

DR. CARLOS R. PACHECO*

COMPLICACIONES TORACICAS DEL ABSCESO HEPATICO AMIBIANO

ES BASTANTE FRECUENTE LA COMPLICACIÓN torácica del absceso hepático amibiano. Su localización en la parte superior del hígado y en el lóbulo derecho hace que con gran frecuencia se observe extensión hacia el tórax de la patología hepática. Con mayor frecuencia la complicación se presenta en el hermitórax derecho y cuando lo hace en el izquierdo son mayores las dificultades para el diagnóstico.

Hay gran cantidad de comunicaciones en la literatura médica nacional sobre complicaciones torácicas del absceso hepático amibiano ¹ a ¹³. Personalmente en más de 20 años de ejercicio profesional se ha tenido oportunidad de estudiar y de tratar un número muy considerable de estos casos. En los últimos 18 meses se han presentado 45 casos de absceso hepático con complicación torácica en el Hospital General del Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social. De estos, 26 presentaron derrame pleural serofibrinoso de ve-

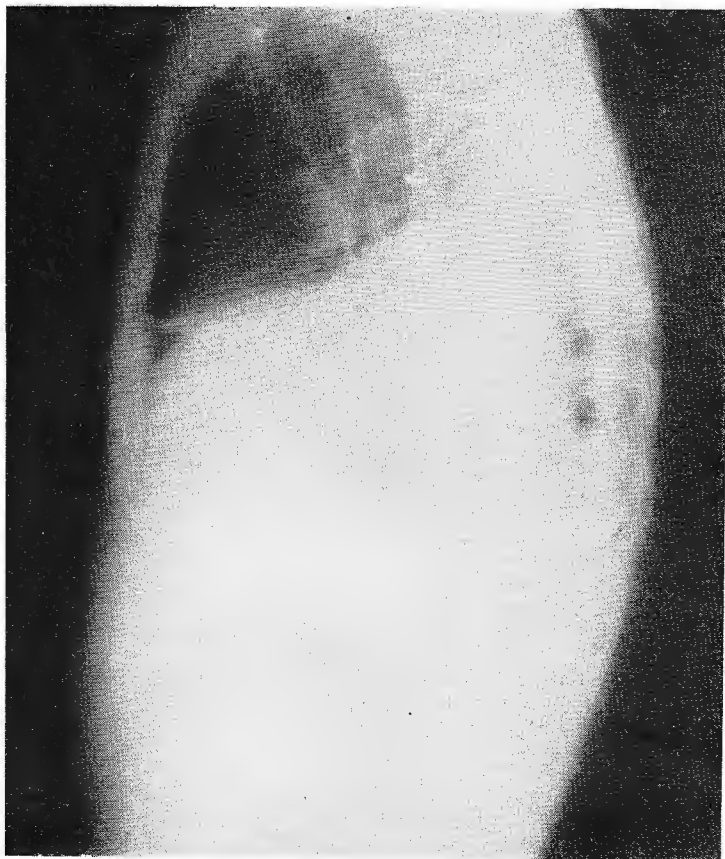
tividad, 13 se abrieron a bronquios, 2 a pleura, 2 presentaron levantamiento diafragmático, 1 pericarditis de vecindad y otro se abrió tanto a bronquios como a pleura.

La localización del absceso en la convexidad del hígado provoca adherencias entre éste y el diafragma que por irritación dan respuesta exudativa de vecindad en pleura o en pericardio o al continuar el proceso destructivo el absceso rompe el diafragma abriéndose a bronquios, a pleura o al pericardio.

Las complicaciones torácicas del absceso hepático amibiano son: levantamiento diafragmático, derrame pleural, o pericárdico por contigüedad, apertura a bronquios, a pleura, a pericardio y ocasionalmente combinaciones de tales complicaciones.

1) Levantamiento diafragmático. El paciente muestra el cuadro clásico del absceso hepático identificado por dolor en el hipocondrio derecho con o sin irradiación hacia atrás, que a través del frénico alcanza al hombro homolateral y fiebre elevada. Como síntomas respiratorios se observa disnea que

* Profesor de Clínica del Aparato Respiratorio de la Facultad de Medicina.



1. Notable levantamiento del hemidiafragma derecho por absceso hepático no abierto a tórax.

no sólo es atribuible al levantamiento diafragmático sino también al dolor, a la fiebre y al estado tóxico-infeccioso que aqueja al enfermo; tos irritativa, seca y penosa que aumenta el dolor. La exploración física muestra en el lado derecho un síndrome de condensación pleural por levantamiento del hemidiafragma así como hepatomegalia. En la radiografía se ve el hemidiafragma elevado ya sea en toda su extensión o solamente en la parte interna o externa dependiendo del tamaño y la localización del absceso. cuando el levantamiento es muy considerable se nota desviación de la sombra medio torácica hacia el lado izquierdo; en la radiografía lateral puede verse uniformemente levantado el diafragma cuando es un gran absceso o levantamiento únicamente anterior o posterior si se trata de abscesos más pequeños, y los senos costodiafragmáticos tanto el anterior como el posterior se encuentran libres (Fig. 1). Los datos clínicos y radiológicos anterior-

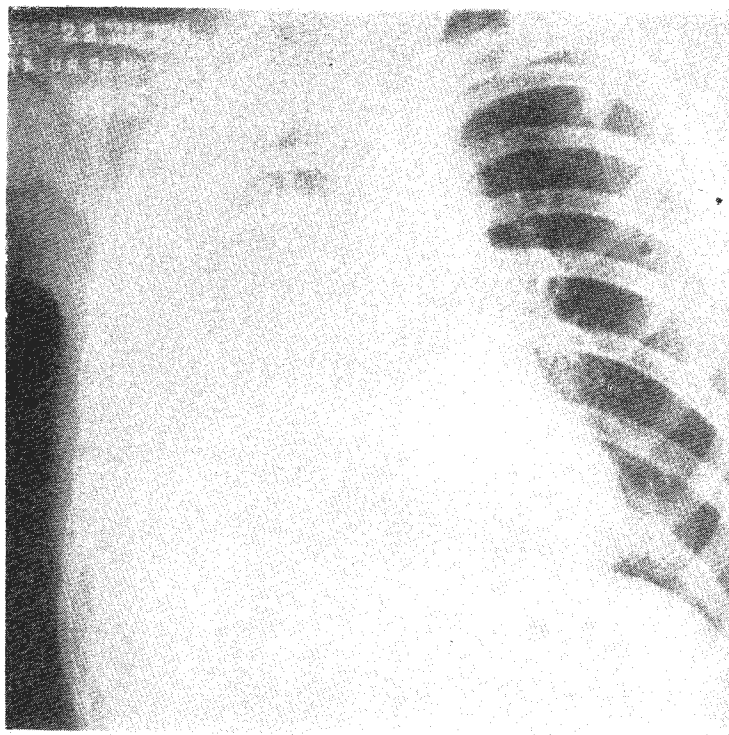
mente mencionados establecen el diagnóstico de patología subdiafragmática sin complicación torácica anatómica y la terapéutica debe estar orientada a resolver el problema subfrénico con tratamiento médico y punción hepática si es necesaria, lo cual hace desaparecer la disnea y la tos irritativa.

2) Derrame pleural de contigüedad. La disnea es más notable pues al levantamiento diafragmático, al dolor y a la fiebre se agrega el derrame que colapsa mayor cantidad de parénquima pulmonar disminuyendo el campo de hematosis; hay tos seca irritativa que aumenta el dolor; la exploración física muestra que el síndrome de derrame pleural es más extenso que en el caso de levantamiento diafragmático abarcando una mayor porción del hemitórax pero nunca lo ocupa completamente. En la radiografía en proyección póster anterior se ve una opacidad difusa en la región basal cuyo límite superior es más alto hacia afuera que hacia adentro y nunca llena todo el hemitórax. rechaza el mediastino hacia el lado izquierdo y aumenta el tamaño de los espacios intercostales; en radiografía lateral se observa la misma imagen del derrame que borra el diafragma derecho (Fig. 2). El diagnóstico se hace con el cuadro clínico, la radiografía y la punción pleural que muestra líquido serofibrinoso, el cual debe extraerse lo más posible para aliviar la disnea. Algunas ocasiones al practicar la punción de la pleura se obtiene líquido serofibrinoso de primera intención, pero si se introduce más la aguja se extrae pus achocolatado; esto quiere decir que se ha perforado el diafragma y el trocar está aspirando material del absceso. La conducta en estos casos es extraer la mayor cantidad posible primeramente de pus achocolatado y luego de líquido serofibrinoso.

3) Apertura a bronquios. El síntoma que domina el cuadro es la tos con expectoración achocolatada muy abundante que aparece bruscamente y que puede producir disnea por inundación del árbol bronquial. Naturalmente existe el cuadro clínico clásico con fiebre, dolor en hipocondrio derecho que disminuye notablemente en cuanto el enfermo presenta la vómica. Hay ocasiones en que no se observa el esputo achocolatado que identifica esta patología sino que el paciente muestra expectoración hemoptoica o verdadera hemoptisis. En la mayoría de los casos todo el material purulento del absceso se drena por los bronquios pero en otras ocasiones se cierra la comunicación bronquial sin haber drenado

todo el material necrótico y luego aparece otra complicación como apertura a pleura o a pericardio. La exploración física demuestra levantamiento diafragmático y estertores en la región subescapular derecha y la radiología una opacidad basal que borra el diafragma o el seno costodiafragmático y que en proyección lateral se observa la clásica imagen del hemidiafragma levantado acuminado y roto en su porción más alta en la cual se ha abierto el absceso a vías respiratorias (Figs. 3 y 4). El diagnóstico se hace por el síndrome de hipocondrio derecho pero especialmente por la expectoración abundante de aspecto purulento achocolatado o hemoptoico y la radiografía en proyección lateral que muestra el diafragma levantado y roto. El tratamiento consiste en la administración de los medicamentos antiamebianos adecuados pues el drenaje por vías respiratorias es suficiente para expulsar todo el material necrótico. Las vías respiratorias sólo sirven de paso al contenido del absceso pues no enferman por el contacto del pus, sin embargo cuando se infecta el absceso hepático secundariamente pasa a la cronicidad y entonces sí por contigüedad puede originar absceso pulmonar o bronquiectasia por gérmenes piógenos; esto es la excepción y siempre se debe a tratamiento insuficiente. Ocasionalmente puede persistir una fístula bronco-biliar y el paciente expectorar de color ocre; esta complicación siempre se debe a infección secundaria y se cura con dosis altas de antibióticos de amplio espectro.

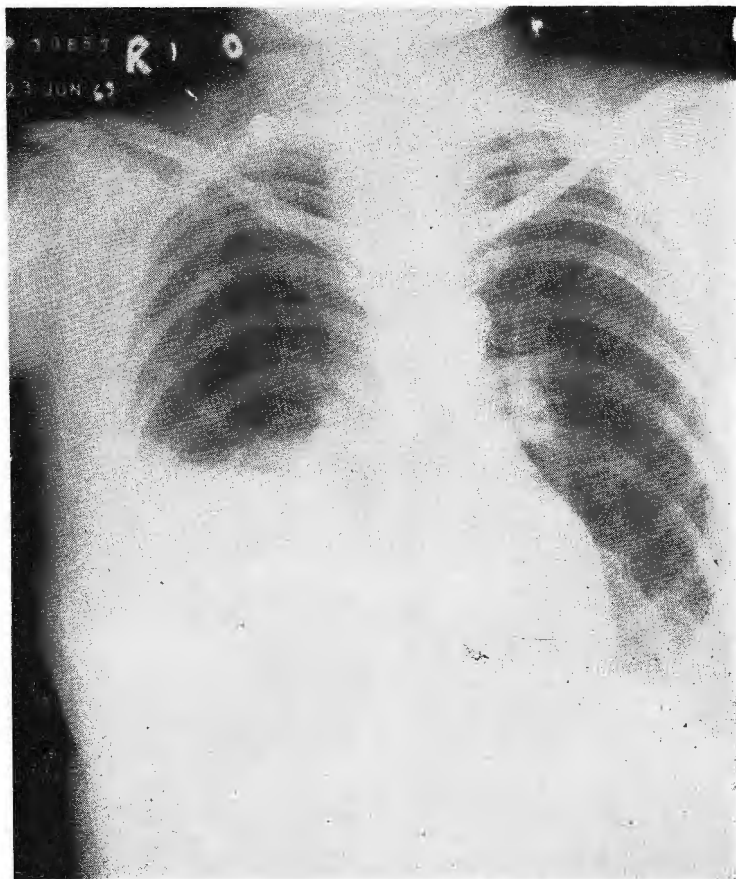
4) Apertura a pleura. Se observa como siempre primero el síndrome de hipocondrio derecho caracterizado por dolor irradiado al hombro, fiebre y a veces hepatomegalia. Cuando drena el material necrótico del absceso a la pleura lo hace bruscamente y entonces aparece disnea intensa de instalación repentina o exacerbación notable de la que ya existía; el dolor localizado al hipocondrio ahora se extiende a todo el hemitórax y es de gran intensidad. La exploración física muestra un síndrome pleural y a la radiografía se ve una opacidad homogénea que ocupa todo el hemitórax, que borra el diafragma, el seno costodiafragmático, desvía el mediastino hacia la izquierda y aumenta el tamaño de los espacios intercostales (Fig. 5). Además el paciente presenta un estado toxi-infeccioso severo pues el material necrótico del absceso hepático ha entrado a una serosa sana como es la pleura, con gran capacidad de



2. Opacidad basal y marginal del hemitórax derecho por absceso hepático con pleuresía serofibrinosa de vecindad.

absorción que responde con formación de líquido, colapsa el pulmón y produce hipoxia.

El diagnóstico se hace por los datos clínicos y radiográficos especialmente por la opacidad homogénea que abarca todo el hemitórax; este hecho es tan importante que su ausencia invalida definitivamente el diagnóstico de absceso hepático abierto a pleura. La punción pleural extrae pus de aspecto achocolatado. La toracentesis debe hacerse en la cara lateral del hemitórax en el hueco de la axila pues el proceso hepático levanta considerablemente el hemidiafragma y puede hacer que equivocadamente se puncione el absceso creyendo que es la pleura la que se ha drenado. La conducta terapéutica es instalar de inmediato una sonda gruesa de canalización en la cavidad pleural conectada a succión continua para drenar el pus al exterior y reexpandir el pulmón. la colección hepática que ya se ha drenado a la pleura no amerita ningún tratamiento local. Cuando se trata de curar el empiema con punciones o se coloca una sonda de pequeño calibre que drena de



3. Opacidad basal derecha que borra el seno costodiafrágico. Absceso hepático abierto a bronquios.

manera insuficiente, el empiema pasa a la cronicidad lo cual amerita decorticación quirúrgica.

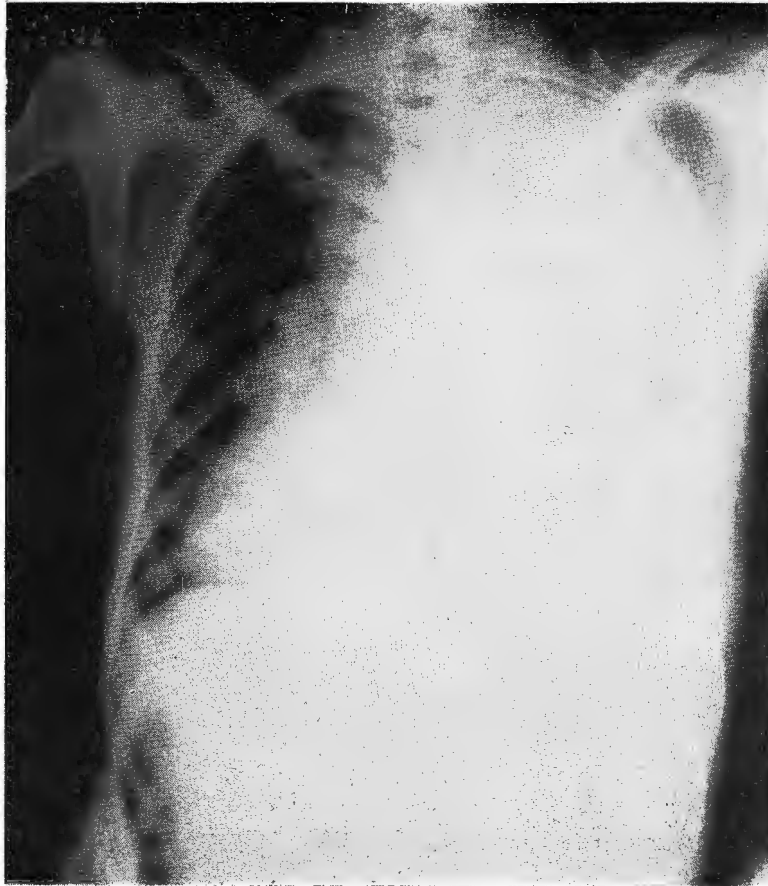
5) Derrame pericárdico por contigüedad. La situación central del absceso y su posición superior hace aparecer derrame pericárdico de vecindad, el cual se manifiesta a la clínica por dolor en epigastrio y particularmente por la imagen en garrafa que se observa en la radiografía de tórax. Consiste en el borramiento de los arcos de la sombra cardíaca por el líquido que distiende la bolsa pericárdica (Fig. 6). El diagnóstico se hace con el hallazgo radiológico, el electrocardiograma que revela complejos de bajo voltaje y la punción subxifoidea del pericardio que da líquido serofibrinoso. El tratamiento es el del absceso hepático y el líquido del pericardio se absorbe cuando éste se ha curado.

6) Apertura a pericardio. El cuadro clínico es muy severo pues bruscamente va a pasar a una serosa inextensible una gran cantidad de líquido que aumenta considerablemente la presión dentro del saco pericárdico colapsando las aurículas y las venas cavas y pulmonares lo cual impide el llenado sanguíneo de las cavidades cardíacas y provoca taponamiento. El paciente manifiesta intenso dolor precordial de instalación brusca que irradia a la base del cuello, disnea y sensación angustiosa; a la exploración física se encuentra ingurgitación yugular, manifestación de la dificultad de llenado auricular derecho, a veces tonos cardíacos apagados y presión arterial convergente, la máxima se acerca a la mínima pues disminuye la capacidad contráctil del ventrículo izquierdo que está encarcelado por el líquido. A la fluoroscopia se observa una silueta cardíaca quieta con los arcos rectificadas y a la radiografía se comprueba la imagen en "garrafa" (Fig. 7). El electrocardiograma muestra complejos pequeños. La punción pericárdica subxifoidea que hace el diagnóstico definitivo extrae líquido de aspecto achocolatado. La conducta es el drenaje inmediato hacia el exterior evitando abrir las cavidades pleurales.

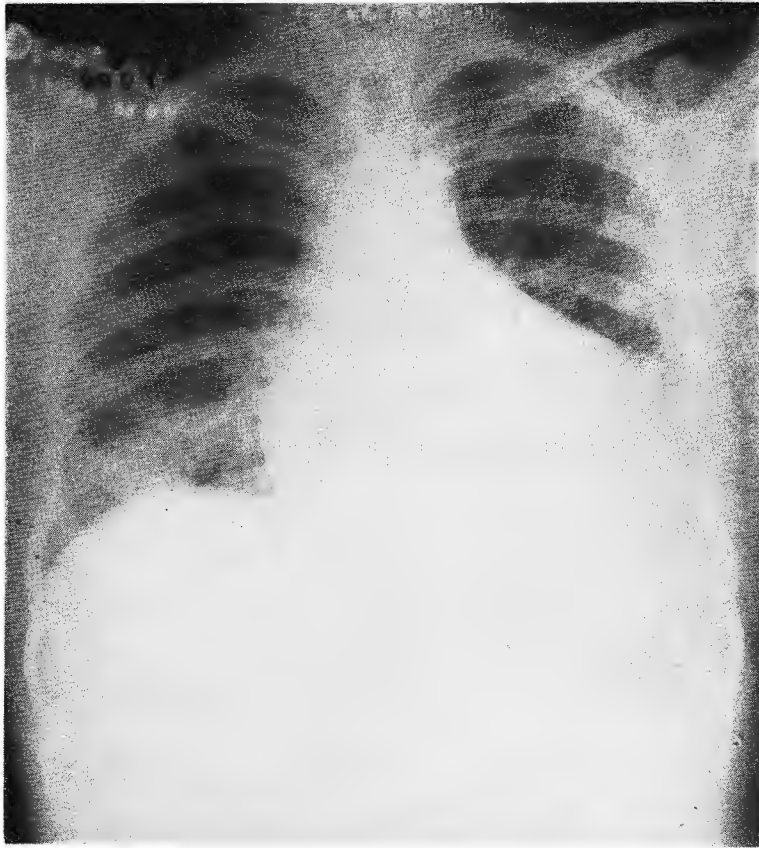
7) Complicaciones asociadas. Ocasionalmente se presenta apertura del absceso hepático a bronquios y luego a pleura, o a bronquios y pericarditis exudativa de vecindad, el cuadro clínico será el de una y otra complicación y la terapéutica se aplicará considerando cada circunstancia por separado. La explicación para estas dobles complicaciones es que la comunicación a un órgano o a una cavidad no permitió la expulsión de todo el material necrótico el cual al cerrar su primera e insuficiente vía tuvo que buscar otro camino para drenar.

También la complicación puede presentarse en el hemitórax izquierdo. El dolor entonces se refiere al epigastrio o al hipocondrio izquierdo pero hacia la línea media. El diagnóstico se hace de la misma manera que se describió para el hemitórax derecho pero lo importante es tener en cuenta la posibilidad de que la complicación se presente del lado izquierdo para elaborar el diagnóstico correcto. El tratamiento no difiere en nada de lo que ya se mencionó para el lado derecho.

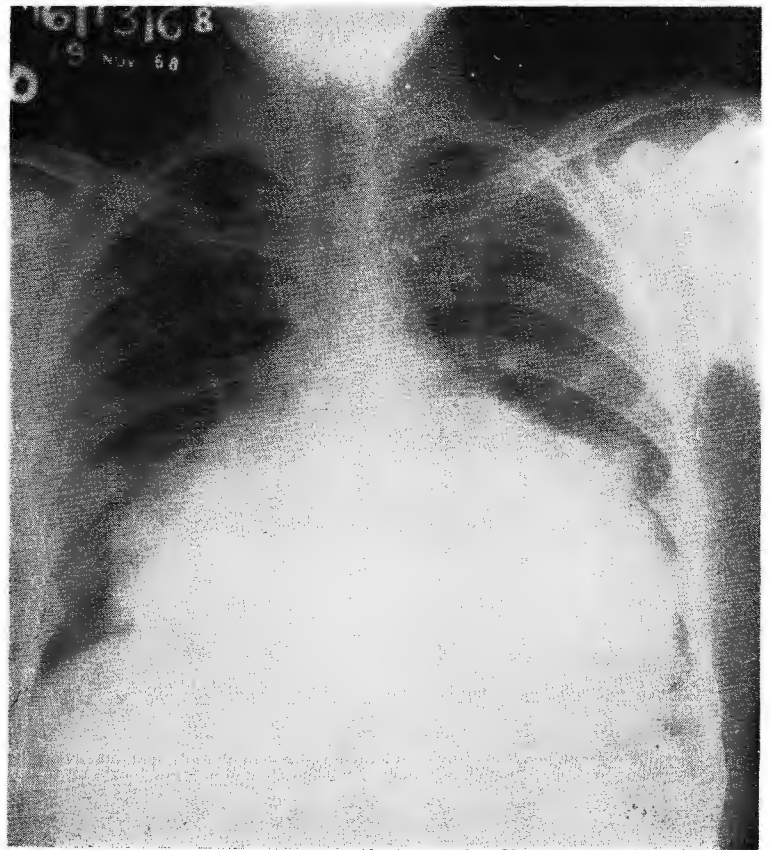
4. El mismo caso de la figura 3 que muestra el diafragma derecho levantado y roto en su parte media por absceso hepático abierto a bronquios.



5. "Situs inversus". Opacidad homogénea en hemitórax izquierdo por absceso hepático abierto a pleura.



6. Imagen pericárdica con borramiento de los arcos por pericarditis exudativa de vecindad a absceso hepático amibiano.



7. Imagen en "garrafa" por apertura de absceso hepático a pericardio.

REFERENCIAS

1. CELIS, A., VILLALOBOS, M. E. y ROBLES, T.: *Complicaciones respiratorias del absceso hepático*. Rev. Med. Hosp. Gral. 14:395, 1951.
2. CERON, E. A. y ALVARADO, V. A.: *Absceso hepático amibiano abierto al pericardio*. La Prensa Med. Mex. 33:312, 1968.
3. CORDERO, O., RIVERA GARCIA, E., ROJAS MUÑOZ, J. L. y MORALES, V. M.: *La complicación torácica izquierda del absceso hepático amibiano*. Neum. Cir. Tórax. 30:117, 1969.
4. ESTEVEZ, P. E., BASTOS, J. PINHEIRO, A., GONZAGA, R. y CARDOSO, A.: *Fístula biliobronquial*. Presentación de un caso. Neum. Cir. Tórax. 28:79, 1967.
5. GARCIA HERRERA, E.: *Absceso amibiano hepático en el niño. Sus complicaciones pulmonares*. Bol. Med. Hosp. Inf., 20:599, 1963.
6. HERRERA, H. G. y Col.: *Taponamiento cardíaco por absceso hepático amibiano abierto a pericardio, Supervivencia de un paciente tratado con pericardiectomía parcial*. Arch. Inst. Card., 35:80, 1965.
7. JIMENEZ, M. F.: *Absceso del hígado en comunicación con los bronquios*. Periódico Acad. de Med. 1, 2a. serie, No. 8:229, 1842.
8. MERCADO RIOS, F.: *Absceso hepático amibiano abierto a pericardio*. Arch. Inst. Card. 34:387, 1964.
9. ORTIZ DE MONTELLANO, E., GUERRERO, V. y SERRANO, H.: *Absceso hepático amibiano abierto a pericardio. Relato de un caso con supervivencia*. Rev. de Gastroenterología de Méx. 19:84, 1954.
10. PACHECO, C. R., RIVERO, O. y RODHE, F.: *Un caso clínico de decorticación pleural por absceso hepático abierto a pleura*. Rev. Mex. Tuber., 17:1, 1956.
11. PORTES, B. Y., CABAÑAS, G. F., CHAVEZ, J. I., y CELIS, S. A.: *Tratamiento de las complicaciones torácicas del absceso hepático con sulfato de aminosidina*. Neum. Cir. Tórax., 28:325, 1967.
12. RIVERO, O. y BARRAZA, A.: *Las complicaciones torácicas del absceso hepático*. Neum. Cir. Tórax., 24:367, 1963.
13. VALDEZ, S., IBARRA, C., CORRALES, O. y FARIAS, R.: *Complicaciones torácicas del absceso hepático amibiano. Comunicación de 150 casos*. Neum. Cir. Tórax., 29:29, 1968.