

## Análisis de 25 Casos de Absceso Sub-Frénico

Bernardo Cartín M.\*

Fernando de la Fuente\*\*\*

Manuel Zeledón P.\*\*

Andrés V. Guzmán C.\*\*\*\*

Edgar Cabezas S.\*\*\*\*\*

### INTRODUCCION

Revisando expedientes clínicos de pacientes fallecidos y operados por diversos procesos sépticos del abdomen de los años 1962 a la fecha, pudimos encontrar tres casos autopsiados cuya causa de la defunción fue la de absceso sub-frénico y que no fueron diagnosticados a su debido tiempo. Afortunadamente han sido pocos los casos que han sucumbido a causa del absceso sub-frénico, pero sí somos partidarios que el cirujano actual no debe apoyarse tanto en los antibióticos y quimioterápicos, sobre todo cuando nuestro paciente en el post-operatorio presenta febrículas inexplicables y su estado de salud no progresa a la completa recuperación. Pensar más conscientemente en el absceso subdiafragmático y emplear todos los métodos modernos y a nuestro alcance para el diagnóstico de esta entidad (2, 9, 13).

### MATERIAL Y METODOS

Hemos seleccionado 25 casos tratados quirúrgicamente de absceso subfrénico en sus distintas localizaciones, analizando su estudio clínico, radiológico, de laboratorio, de abordaje quirúrgico, y resultados obtenidos. El Dr. Fernando de la Fuente hace una comunicación preliminar (9) analizando los mismos detalles nuestros, pero en sólo seis casos; en el presente estudio el Dr. de la Fuente es co-autor de nuestras observaciones.

- \* Jefe de Clínica del Servicio de Cirugía "Carlos Durán". Docente ad-honorem de la Cátedra de Cirugía de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica.
  - \*\* Asistente de Cirugía "Servicio Carlos Durán" Hospital San Juan de Dios. Instructor de la Cátedra de Cirugía.
  - \*\*\* Asistente del "Servicio Gerardo Jiménez.
  - \*\*\*\* Jefe de Sección de Cirugía, Hospital San Juan de Dios. Director de la Cátedra de Cirugía.
  - \*\*\*\*\* Jefe de Clínica. Catedrático Asociado de la Cátedra de Cirugía.
-

### DIAGNOSTICO CLINICO

Se trata de un paciente que generalmente ha sido operado recientemente (12) de algún proceso potencialmente séptico de la cavidad abdominal, 84 % de nuestros pacientes, con frecuencia de procesos patológicos de abdomen alto (76%). Este es nuestro paciente que no tiene una recuperación rápida, que aparentemente no se ve grave, pero que gradualmente su estado general se va empeorando, no quiere comer y predomina un estado de febrícula o verdadera fiebre en agujas. Se anemiza con frecuencia y en la mayor parte de los casos tiene tos generalmente sin expectoración. En algunos casos hay dolor intenso en cuadrante superior derecho, pero en la mayoría de los casos es un dolor, no severo, constante y sordo, en área hepática (13). A la exploración del abdomen hay sensibilidad a la exploración profunda del cuadrante superior derecho. El signo de Gómez es de mucha importancia y es muy constante. El signo de Gómez consiste en la compresión con el dedo pulgar derecho sobre el séptimo u octavo espacio intercostal derecho y sobre la línea axilar anterior. Al examen del tórax aparecen estertores de gruesos bronquios en la base pulmonar derecha y puede encontrarse una pequeña o gran zona de matidez. Resumimos en el Cuadro No. 1 nuestros hallazgos.

CUADRO No. 1  
SINTOMAS GENERALES

Clasificación	Casos	Porcentaje
Fiebre	25	100%
Dolor	20	80%
Anorexia	18	72%
Síntomas respiratorios	18	72%
Vómitos	6	24%

### DATOS DE LABORATORIO

Quizás uno de los aspectos más importantes del laboratorio es la leucocitosis que puede ser ligeramente alta, en algunos casos

muy alta, pero siempre con un predominio marcado de desviación de la fórmula hacia la izquierda. La hemoglobina puede estar baja y el hematocrito estuvo notablemente bajo en 60% de los casos.

CUADRO No. 2  
 DATOS DE LABORATORIO

Clasificación	Casos	Porcentaje
Leucocitosis con desviación a la izquierda	25	100 %
Baja apreciable del hematocrito	15	60 %

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO

CUADRO No. 3  
 DATOS RADIOLOGICOS

Clasificación	Hallazgos	Casos	Porcentaje
Fluoroscopías reportadas	Paresia del diafragma	6	24 %
	Derrame	9	36 %
Radiografías de Tórax	Imagen hidro-aérea	3	12 %
	Elevación del diafragma	11	44 %
	Neumonitis	3	12 %
	Sin datos patológicos	1	4 %
No se hizo radiografía de Tórax		1	4 %

La radiología es de vital importancia para establecer o confirmar nuestras sospechas clínicas. La fluoroscopia con el dato de paresia o parálisis del hemidiafragma derecho es de un valor incalculable; desafortunadamente, en ocasiones se le olvida al radiólogo reportarlo, si el cirujano no ha acudido a observar la fluoroscopia. El dato de más utilidad desde el punto de vista radiográfico es la elevación del hemidiafragma derecho (44%) y nosotros aconsejamos, además de la radiografía anteroposterior, la radiografía lateral que nos orienta sobre la localización del absceso y por lo tanto, nos indica su futuro abordaje quirúrgico, (2, 15). En algunos casos de abscesos sub-frénicos sub-hepáticos no encontramos datos radiológicos, lo suficientemente claros para orientarnos en el diagnóstico. La neumonitis y el derrame pleural son datos radiológicos de importancia, sobre todo cuando van acompañados

de la elevación del diafragma o de una imagen hidroaérea por debajo del hemidiafragma derecho. Recientemente hemos tenido algunos reportes de mapeo que han contribuido, en parte, a esclarecer el diagnóstico, creemos que este método podrá ser de gran ayuda. (19).

#### LOCALIZACION DE LOS ABSCESOS

CUADRO No. 4

#### LOCALIZACION DE NUESTROS ABSCESOS SUB-FRENICOS

Clasificación	Casos	Porcentaje
Supra-hepático derecho	14	56 %
Supra-hepático derecho y sub-hepático derecho	1	4 %
Sub-hepático derecho	7	28 %
Supra-hepático izquierdo	2	8 %
Sub-hepático izquierdo (anterior)	1	4 %
Sub-hepático izquierdo (posterior)	0	0 %
Retro-peritoneal derecho	0	0 %
Retro-peritoneal izquierdo	0	0 %

Hemos escogido esta distribución de los abscesos sub-frénicos por considerarla práctica y adecuada para un posible criterio de abordaje quirúrgico. Los espacios se dividen en siete localizaciones y que tienen su lógica anatómica, a saber: supra-hepáticos son dos, uno derecho y otro izquierdo, ambos separados por el ligamento falciforme; tres espacios sub-hepáticos: uno derecho y dos izquierdos, siendo la barrera anatómica de estos últimos el estómago, y los epiplones, que los hace aparecer, uno anterior y otro posterior. Por último quedan dos retro-peritoneales: derecho (en área desperitonizada del hígado) e izquierdo (por detrás de los órganos retro-peritoneales).

CUADRO No. 5  
 CONDICION PATOLOGICA QUE ORIGINO EL ABSCESO

Con o sin Operación	Clasificación	Casos	Localización	Porcentaje
Operación Reciente	Gastrectomía Sub-Total	3	Supra-hepático derecho Supra-hepático izquierdo Sub-hepático derecho	84 %
	Vaguetomía y Piloroplastia	1	Sub-hepático izquierdo	
	Sutura de Intestino por Ruptura Traumática	1	Supra-hepático derecho	
	Explotación de Vías Biliares	3	Sub-hepático derecho Sub-hepático derecho Supra-hepático derecho	
	Coledocoduodenostomía	1	Sub-hepático derecho	
	Colecistectomía por piocolecistio	2	Sub-hepático derecho Supra-hepático derecho	
	Esplenectomía por anastomosis capieno-renal	1	Supra-hepático izquierdo	
	Sutura de Ruptura Traumática de Hígado	6	Supra-hepático derecho Supra-hepático derecho Supra-hepático derecho Supra-hepático derecho Supra-hepático derecho	
	Drenaje de absceso hepático amebiano	1	Sub-hepático derecho	
	Apendicectomía	2	Sub-hepático derecho Supra-hepático derecho	
Sin Operación Reciente	Absceso primario	2	Sub-hepático derecho Supra-hepático derecho	16 %
	Úlcera péptica perforada con absceso	1	Sub-Supra-hepático derecho	
	Colecistitis aguda perforada con absceso	1	Supra-hepático derecho	

CONDICION PATOLOGICA QUE ORIGINO EL ABSCESO

Si observamos el cuadro No. 4 nos damos cuenta que el 84% habían tenido cirugía previa y observamos también que la cirugía gastroduodenal, la cirugía de vías biliares y las rupturas traumáticas del hígado, dominan la producción de esta entidad patológica. El absceso supra-hepático con 14 casos (56%) se impone sobre las otras localizaciones a que tiene lugar la ubicación de esta colección purulenta. No dudamos ni por un momento que la forma de dispersión más frecuente es la de continuidad o libre paso de los exudados, trasudados y colecciones sanguíneas atrapadas por la defensa orgánica o por un fracaso en el sistema de drenaje empleado por nosotros. Esta explicación también es válida para los abscesos sub-hepáticos, tanto derechos como izquierdos (con las modalidades anterior y posterior de estos últimos). En nuestro trabajo tuvimos siete casos de sub-hepáticos derechos (28%) y sub-hepático izquierdo 1 (4%). Dos casos de absceso

## VIA QUIRURGICA EXTRAPERITONEAL ANTERIOR



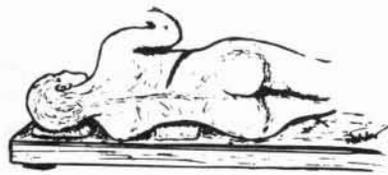
A



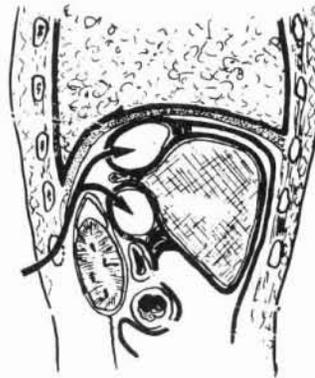
B

Figuras A y B. En figura A obsérvese la incisión subcostal derecha. En figura B, la flecha señala la vía de acceso extraperitoneal.

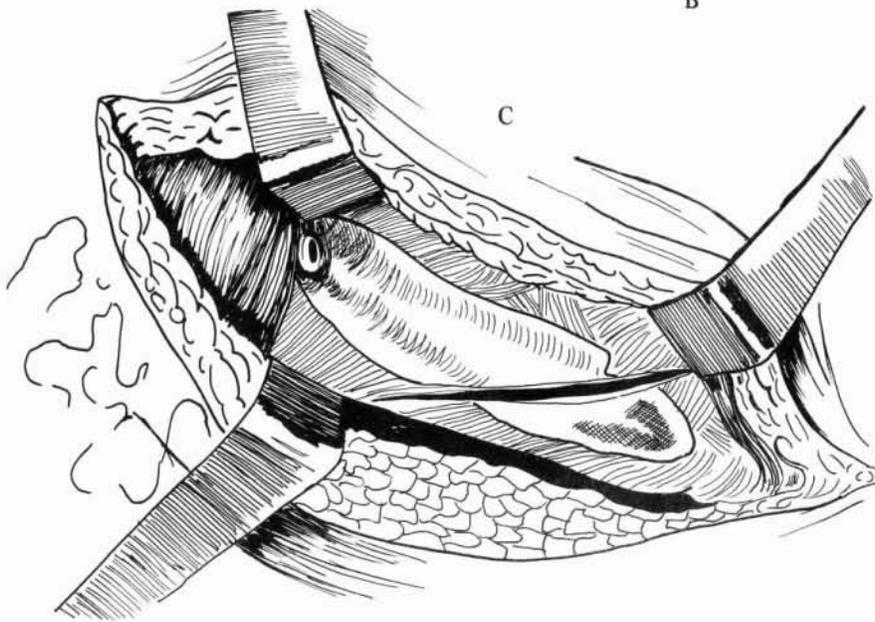
VIA QUIRURGICA EXTRAPERITONEAL POSTERIOR



A



B



C

Figuras A, B y C. En figura A se observa la incisión posterior derecha sobre la XII costilla. En figura B se muestra la vía de acceso posterior extraperitoneal. En figura C, la incisión del periostio a la altura de la primera vértebra lumbar, con el fin de no abrir la pleura.

primario, ambos supra-hepáticos, son etiológicamente explicables por difusiones: linfáticas, hemáticas, vena porta (6, 12, 13). Asimismo autores como Konvolinka y Olearezyk nos hablan de esta clase de etiopatogenia en los procesos infecciosos pélvicos y principalmente apendiculares, 2 en nuestro estudio. Nos llama la atención no haber encontrado abscesos retro-peritoneales aunque bien sabemos que son los menos frecuentes y que sus orígenes obedecen a la difusión hemática o de tipo linfática del foco infeccioso que pueden estar a distancia. Nuestros casos sin operación previa fueron 4 (16%), siendo la úlcera péptica perforada y la colecistitis aguda perforada, dos focos de difusión preponderante en la producción de los abscesos sub-frénicos, los otros dos fueron abscesos primarios, y sobre los cuales ya hemos especulado en líneas anteriores.

#### TECNICA

CUADRO No. 6  
ABORDE QUIRURGICO

Vía de Acceso	Casos	Porcentaje	
Laparotomía	18	72 %	
Extrape- ritoneal	Anterior Sub-costal derecha	5	
	Posterior derecha	1	28 %
	Transpleural posterior	1	

Hay aspectos clínicos y también aspectos de localización anatómica que norman la conducta quirúrgica del cirujano. Cuando hay un abdomen agudo acompañado de absceso sub-frénico, lo lógico es que se practique una laparotomía exploradora, se resuelva cualquier patología abdominal de fondo y además se drene convenientemente el absceso sub-frénico. Los abscesos sub-hepáticos y los abscesos sub-frénicos que radiológicamente no han sido suficientemente esclarecidos deben abordarse por vía transperitoneal. 18 de nuestros casos (72%) se abordaron por laparotomía y correspondieron a abscesos sub-frénicos de tipo agudo con diagnósticos pre-operatorios de compromiso agregado de otros órganos a nuestro absceso sub-frénico. Cuando nuestro diagnóstico es preciso de áreas supra-hepáticas o retroperitoneales sin sospecha clínica de otro problema patológico intra-abdominal, escogemos la insición sub-costal derecha para los abscesos anterio-

res y retro-peritoneal extraserosa (sobre la 12a costilla) en los abscesos limitados en las áreas posteriores. Estas dos últimas modalidades son de abordaje extraperitoneal y tienen la enorme ventaja de su acceso directo sin contaminación de los espacios pleurales ni peritoneales, y por lo tanto la evolución post-operatoria y la recuperación del paciente es más pronta (2, 9, 13, 18). 5 casos (20 %) fueron abordados por incisión subcostal anterior y 1 caso (4 %) por la costilla 12a. derecha (extra-peritoneal); 1 caso fue abordado por esta misma vía que describimos de último, pero se practicó expreso apertura de pleura por existir empiema a causa de que espontáneamente el absceso supra-hepático había perforado el diafragma, entonces se drenó el espacio pleural derecho y el espacio extra-peritoneal supra-hepático posterior (1, 7). En todos nuestros casos lavamos profusamente el foco séptico con suero y ponemos uno o varios drenajes con succión.

**MANEJO POST-OPERATORIO**

Como medidas específicas del absceso sub-frénico:

- a) Posición de Fowler del paciente.
- b) Levantar el estado general con preparados proteicos orales o plasma y sangre cuando el caso lo requiera.
- c) Control meticoloso del drenaje de succión con el fin de que no se obstruya.
- d) Antibióticos específicos para el germen investigado y de acuerdo con su sensibilidad que nos reporte el antibiograma.
- e) Deambulación temprana.
- f) Controles radiológicos y de hemograma completo. (13, 16).

CUADRO No. 7  
 CULTIVOS DE GERMENES

Gérmenes	Casos	Porcentaje
Echerichia coli	14	56 %
Estafilococo dorado	5	20 %
Proteus vulgaris y Echerichia coli	1	4 %
Sin cultivo	5	20 %

## COMPLICACIONES DE NUESTROS PROPIOS CASOS

CUADRO No. 8

## COMPLICACIONES DE NUESTROS PROPIOS CASOS

Complicaciones	Casos	Porcentaje
Infección de la herida quirúrgica	18	72 %
Pleuresía Importante	6	24 %
Empiema de hemitórax derecho	2	8 %
Nueva formación de absceso sub-frénico	1	4 %
Bronconeumonías	1	4 %

La infección de la herida quirúrgica es demasiado frecuente y muy explicable por la fácil contaminación del foco piógeno con que tenemos que trabajar; 72 % sufrieron esta pequeña complicación, pero que sí tiene mucha importancia en la recuperación que se hace gradual pero retardada. Este detalle es el responsable en su mayor parte de la estancia prolongada. El promedio de estancia post-operatoria de los 25 casos fue de 25 a 36 días. 6 de los 9 derrames que se nos presentaron necesitaron de toracocentesis. Empiema del hemitórax derecho estuvo presente en un caso que inicialmente había perforado el hemidiafragma derecho y en otro caso que 15 días después de su salida se hospitalizó nuevamente con empiema, que se trató quirúrgicamente (1, 7). Un caso de bronconeumonía y un caso recidiva de absceso sub-frénico supra-hepático operado nuevamente con éxito en esta ocasión. La mortalidad fue de cero casos en este grupo analizado.

## RESUMEN

Se analiza 25 casos de absceso sub-frénico, llamando la atención sobre la desconfianza clínica que debe tener el cirujano hacia los pacientes con fiebre inexplicables en el post-operatorio de cirugía de abdomen, y el esfuerzo suficiente que debe hacer para llegar al diagnóstico lo más preciso. Insistimos junto con otros autores en la gran ayuda que nos proporciona la radiología del tórax para concretar el diagnóstico. Discutimos las diferentes localizaciones, encontrando como más frecuente el absceso supra-hepático derecho (56 %). La cirugía gastroduodenal, de vías

biliares y de rupturas traumáticas de hígado, dominó el porcentaje de producción de estos abscesos. Concluimos que no solamente la localización de los abscesos debe normar la clase de abordaje quirúrgico, sino que también es importante para esta decisión, la patología de fondo que produjo el absceso y que al mismo tiempo puede necesitar de cirugía adicional. Hacer cultivo del pus y antibiogramas del germen específico son necesarios para el tratamiento post-operatorio. La complicación más frecuente es la infección de la herida quirúrgica, y generalmente es la que prolonga la recuperación de nuestros pacientes.

#### SUMMARY

We have analyzed 25 cases of subphrenic abscess and we are particularly interested in the untrustful behaviour of the surgeon to the post-operative patient that remains with fever after several days. We ought to put the necessary efforts to reach a precise diagnosis. We have discussed the different abscess localizations, finding as the most frequent the right supra-hepatic abscess (56 %). Gastroduodenal surgery, surgery of the biliary tract and surgery of the traumatic rupture of the liver, were the main pathology for the abscess. The type of surgery that we have to choose for the subphrenic abscess has to be with the location of the abscess, but also with the main abdominal pathology, that in some cases require additional surgery.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.—ADAMS, Herbert D. Extension of subdiaphragmatic disease process into the thoracic cavity. *Surgical Clinics of North America* 41: 847. 1961.
  - 2.—ADAMS, Herbert D. The Surgical Management of Peri-hepatic and supradiaphragmatic abscess. *The Surgical Clinics of North America*. 685-692. June 1948.
  - 3.—BAILEY, H. Cirugía de Urgencia. Editorial Intermédica. 531. 1970.
  - 4.—BERENS, J. J., GRAY, H. & DOCKERTY, M. Subphrenic abscess. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. 96: 463. 1953.
-

- 5.—BLADES, B. Subphrenic Abscess. *Surgery, Gynecology and Obstetrics* 119: 601. 1964.
  - 6.—BOYD, D. P. The Anatomy and Pathology of the Subphrenic Spaces. *The Surgical Clinics of North America*. 38: 619. 1958.
  - 7.—BOYD, D. P. The Intrathoracic Complications of Subphrenic Abscess. *Journal Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 38: 771. 1959.
  - 8.—DAVIS, Ch. et al. Subphrenic Space Infection. *Annals of Surgery*. 168: 1004-1010. 1968.
  - 9.—DE LA FUENTE, Fernando. Absceso Sub-frénico. *Revista Médica de Costa Rica*. XL (441) 83-89. 1973.
  - 10.—DINNEN, P. Subphrenic Abscess. *Annals of Surgery*. 155: 506. 1962.
  - 11.—HARDY, J. *Modern Surgery*. Grunes and Stratton Inc. 417-426. 1970.
  - 12.—HAUBRICH, William S. Complications of Peptic Ulcer. Subphrenic Abscess. *Gastroenterology Bockus*. Vol. 1: 605-609. 1963.
  - 13.—KONVOLINKA, Carl W., OLEARCZYK, Andrew. Subphrenic Abscess. *Current Problems in Surgery*. 3-51. 1972.
  - 14.—MOORE, H. D. Subphrenic Abscess. *Annals of Surgery*. 158: 240. 1963.
  - 15.—OCHSNER, A. & DEBAKEY, M. Subphrenic Abscess. *Collective Review and Analysis of 3608 Collected and Personal Cases*. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. 66: 426. 1938.
  - 16.—RANDAL, H., HARDY, J., MOORE, F. D. *Tratamiento Pre y Post-Operatorio*. W. B. Saunders Co., Philadelphia. 1969.
  - 17.—SHERMAN, N. J., DAVIS, J.R. & JESSEPH, J.E. Subphrenic Abscess: A Continuing Hazard. *American Journal of Surgery*. 117: 117. 1969.
  - 18.—THOREK. *Tratamiento Operatorio de Absceso Sub-frénico*. *Técnica Quirúrgica Moderna*. I, III: 2312-2315. 1953.
-

- 19.—TULSKY, Emanuel G. Radio-Isotope Visualization of the Liver. Gastroenterology Bockus III: 178-182.
- 20.—ZAVALETA, D. E., MARINO, H. E. y CORTE, F. B. Absceso Sub-frénico. Vías de Acceso Extraserosas. Prensa Médica Argentina. 44: 151. 1957.

\* \* \*

---