

Absceso subfrénico

Dr. Lázaro Quevedo Guanche¹

1. CLASIFICACIÓN

1.1. Del lado derecho

1.1.1. Abscesos subdiafragmáticos:

1.1.1.1. Anteriores

1.1.1.2. Posteriores

1.1.2. Subhepáticos:

1.1.2.1. Anteriores

1.1.2.2. Posteriores

1.2. Del lado izquierdo

1.2.1. Abscesos subdiafragmáticos (Periesplénicos).

1.2.2. Abscesos de la transcavidad de los epiplones.

2. DIAGNÓSTICO

Por los antecedentes, síntomas, signos y exámenes de diagnóstico.

2.1. Antecedentes

- Proceso inflamatorio séptico intra-abdominal o pelviano.
- Perforación de vísceras huecas.
- Traumatismo abdominal, especialmente sobre los hipocondrios.
- Operación abdominal previa (actualmente el absceso subdiafragmático izquierdo es el mas frecuente en casos de peritonitis o fuga de contenido intestinal).

2.2. Síntomas y signos

Debe sospecharse en todo paciente que, junto con los antecedentes eñalados, presente síntomas y signos de sepsis y que presente al examen físico:

2.2.1. Limitación de los movimientos respiratorios.

2.2.2. Dolor a la compresión en la base del hemotórax.

2.2.3. Percusión dolorosa en el hipocondrio afecto.

2.2.4. Elevación del hemidiafragma del lado afecto, a la percusión.

2.3. Exámenes de diagnóstico

2.3.1. Hemograma y eritrosedimentación.

2.3.2. Estudios imagenológicos

2.3.2.1. La radioscopia, cuando no se cuenta con tecnologías modernas, puede ser útil en la detección de la inmovilidad del diafragma.

2.3.2.2. La radiografía del tórax precisa la elevación del hemidiafragma correspondiente y el derrame pleural.

2.2.3.3. Ultrasonido. Es una tecnología versátil, con la ventaja de que es transportable, lo que permite que se pueda repetir y realizar ciertos procedimientos al pie de la cama del enfermo.

Permite también detectar la inmovilidad diafragmática y servir de guía para orientar la punción diagnóstica y terapéutica.

2.3.2.4. Tomografía axial computadorizada (TAC).

Constituye la mejor modalidad diagnóstica para la evaluación de la extensión de la enfermedad.

2.3.3. Punción diagnóstica, guiada por el ultrasonido, permite confirmar el diagnóstico y tomar muestras para el estudio macro y microscópico del pus y realizar el examen directo, el cultivo y el antibiograma.

3. TRATAMIENTO

3.1. Drenaje percutáneo. Siempre que sea posible el drenaje de las colecciones purulentas debe hacerse mediante el método percutáneo, preferentemente con ayuda del ultrasonido sobre una guía metálica.

Este método, cuando se usa adecuadamente, es tan efectivo como la operación y tiene asociada menor morbilidad. Para evitar la contaminación pleural el drenaje percutáneo de los abscesos subfrénicos debe hacerse por un acceso subcostal en ángulo o intercostal bajo.

3.1.1. Detalles de la técnica

3.2.1.1. Aspiración del absceso mediante aguja fina. El material obtenido se utilizará para estudio de Gram y cultivo con antibiograma.

3.2.1.2. Colocación de una guía metálica que permite la dilatación del trayecto y la colocación del catéter de drenaje (número 8 a 12 F).

3.2.1.3. Aspiración del absceso tan completa como sea posible, lavado de la cavidad con solución salina o antibiótica hasta que el líquido aspirado esté claro. Esta manipulación será gentil para evitar la producción de bacteriemia.

3.2.1.4. Se recomienda el lavado del absceso una o varias veces al día en los días siguientes al emplazamiento del

catéter.

3.2.1.5. Realización de estudios contrastados (Con aire o contraste yodado hidrosoluble) a través del catéter para determinar las características y la evolución del absceso de acuerdo al progreso clínico y la cantidad de líquido drenado.

3.2.1.6. El catéter se retirará cuando la cantidad de líquido sea menor de 10 ml en 24 horas y su carácter cambie de purulento a seroso.

3.2. Tratamiento quirúrgico

En todo enfermo en quien se diagnostique un absceso subfrénico se deben tomar las medidas necesarias para mejorar su estado general.

En los casos en que no se puede realizar el drenaje percutáneo, o cuando este falle, estará indicada la cirugía para incisión y drenaje amplios, tomando muestras del pus para realizar examen directo (Gram) y antibiograma.

Se tomarán todas las medidas usuales en cirugía mayor y las que se deriven de la afección inicial o de una coexistente.

3.2.1. Detalles de técnica

3.2.1.1. Abscesos del lado derecho:

- a. Absceso subhepático posterior : se drenará por vía extrapleurales (técnica de Oschner).
- b. Absceso subhepático anterior : será drenado por la incisión primitiva (si ésta se halla situada en el hipocondrio).
- c. Absceso subfrénico anterior : se abordará extraperitonealmente por una incisión subcostal derecha (técnica de Clairmont).
- d. Absceso subfrénico posterior : se drenará, preferentemente, por la técnica de Oschner. Si por necesidad se empleara la vía transpleural, se practicará sutura previa de la pleura al diafragma con puntos separados de material absorbible (técnica de Trendelenburg o sus modificaciones).

3.2.1.2. Abscesos del lado izquierdo:

Igual que los del lado derecho, se drenarán a través de una laparotomía cuando no es posible utilizar el acceso percutáneo o éste falla.

3.2.1.3. Drenajes: en todos los pacientes a quienes se practique el drenaje abierto se dejarán dos tubos gruesos blandos.

3.3. Período postoperatorio.

3.3.1. Se mantendrán las medidas de soporte del estado general

3.3.2. Se iniciará o continuará la antibioticoterapia, de acuerdo a la flora, según el examen directo del pus (Gram). Cuando se obtenga el resultado del antibiograma se evaluará si es necesario el cambio de antibióticos (Ver tema de Antibióticos: en este manual).

3.3.3. Se podrán realizar lavados o aspiración continua.

3.3.4. Se realizará comprobación radiológica evolutiva, usando sustancias de contraste a través de las sondas de drenaje, o mediante el ultrasonido.

1 Dr. en Ciencias Médicas. Profesor Auxiliar de Cirugía, I.S.C.M.-H. Especialista de II Grado en Cirugía General . Hospital C. Q. Docente «Hermanos Ameijeiras». Miembro del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP.