

Absceso Sub-Frénico

Fernando de la Fuente*

OBSERVACIONES EN 6 CASOS

Los abscesos sub-frénicos fueron descritos por primera vez por Darlow en 1845. La supuración subdiafragmática es lo suficientemente común como para obligar al cirujano a estudiar el tema atentamente a fin de poder dominarlo. Se debe tener en cuenta que si se consideran los casos no publicados y aquellos donde el paciente muere sin diagnóstico, el absceso subfrénico tiene una mortalidad cercana al 40 % (1). Antes de los antibióticos los franceses consideraban que 9 de cada 10 pacientes con esta patología sin tratamiento operatorio fallecían. En la era pre-antibiótica la frecuencia de esta entidad era mucho más elevada que en la actualidad, esto gracias a las mejores técnicas operatorias, diagnóstico precoz de entidades potencialmente favorecedoras de formación de abscesos, y como supone Alton Ochsner, la subfrenitis, precursora del absceso, cura generalmente con terapia antibiótica. En este momento debe recalcar que una vez establecido el absceso sub-frénico los antibióticos no surten ningún efecto, al contrario, oscurecen el cuadro, retardan la cura operatoria y el paciente llega a condiciones nutricionales lamentables antes de su muerte; por lo tanto, es una situación grave que debe ser intervenida en todos los casos. (1, 4, 6, 7). El principal obstáculo a vencer es el "demasiado tarde". Los anatomistas quirúrgicos se han dado a la tarea de describir los distintos espacios subfrénicos e inclusive ha sido motivo de controversias. En la actualidad se aceptan 7 espacios que son: 1) Supra-hepático derecho, situado entre la cúpula diafragmática del mismo lado y las superficies antero-superior y derecha del lóbulo hepático derecho. 2) El sub-hepático derecho o fosa de Rutherford Morison. 3) El espacio supra-hepático izquierdo se encuentra entre el lóbulo correspondiente del hígado y la cúpula izquierda del diafragma y está separado de su compañero del lado derecho por el ligamento falciforme. 4-5) El sub-hepático izquierdo está dividido por el estómago en uno anterior y otro posterior este último situado en la retrocavidad de los epiplones. 6) Espacio extraperitoneal derecho; relativamente grande y situado entre la zona desperitonizada del hígado y el diafragma. 7) Espacio extraperitoneal izquierdo, ocupa el tejido celular entre el riñón izquierdo y su glándula

* Residente de Cirugía. Servicio "Gerardo Jiménez". Hospital San Juan de Dios.

suprarrenal, en la parte posterior, y el páncreas por delante. El conocimiento exacto de los espacios citados tiene interés vital en la localización de la colección y el abordaje quirúrgico adecuado. Las estadísticas confirman la mayor frecuencia en el lado derecho que en el izquierdo y ocasionalmente puede ser bilateral. En nuestros pacientes el absceso se localizó en el lado derecho, siendo 5 de proyección anterior y 1 posterior. Las causas fueron: 2 por ruptura hepática, 2 apendicitis aguda perforada, 1 por pancreatitis aguda y 1 por perforación intestinal traumática. El acúmulo de pus se produce por extensión directa desde la cavidad peritoneal u órganos vecinos como riñón, duodeno, vesícula biliar, hígado, apéndice, estómago etc., por lo tanto las afecciones de éstos pueden producir el absceso. En algunos casos la infección llega por medio de la vena porta y sus ramas, por los linfáticos abdominales o la corriente sanguínea desde focos situados en cualquier lugar del organismo.

Diagnóstico.—El antecedente de patología abdominal aguda, la intervención quirúrgica reciente o estados sépticos intra-abdominales tienen gran importancia en la elaboración del diagnóstico del absceso sub-frénico. En nuestros casos la sospecha del absceso se tuvo en base a síndrome febril persistente de predominio vespertino con elevaciones de 39 y 40 grados centígrados, dolor persistente y difuso en cuadrante superior derecho del abdomen en uno de los casos irradiado a hombro derecho. Todos los pacientes presentaron anorexia marcada, náuseas y pérdida notable de peso. Se observó ictericia transitoria en un caso y dolor a la palpación en otro. Dos acusaron hipo persistente y tres disnea moderada (presentaban complicaciones respiratorias). La taquicardia fue signo persistente en todos los pacientes. Todos los casos presentaron leucocitosis que oscilaban entre 15.000 y 20.000 con desviación a la izquierda y en exámenes repetidos. El descenso en el hematocrito fue notorio y todos necesitaron de transfusiones sanguíneas repetidas. No observamos en otros exámenes de laboratorio alteraciones de importancia. A pesar de que en cerca del 10 % de los abscesos sub-frénicos los signos radiológicos están ausentes, el examen con Rayos X constituye un método inapreciable en la mayoría de los casos para confirmar el diagnóstico y localizar el sitio del absceso. Deben tomarse radiografías en las posiciones A.P. y lateral de Torax con el paciente de pie. Se efectúa simultáneamente fluroscopía de los diafragmas para observar su movilidad. En nuestros seis pacientes los signos radiológicos fueron: disminución o ausencia de movimientos diafragmáticos en el lado derecho, tres casos. Elevación del hemidiafragma derecho en cuatro casos. En dos pacientes se observó imagen hidro-aérea típica subdiafragmática derecha (Ej. Fig. 1). Dos presentaron derrame pleural derecho y en uno se observó neumonitis basal derecha. El estudio con radioisótopos

con mapeo de pulmón e hígado simultáneo, puede mostrar una zona entre ambos con separación de las estructuras que puede sugerir la presencia de absceso, este método puede ser de ayuda en el diagnóstico. Aun con los medios diagnósticos señalados, no es sencillo el establecimiento del absceso y será la clínica la que marque la pauta a seguir en algunos pacientes; la exploración quirúrgica se impone cuando las sospechas son poderosas aún cuando no exista comprobación de la colección, lo grave es guardar el bisturí y esperar. Debe mencionarse aquí la célebre frase de Harold Barnard "signos de pus en alguna parte, signos de pus en ninguna parte, signos de pus allí".

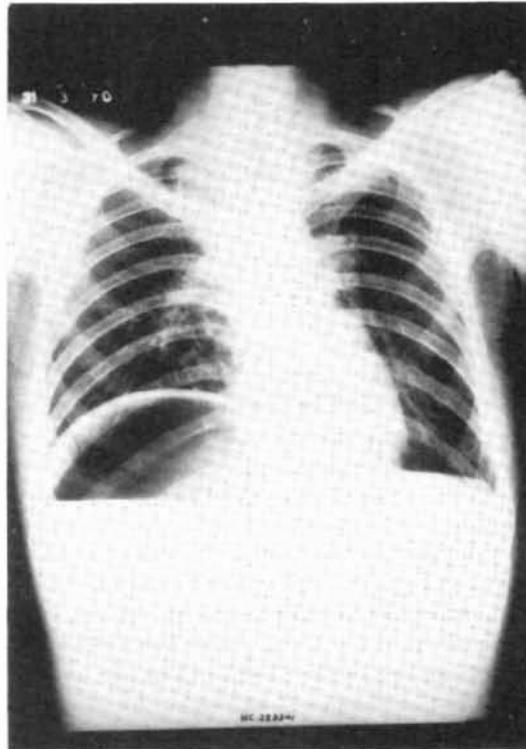


Fig. 1.—Imagen hidroaérea característica de absceso subfrénico derecho.

Bacteriología.—En todos los casos se obtuvo muestra para estudio del germen y sensibilidad a los antibióticos. 5 cultivaron *Escherichia Coli* y 1 *Estafilococo Dorado*. Las pruebas de sensibilidad nos sirvieron para dar el medicamento adecuado en el post-operatorio.

Técnica Quirúrgica.—Todos los pacientes fueron sometidos a

cirugía para evacuar el absceso. Cinco abordados por vía anterior y uno por vía posterior utilizando la vía extraserosa según técnica de Ochsner-De Bakey (7). Un paciente necesitó una segunda intervención por nueva formación del absceso. En todos los pacientes se utilizó anestesia general, pero en pacientes en muy malas condiciones puede darse anestesia local. Es de suma importancia conocer de antemano la localización del absceso para decidir la vía de abordaje ya sea anterior o posterior, derecha o izquierda. Operación extraperitoneal anterior: se efectúa incisión sub-costal con una extensión suficiente para la introducción de la mano del cirujano, se seccionan los músculos oblicuo mayor, menor y transversos en la línea de incisión, se evita incidir la fascia del recto, queda así expuesto el peritoneo, se dirige la atención al tejido areolar extraperitoneal, con el objeto de exponer el espacio suprahepático se introduce el dedo hacia arriba por el tejido areolar extraperitoneal, entre el peritoneo y el diafragma. Se separa con el dedo el peritoneo del diafragma hasta encontrar la colección. Técnica posterior: Se coloca el paciente sobre el lado sano (posición de Lumbotomía). Se practica incisión sobre la 12a. costilla a 4 cm. de la línea media posterior con una extensión de aproximadamente 15 cm. Se expone la 12a. costilla y se incide el perióstico en toda su extensión, se libera éste con legra y se extirpa la costilla en forma subperióstica. Se abre el lecho de la 12a. costilla en sentido transversal a nivel de L-1, se cortan el periostio y los músculos ahí insertados. Por debajo de estas estructuras se secciona el diafragma que en este sitio puede estar bien o mal desarrollado, debajo del diafragma se encontrará la grasa pericapsular; la disección roma de la misma exponerá la capa posterior de la fascia renal, a través de la cual se ve la grasa perirrenal. No debe abrirse la fascia renal. A continuación se disecciona con el dedo el polo superior del riñón y la glándula suprarrenal, se continúa avanzando hasta encontrar la colección según el sitio donde esté ubicada. En nuestros pacientes una vez extraído el pus, colocamos sonda tipo Sump que se conecta a drenaje de 90 grados sacada por contraincisión. Las estructuras seccionadas se suturan con material absorbible. (Fig. 2)

Post-operatorio.—De suma importancia es el buen manejo de estos pacientes en el post-operatorio. Seguimos los siguientes delineamientos. Se coloca el paciente en posición semi-sentado con el fin de darle mejor ventilación y favorecer la expulsión de secreciones bronquiales. La dieta debe ser hiperproteica y si el paciente no colabora colocamos sonda naso-esofágica para alimentación con comidas licuadas. Base fundamental para una recuperación adecuada es la dieta. En los primeros días llevamos rígido control de líquidos ingeridos y excretados y reposición de los mismos según las necesidades de cada caso. En todos los pacientes ha sido necesario transfundir sangre pues es notorio la



Fig. 2.—Rx. Lateral que muestra la sonda de drenaje en el sitio del absceso una vez drenado. Caso de proyección posterior.

facilidad con que se anemizan. En todos los pacientes hemos usado antibióticos basados en las pruebas de sensibilidad, en dosis adecuadas y por el tiempo que fueren necesarios. Los electrolitos se reponen según las pérdidas y necesidades diarias. El control posoperatorio incluye dosificaciones de electrolitos, hemogramas y estudios radiológicos según el caso. El momento para declarar que un paciente está curado, es cuando el cirujano decide retirar el tubo de drenaje; nosotros seguimos el siguiente curso: paciente afebril durante varios días, exploración clínica negativa, el tubo extrae mínima cantidad de secreción (no debe olvidarse que el sistema de succión puede estar obstruido), el leucograma repetido está dentro de límites normales, los estudios radiológicos de tórax no muestran alteraciones de importancia y no existen otras manifestaciones a distancia ligadas a la causa desencadenante del absceso sub-frénico. (Fig. 3)

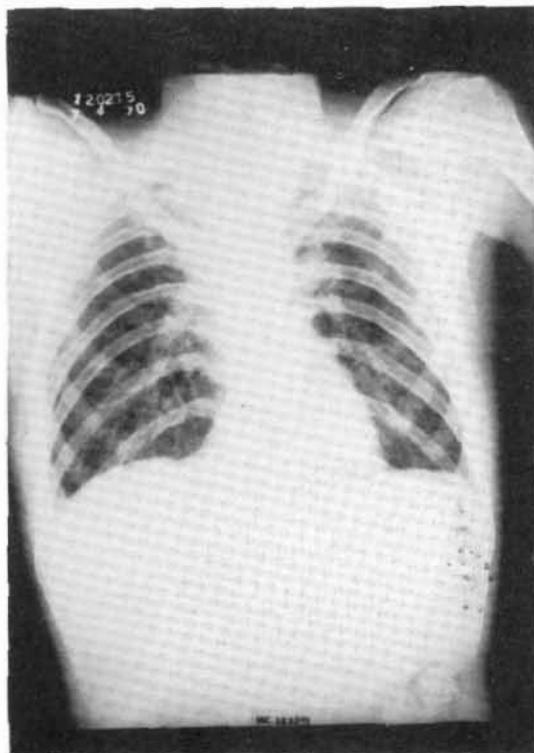


Fig. 3.—Rx. del mismo paciente de Fig. 1, 37 días después de intervenido. Se observa desaparición completa del absceso y diafragma en posición normal.

Complicaciones.—En tres pacientes hubo derrame pleural que cedió con toracentésis. Bronconeumonía en un caso que respondió satisfactoriamente con terapia antibiótica adecuada. Infección de la herida en cinco casos. Nueva formación de absceso en uno. En la actualidad todo el grupo se encuentra en buenas condiciones.

RESUMEN

- 1) Se presentan 6 casos de absceso sub-frénico, cuyo diagnóstico es difícil y continúa con mortalidad elevada de no ser reconocidos a tiempo.

- 2) Se hace hincapié en la necesidad de conocer los sitios anatómicos de formación y en la actitud agresiva del cirujano ante esta afección.
- 3) Se resume el cuadro clínico, la técnica operatoria y el manejo post-operatorio de estos pacientes y los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— BAILEY H. Cirugía de Urgencia. Editorial Intermédica. 531. 1970.
 - 2.— BOYD D. P. The anatomy and Pathology of the subphrenic spaces. *Clínicas Quirúrgicas de Norte América.* 38:619. 1958.
 - 3.— BOYD D. P. The intrathoracic Complications of subphrenic Abscess. *Journal Thoracic and cardiovascular Surgery.* 38:771. 1959.
 - 4.— DAVIS Ch. et al. Subphrenic space infection. *Annals of Surgery.* 168-1004-1010. 1968.
 - 5.— DINNEN P. Subphrenic Abscess. *Annals of Surgery.* 155:506. 1962.
 - 7.— OCHSNER A and De Bakey M. Subphrenic Abscess, collective review and analysis of 3608 collected and personal
 - 6.— HARDY J. *Modern Surgery.* Grune and Stratton Inc. 417-426. 1970.
 - 7.— OCHSNER A and DeBakey M. Subphrenic Abscess, collective review and analysis of 3608 collected and personal cases. *Surgery, Gynecology and Obstetrics.* 66:426. 193'8.
 - 8.— RANDAL H., Hardy J., Moore F. D. *Tratamiento Pre y post-operatorio.* W.B. Saunders Co. Philadelphia. 1969.
-