessary surgical drainage. We report on 32 patients with amebic hepatic abscess. Two groups were studied: A group – 16 patients drained laparoscopically and B group – 16 patients drained surgically.

All patients were subject to follow-up. Data regarding operating time, bleeding, hospital stay, morbidity and mortality were analyzed. Bleeding during surgery, operating time and length of stay in hospital were considerably less in group A than in B. There were no intraoperative complications in group A. There were six complications in B group. Neither group presented with mortality. The results of this study favor laparoscopic drainage of hepatic amebic abscess as a safe alternative in those patients requiring drainage for failed medical treatment.

Key words: Hepatic abscess, drainage laparoscopic open drainage.

* Médico adscrito al Servicio de Cirugía General Hospital Juárez de México.

** Residentes de Cuarto año de Cirugía General Hospital Juárez de México.

INTRODUCCIÓN

El absceso hepático (AH) es una enfermedad que se encuentra frecuentemente en países con clima tropical, subtropical y con deficientes medidas de salubridad.

La etiología del AH puede ser amebiana, piógena o mixta; siendo más frecuente el origen mixto.

El absceso hepático amebiano es la manifestación más frecuente de la amebiasis extraintestinal.¹

Con el advenimiento de nuevas técnicas de imagenología durante la década de los 70, como el ultrasonido y la tomografía axial computarizada, el diagnóstico de absceso hepático es actualmente satisfactorio y temprano.²

La primera laparoscopia fue llevada a cabo por Ott en 1901, realizándola por medio de la inserción de un espéculo en la cavidad abdominal, auxiliándose de un espejo de mano.³

El tratamiento médico del AH de origen amebiano se basa en metronidazol 30 a 50 mg por kg de peso por 10 días repartido en tres dosis al día.⁴ El tratamiento del AH de origen piógeno es con base a la bacteria aislada; sin embargo, sabemos por estudios realizados que los agentes causales son gramnegativos como *E. coli*, *Klebsiella*, y *Proteus* resistentes a clindamicina por lo que es conveniente iniciar con un aminoglucósido.^{5,6}

Ya que la mayoría de los AH son de origen mixto, el tratamiento más recomendable es metronidazol con la dosis previamente mencionada más un aminoglucósido como la amikacina a dosis de 15 mg por kg IV dividido en dos dosis durante siete días.

Cuando el absceso hepático no reduce a pesar del tratamiento y persisten los síntomas o hay datos de irritación peritoneal, el paciente es candidato a tratamiento invasivo.

El drenaje percutáneo guiado por imagenología se considera la primera opción invasiva,² sin embargo, existen condiciones en las que el drenaje percutáneo dirigido por imagenología fracasa, ya que en ocasiones no es posible drenar completamente el contenido del absceso por la densidad de su contenido o no es factible llevarlo a cabo por problemas técnicos. En estos pacientes la conducta era realizar drenaje de AH abierto. En este trabajo se propone el drenaje de AH por medio de cirugía de mínima invasión, ya que esta técnica permite la visualización adecuada del hígado; el drenaje del absceso es técnicamente sencillo, evitando grandes incisiones que favorecen los abscesos de pared y disminuye el tiempo quirúrgico.

En este estudio comparamos el drenaje del absceso hepático con técnica abierta y con técnica laparoscópica.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio prospectivo, longitudinal y aleatorio de 32 pacientes con AH entre 1994 a 1999, a los cuales se diagnosticó absceso hepático por medio de ultrasonido, tomografía o ambos. Los pacientes presentaron leucocitos de 2 860 a 40 800 (promedio de 17 126)¹ plaquetas de 185 000 a 749 000 (promedio de 482 000). En los 32 casos se inició tratamiento con metronidazol a dosis de 30 a 50 mg/kg durante 10 días, más amikacina 15 mg/kg. Sin embargo, en estos pacientes, a pesar del tratamiento médico, los síntomas no remitieron presentando datos de irritación peritoneal. Se formaron dos grupos de forma aleatoria, los cuales presentaron características clínicas similares como la edad y estado general. El grupo A fue formado por 16 pacientes, nueve masculinos y siete femeninos, a los cuales se les realizó drenaje del absceso con técnica laparoscópica.

Al grupo B, formado por 16 pacientes, 10 masculinos y seis femeninos se les realizó drenaje del absceso por cirugía abierta.

Se documentó el tiempo quirúrgico, sangrado transquirúrgico, días de estancia intrahospitalaria, morbilidad y mortalidad.

En los 32 AH se realizó seguimiento durante un mes con control ultrasonográfico.

Las variables en estudio incluyeron: tiempo quirúrgico, sangrado transoperatorio, días de estancia hospitalaria; morbilidad y mortalidad.

Técnica quirúrgica laparoscópica

El procedimiento se realizó bajo anestesia general con el paciente en posición de Trendelenburg, se creó un neumoperitoneo de 10 a 14 mmHg. Se introdujeron 3 puertos: uno de 10 mm umbilical, uno de 5 mm en línea media clavicular derecha 4 cm por debajo del reborde costal, otro de 10 mm en la línea axilar anterior a nivel de la cicatriz umbilical.

Para la identificación del AH se deben observar las siguientes características:

Fluctuación sobre la superficie hepática, cambios de coloración, adherencias entre el hígado y el peritoneo parietal.

Se identifica el sitio del absceso y con incisión previa en el absceso, se aspira el contenido de éste, colocan-



do drenaje cerrado de tipo Drenovac, se retiran los puertos de forma convencional. El antimicrobiano continúa durante 10 días más, el drenaje se retira cuando ya no hay salida de material.

RESULTADOS

La población estudiada se constituyó por 19 pacientes masculinos y 13 femeninos con edades de 19 a 67 años (promedio de edad de 41.68 años). Se formaron dos grupos, el primero formado por aquellos abscesos hepáticos drenados por laparoscopia (Grupo A) y los drenados de manera abierta (Grupo B).

Ambos grupos se formaron con pacientes sin antecedentes patológicos de importancia. El grupo A promedió una edad de 41.6 años y el B 40.7 años, nueve masculinos y 7 femeninos en el grupo A y 10 masculinos y 6 femeninos en el grupo B.

El sangrado transoperatorio para el grupo A fue de 50 a 400 mL (promedio: 146.42 mL) y para el grupo B de 100 a 500 mL (promedio: 212.85 mL) (Figura 1).

El tiempo quirúrgico fue menor para el grupo A, el cual fue de 45 a 120 min (promedio 71 min) mientras que para el grupo B de 60 a 120 min (promedio de 106 min) (Figura 2). De igual manera, el tiempo de estancia intrahospitalaria posquirúrgica fue mayor para el grupo B el cual fue de 5 a 18 días (promedio: 13.8 días), mientras que para el grupo A fue de 2 a 14 días (promedio: 6.2 días) (Figura 3).

En el Grupo A no existieron complicaciones y un caso se convirtió por falla técnica; mientras que en el grupo B existieron seis complicaciones: dos abscesos de pared, un sangrado de tubo digestivo alto, un absceso que drenó a cavidad pleural y dos pacientes que presentaron sepsis. En ambos grupos la mortalidad fue de 0.

El control postoperatorio se llevó a cabo a 7, 15 y 30 días, realizándose ultrasonidos de control en donde todos los pacientes tenían remisión clínicamente y sin evidencia de absceso.

DISCUSIÓN

El absceso hepático es aún en países con hábitos de salubridad deficientes un problema de salud, ya que en ocasiones el microorganismo relacionado crea resistencia a los medicamentos y no es factible su remisión por medio de terapéutica médica, o en ocasiones su retardo en el diagnóstico debido a dilatada consulta por parte del paciente tiene como resultado la aparición de síntomas como datos de irritación peritoneal. Por lo

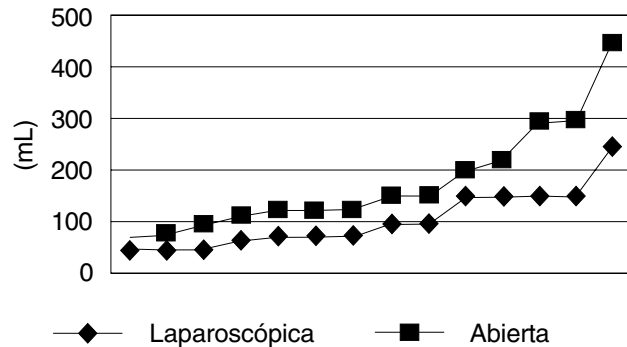


Figura 1. Sangrado transquirúrgico.

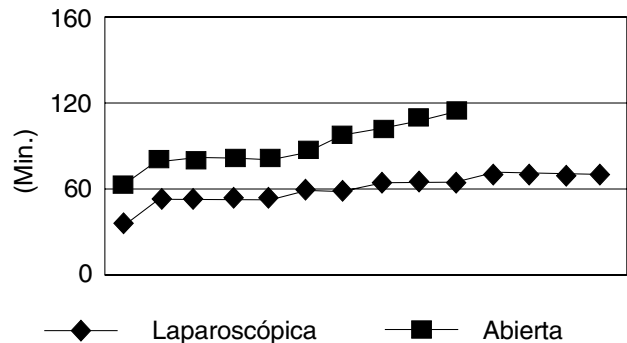


Figura 2. Tiempo quirúrgico.

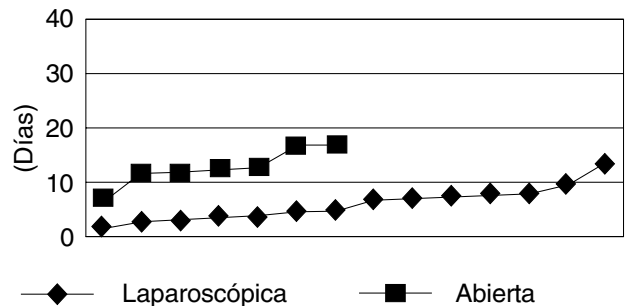


Figura 3. Días de estancia intrahospitalaria.

que el drenaje quirúrgico abierto se lleva a cabo con frecuencia; sin embargo, el drenaje abierto presenta complicaciones como abscesos de pared, los cuales provocan una estancia intrahospitalaria prolongada.

Como hallazgo en este estudio se observó una elevación significativa en las plaquetas en los pacientes estudiados, lo que podría estudiarse en investigaciones futuras.

El drenaje laparoscópico del absceso hepático es posible llevarlo a cabo, ya que se puede revisar adecuadamente el hígado drenando la colección hepática teniendo como resultado una disminución importante del sangrado transquirúrgico y el tiempo quirúrgico, no se presentaron complicaciones como abscesos de pared y disminuyeron los días de estancia intrahospitalaria. El drenaje laparoscópico de los abscesos hepáticos es una adecuada alternativa para el manejo de los mismos.

REFERENCIAS

1. Akgun Y, Tacyldiz JH, Celik Y. Amebic liver abscess: Changing trends over 20 years. *World J Surg* 1999; 23: 102-6.
2. Tay KH, Ravintharan T, Hoe NY, See ACH, Chng HC. Laparoscopic drainage of liver abscesses. *Br J Surg* 1998; 85: 330-2.
3. Hitanant S, Tan-Ngarm Trong D, Damrongsak C, et al. Peritoneoscopy in the diagnosis of liver abscess. *Gastrointest Endosc* 1984; 30(4): 234-6.
4. Cohen HG. Comparison of metronidazole and chloroquine for the treatment of amoebic liver abscess. *Gastroenterology* 1975; 69: 35-41.
5. Cheung NK, Malfitan RC, Najen AZ. Pyogenic liver abscess. *Am Surg* 1978; 44: 272.
6. De la Maza LM, Nacim F, Becman LD. The changing etiology of liver abscess: Further observation. *JAMA* 1974; 227: 161.
7. Thompson JE Jr, Forlenza S, Verma R. Amebic liver abscess: A therapeutic approach. *Rev Infect Dis* 1985; 7: 171-9.
8. Katzenstein D. New concepts of amebic liver abscess derived from hepatic imaging, serodiagnosis, and hepatic enzymes in 67 consecutive cases in San Diego. *Medicine (Baltimore)* 1982; 61: 237-46.
9. Petri WA Jr. Amebiasis and the *Entamoeba histolytica* Gal/GalNAc lectin: from lab bench to bedside. *J Investig Med* 1996; 44: 24-36.
10. Paramesh A, Casale T, Peralta R. Tandem subdiaphragmatic and pleural sequelae due to lost gallstones following cholecystectomy. *J Soc Laparosc Surg* 1998; 2(3): 285-8.
11. Siu WT, Chan WC, Hou SM, Li MK. Laparoscopic management of ruptured pyogenic liver abscess. *Surg Laparosc Endosc* 1997; 7(5): 426-8.
12. Yanaga K, Kitano S, Hashizume M, Otha M, et al. Laparoscopic drainage of pyogenic liver abscess. *Br J Surg* 1994; 81(7): 1022.
13. Krivitskii DI, Palamarchuk VI. Puncture drainage of abscess of the liver and abdominal cavity controlled by echotomography and laparoscopy. *Klin Khir* 1990; (1): 49-50.
14. Davion T, Braillon A, Delamarre J, Delcenserie R, et al. *Pseudomonas aeruginosa* liver abscesses following endoscopic retrograde cholangiography. Report of a case without biliary tract disease. *Dig Dis Sci* 1987; 32(9): 1044-6.
15. Salky JB, Finkel J S. Laparoscopic drainage of amebic liver abscess. *Gastrointest Endosc* 1984; 30(4): 234-6.
16. Iwamura K. Therapeutic utilization of laparoscopy in liver abscess cases. *Tokai J Exp Clin Med* 1981; 6(3): 275-84.

Solicitud de sobretiros:
Dra. Irma Cruz Mendoza
Domingo Arellano No. 40
Col. Juan Escutia
CP. 09100 México, D.F.
Tel. 57458242

Recibido para publicación: 8 de febrero del 2001.
Aceptado para publicación: 8 de marzo del 2001.