

## CAPITULO IX

# Ruptura intraperitoneal de absceso hepático

La ruptura intraperitoneal de un absceso hepático es considerada como un accidente raro, aún en países en que la frecuencia del absceso hepático es grande.

Hemos visto ocho casos, y A. Loubéjac, con motivo de una comunicación a la Sociedad de Cirugía, pudo reunir 11 casos pertenecientes a varios cirujanos.

Estas cifras, nos hablarían de una frecuencia relativa mayor que en otros medios y quizás explicable porque el diagnóstico en general tardío, permite al absceso llegar hasta la ruptura.

Recordemos que el absceso hepático adopta en nuestro medio el tipo clínico de las zonas templadas, es decir, absceso único, desarrollándose en general de una manera lenta y solapada, muy diferente por lo tanto de los abscesos de las regiones tropicales, frecuentemente múltiples, de evolución aguda, con síntomas infecciosos graves. Prácticamente podrían considerarse tres tipos de abscesos pasibles de abrirse:

1. Abscesos hepáticos amibianos puros y abscesos amicrobianos.
2. Abscesos hepáticos a microbios piógenos, que la infección sea primitiva o secundaria.
3. Quistes hidáticos supurados.

De estos últimos, que también serán considerados en el capítulo de quiste hidático roto en peritoneo, no hemos tenido ningún caso. En cuanto a los del primer grupo es corriente considerar como amibianos a aquellos en que no es posible encontrar microbios. Estamos de acuerdo con los que opinan que sin la comprobación de la amiba no es posible etiquetarlos como tales, dado que hay abscesos hepáticos amicrobianos evidentemente no amibianos.

Se puede, sin embargo, hacer una excepción, cuando la sideración de la supuración por la emetina es tal que puede admitirse como semiplena prueba del origen amibiano.

Tres hechos condicionan las características clínicas y evolutivas de estos casos.

1º) Se trata, en primer lugar, de la versión brusca y en una vez de una cantidad considerable de un contenido más o menos séptico, lo que favorece la difusión rápida del proceso.

La cantidad evacuada, que depende por una parte del tamaño de la colección, puede estar limitada cuando la abertura está en la cara superior, por pérdida de tensión de la cavidad.

En cambio una abertura en la cara inferior favorece la evacuación total, deteniéndose en esa forma la inoculación de la cavidad peritoneal y facilitando el colapso y cierre de la cavidad primitiva que puede hacerse así difícil de encontrar. De acuerdo con estos datos el problema hepático puede ser y lo veremos, de importancia variable.

2º) Otro hecho importante lo constituye la septicidad del contenido, la cual varía según los casos. Se concibe perfectamente bien que con una septicidad exagerada, se origine una peritonitis sobreaguda.

En el otro extremo deben considerarse los abscesos amibianos y los amicrobianos. Refiriéndose a los primeros, Vergoz y H. Gerin subrayan: "la calidad de pus conteniendo numerosos copos purulentos con su aspecto particular, color pardo chocolate y la ausencia o la presencia en su medio de elementos microbianos sobreagregados. Desde este punto de vista, el pus amibiano debe ser comparado al líquido hidático; la infección ataca el absceso amibiano aséptico como ella complica un quiste hidático aséptico y en la intervención, el último tiempo operatorio de sutura primitiva o de drenaje del foco peritoneal no puede ser dictado sino por un examen microbiano extemporáneo probando la presencia o ausencia de agentes sobreagregados".

3º) La topografía de la peritonitis originada por la ruptura de un absceso hepático, es la misma de todos los procesos del piso superior, es decir previsceral y secundariamente pelviana.

Difiere sin embargo en el punto de partida, que, aún cuando puede ser vecino del úlcus perforado, puede ser relativamente alejado, ocupando cualquier sitio de la glándula hepática, sea en el hipocondrio derecho o izquierdo. Estas diferencias se inscriben en la topografía del dolor y de la contractura.

### SINTOMAS Y DIAGNOSTICO

Los síntomas son los de la peritonitis perforativa, y sobre todo los de una peritonitis perforativa del vientre superior: dolor (y en regla general dolor alto, en el epigastrio, en los hipocondrios, con irradiación a los hombros) y contractura, generalizada.

La variación topográfica en el punto de partida y la variabilidad microbiana hacen imposible una descripción uniforme.

Un diagnóstico exacto se presenta como difícil a menos de un conocimiento anterior de la afección causal. En este último caso se teme la complicación y se la diagnostica fácilmente. Una solución aproximada puede obtenerse cuando se la reconstruye de acuerdo con los datos del enfermo, síntomas de amibiasis (diarrea, etc.), y de su localización hepática (dolores, tumefacción hepática, fiebre).

En ausencia de esto es posible señalar como elementos de juicio:

- 1º: La ausencia de neumoperitoneo clínica y radiológicamente buscado.
- 2º: La existencia de antecedentes mórbidos, consistiendo la mayor parte de las veces en un estado febril o subfebril, subagudo, con astenia, caída del estado general, haciendo o habiendo hecho pensar en gripe, fiebre tifoidea.
- 3º: La existencia en los días anteriores de dolores torácicos o en los hipocondrios.

En regla general, sin embargo, se llegará al diagnóstico simple de peritonitis por perforación, y es de acuerdo con los datos obtenidos en la intervención que se hará el diagnóstico exacto.

Las formas clínicas de la ruptura intraperitoneal de abscesos hepáticos son variables.

Nos hemos referido hasta ahora a la peritonitis generalizada de la cual he aquí un ejemplo:

B. C. — 39 años.

Enfermo hospitalizado en la Sala 7 del H. Pasteur, desde hace 8 días, por un estado infeccioso con temperatura remitente, con diferencias de un grado y en el que hasta el momento, no se ha encontrado la causa de su fiebre. Hemocultivo y Widal negativos, leucocitosis 16.500. Se le ha constatado en la Sala un ligero proceso pulmonar izquierdo localizado en la base.

A las 5 de la mañana de hoy, hace 3 horas, dolor marcado en la región lumbar izquierda, que pronto es seguido por intenso dolor en todo el vientre. Tiene un vómito.

**Examen.** — Vientre en tabla, contractura generalizada e impenetrable de todo el vientre; dolor marcado a la presión, difuso. **Mucidez** hepática conservada. Presenta una herida paralela al reborde costal izquierdo, herida de arma blanca, datando de 9 años. Douglas doloroso al tacto rectal.

**Estado general:** temperatura 37° ½. Pulso 120, regular, bien golpeado. Lengua seca, tífica.

**Intervención:** Dr. Del Campo, Pte. Sánchez. — Anestesia local. Incisión Max Shuller, (pequeña incisión exploradora), Abierto el peritoneo sale una ola de pus. Este pus, perfectamente ligado, evidentemente más viejo que el correspondiente al número de horas transcurrido desde la iniciación del cuadro peritoneal, no tiene ningún carácter particular que oriente hacia la causa. No hay perforación del intestino delgado; el apéndice tampoco es el causante. Se agranda un poco esta incisión para poder meter toda la mano y explorar el resto del vientre. Hacia arriba, en el epigastrio, la cara superior del hígado tiene algunas adherencias. Se está operando ya con anestesia general: éter, CO<sup>2</sup>.

**Incisión mediana supra-umbilical.** — En el primer momento no se encuentra nada: sólo entre la cara superior del hígado y diafragma hay algunas adherencias. Introduciendo la mano hacia el hipocondrio izquierdo, se ve que el pus sale en grandes oleadas de esa región. El dedo encuentra un orificio de perforación en la cara inferior del hígado que da entrada a una cavidad tomentosa que es la que se ha abierto en el peritoneo. Drenaje por grueso tubo. Mecha sub-hepática. Tubo y mecha salen por la parte alta de la incisión supra-umbilical, que se cierra en el resto de su extensión. Por la parte inferior del Max Shuller, se coloca un tubo que va al Douglas. Cierre "del resto de la herida.

**Examen del pus:** Pus; glóbulos rojos. No se observan amibas. No se constata microbio alguno.

Se inicia inmediatamente un tratamiento por emetina. Evoluciona bien.

Las vicisitudes de la intervención muestran las dificultades de orientación de que hablaremos más tarde en el capítulo de terapéutica.

Pero el proceso puede quedar limitado a la zona de origen, por ejemplo al hipocondrio derecho, región subhepática, desde donde como centro, se extiende más o menos a las zonas vecinas; reproduce entonces un cuadro físico, habitual en las colecistitis agudas; la frecuencia de esta afección hará que se piense en ella primeramente y salvo algún síntoma particular es con ese diagnóstico que se intervendrá.

He aquí un caso personal correspondiendo a esta forma.

J. R. 43 años.

Se enferma hace 8 días con estado nauseoso, anorexia y dolores localizados en epigastrio y región periumbilical, dolores que duraron aproximadamente 4 horas y que en los días sucesivos se irradiaban al flanco derecho y fosa iliaca derecha. Hace 36 horas tiene **chuchos** intensísimos que postraron al enfermo. Toma purgante que le hace efecto y después de él, ayer de mañana es despertado por un dolor en la fosa iliaca derecha.

No hay antecedentes urinarios.

**Examen: Estado** general regular. Facies de infectado, de supurado. Corazón y pulmones nada anormal. Temp. axilar 38 2/5; rectal 39 4/5. Pulso 120. Vientre, distendido, inmóvil a la respiración. **Macidez** hepática conservada. Traube: sonoridad disminuida, una parte de él es mate.

Hemiventre izquierdo: ligeramente doloroso. Hemiventre derecho: **la** zona de máximo dolor y de resistencia a la palpación (tensión dolorosa abajo, contractura arriba) ocupa desde el reborde costal hasta el 1/3 inferior de la fosa iliaca derecha que **está** libre.

Fosas lumbares: dolorosas; sobre todo la derecha, que está tensa, con contractura de la masa lumbar.

Tacto rectal. Douglas poco doloroso, tenso.

**Intervención:** Dr. Del Campo. Ptes. **Rossi** y **Veiga**.

Anestesia general: éter. Incisión transversa supraumbilical, modificación personal. Palpando el vientre bajo anestesia se reconoce la existencia de una masa subhepática. Al abrir el **peritoneo** se ve epiplón edematoso y colon adherido al borde anterior del hígado. Al separar el epiplón ligeramente, viene pus gris verdáceo, espeso, bien ligado. Protección de la gran cavidad; se abre la logia supurada que está limitada abajo por epiplón, arriba por el hígado, hacia adentro por la pared vesicular, edematosa pero al parecer, sana. La logia peritoneal está en comunicación con una cavidad intrahepática, abierta cerca del borde o cara posterior, cavidad limitada por paredes anfractuosas, amarillentas. Aspiración de unos 100 gramos de pus. No se puede hacer examen histobacteriológico ni investigación de amiba. Se deja tubo y mecha saliendo por la parte externa de la incisión.

**Post-operatorio:** Sin incidentes.

Practicamente la herida no ha dado pus.

Se le hace en 8 días, 48 ctgrs. de emetina.

A los 4 días se saca el tubo.

A los 8 días se saca la mecha.

X11-24. La pequeña **mechita** sale apenas mojada. Se levanta.

Alta. I-1938. El enfermo ha sido visto hasta el día de hoy. IV-1938, **perfectamente** bien.

De acuerdo a lo dicho anteriormente es probable que este proceso sea **amibiano** **pero** no es posible afirmarlo.

El pus vertido en la cavidad peritoneal puede determinar a distancia un foco o focos secundarios, con o sin persistencia del absceso original ya que la evacuación completa de este puede ser suficiente para su cura.

Es la interpretación que se presenta como lógica en el caso siguiente.

J. K., 38 años, húngaro, ingresa a la Sala Vilardebó, H. Maciel. XII[5]1939.

Antecedentes amibianos francos: fué tratado por el Prof. Tállice, en los meses de abril, mayo y junio por una disenteria amibiana (Comprobación de la amiba al examen coprológico y desaparición de la diarrea mucosanguinolenta por tratamiento emetinico).

Pasa bien hasta hace 20 días. Desde ese entonces acusa dolores en el hipocondrio derecho e infraumbilicales, estado febril, anorexia, decaimiento, y 3 a 4 deposiciones diarias, no sanguinolentas.

Al ingresar al Hospital presenta un cuadro circunscripto de hipocondrio derecho que lleva a hacer el diagnóstico de absceso hepático amibiano con reacción peritoneal localizada.

El día 6 es visto de urgencia por el cirujano de guardia quien lo ve con una contractura generalizada y un estado general tan malo que considera prudente esparar: bolsa de hielo, etc.

El día 7 se nos llama en consulta. El enfermo ha mejorado algo en relación al día anterior.

Temp. ax. 37 4/5; Pulso 100. Enfermo deshidratado.

Al examen del abdomen es posible comprobar dos zonas de anormalidad.

1. Saliente del cuadrante superior derecho, ensanchamiento del hipocondrio derecho separando los espacios intercostales en abanico. El borde superior del hígado se percute en el 5º espacio intercostal en la línea mamilar; el borde inferior, blando, sobrepasa apenas el reborde costal.
2. Dolor acentuado y contractura marcada en la región infraumbilical, en la zona media.

Al tacto rectal Douglas empastado y doloroso.

Leucocitosis. 22.600 con la siguiente clasificación: Polinucleares 77 %; Eosinófilos 2 %; Basófilos, grandes mononucleares y formas de transición, 4 %; Linfocitos y medianos mononucleares 17 %.

Con diagnóstico de absceso peritoneal amibiano (foco secundario o residual evolutivo) se decide intervenir sobre el proceso infraumbilical.

Operación. (Diciembre 9). Dr. Alvarez; Pte. Pernin. Anestesia local a la novocaína al 1/2 %. Mediana infra-umbilical. Sale pus achocolatado en gran cantidad (unos 500 cc.), sin olor, colectado en el peritoneo infra-umbilical. Se coloca un grueso tubo en el Douglas rodeado de compresas. No se cierra la pared.

Post-operatorio. El hipo desaparece en la tarde, mejorando rápidamente el enfermo en los días siguientes. Apirexia; abundante supuración por el drenaje. Desde el día de la intervención se le hacen 8 centigramos diarios de emetina. El examen del pus peritoneal, informa: "Examen bacteriológico directo: negativo. Cultivos comunes para aerobios: negativo. No se observan amibas".

El 18 de diciembre se evacúa por la incisión infra-umbilical un absceso colectado en F.I.D. que daba desde hace 4 días fiebre y pulso rápido. La mejoría se acentúa.

Entre el 28 de diciembre y el 16 de enero hace un proceso pleuropulmonar a estreptococos que motiva una pleurotomía seguida de curación.

En adelante evoluciona bien sin otros incidentes. (1)

---

(1) Este caso figura en el trabajo de A. Loubéjac : "Rotura intraperitoneal de abscesos hepáticos amibianos". Boletín de la Sociedad de Cirugía de Montevideo. — VIII • 204-221. (1937).

## TRATAMIENTO

En los casos de peritonitis generalizada el primer problema a resolver es el de la vía de abordaje.

Un diagnóstico firme de la complicación y la localización previa del absceso roto permitirán solo la incisión adecuada. En ausencia de estos datos se está expuesto a mutilar la pared abdominal. Suponiendo, y es lo corriente, que no se ha podido pasar con fundamento más allá del diagnóstico de peritonitis por perforación, la primera incisión debe ser exploradora y es preferible hacerla con anestesia local y en sitio donde pueda ser utilizada ulteriormente para el drenaje. Al abrir el peritoneo se comprueba la presencia de una cantidad grande de pus, pus achocolatado típico de las supuraciones amibianas o pus amarillento en otras ocasiones, con o sin grumos. El peritoneo parietal y visceral están en general ligeramente congestionados. El carácter del pus sobre todo relacionado al número de horas transcurridas desde la iniciación del cuadro, hacen hacer el diagnóstico de colección purulenta abierta en el peritoneo.

La ubicación de la incisión superior será hecha de acuerdo a los datos clínicos, es decir lateralizándola a derecha o izquierda según la localización del dolor. Faltando estos datos hay que recurrir a la laparotomía mediana supraumbilical, permitiendo una exploración adecuada, pero no siempre el tratamiento de la lesión, y necesitándose entonces una tercera incisión.

Vemos pues que el problema de abordaje es serio en estas condiciones.

En los casos en que el pus es microbiano o cuando sea imposible obtener datos bacteriológicos, la regla corriente, que hemos seguido comporta:

- 1º la evacuación total, el secado de la cavidad peritoneal.
- 2º el drenaje del Douglas para lo cual se utilizará la incisión inferior (botonera exploradora inicial).
- 3º el drenaje por lo menos temporario de la cavidad hepática.

El tratamiento emetínico y la evolución permitirán suprimir rápidamente estos drenajes.

La comprobación en el momento operatorio de un pus microbiano o de un pus amibiano puro puede cambiar el tratamiento. Para Costantini el solo acto necesario es en estos casos la evacuación del pus. El aconseja entonces el cierre primitivo tanto de la cavidad peritoneal como de la cavidad hepática.

Los conocimientos y la experiencia actuales sobre el tratamiento de los abscesos amibianos, cuando se emplea la emetina, hacen lógica la conducta anterior.

Ella debería sin embargo ser aplicada con suma prudencia sobre todo en lo que se refiere al tratamiento de la cavidad hepática

y ante la menor duda un drenaje temporario de 24 o 48 horas, evita todo peligro y practicamente poco se diferencia en sus resultados del cierre.

En las peritonitis localizadas el abordaje es fácil. Es en ellos que puede hablarse con propiedad de colecciones en botón de camisa con dos cavidades hepática y peritoneal que se tratarán al mismo tiempo.

Cuando se trata de localizaciones alejadas, tratadas un poco tardíamente, como en uno de los casos, puede preguntarse uno si, se debe ir de entrada a tratar la supuesta localización hepática primitiva. Si esta se ha evacuado totalmente puede ser seguida de curación, y de ahí que lo lógico es obrar de acuerdo a la evolución clínica.

