

LUIS ROBLES GONZÁLEZ.
JOSÉ LUIS SALGADO ESCOBAR.
ELPIDIO CRUZ MARTÍNEZ.
MARCO ANTONIO RAMOS CORRALES.
HÉCTOR PÉREZ REDONDO.

ABSCESO HEPÁTICO AMIBIANO ABIERTO A PERICARDIO

EN EL HOSPITAL GENERAL del Centro Médico "La Raza", que es una unidad de concentración de 1000 camas, en 20 años de existencia han sido registrados sólo 12 casos de absceso hepático abierto al pericardio, incluyendo el que es motivo de esta comunicación, pues, a pesar de la gran incidencia del absceso hepático en nuestro país, son escasos los reportes de casos en que se haya presentado dicha ruptura.

En realidad, la entidad es conocida desde el año 1857 en que el Dr. Miguel Jiménez¹ publicó el primer caso como un hallazgo de autopsia. Ortiz de Montellano y Guerrero² en 1954 reportaron el primer caso en nuestro país que sobrevivió al tratamiento quirúrgico a base de punciones repetidas.

Calvillo y colaboradores³ publicaron en 1964 el primer paciente que, habiendo tenido esta complicación, sobrevivió al tratamiento quirúrgico mediante toracotomía. Antes de esta fecha encontramos un caso operado por Herrera y Torres del Toro⁴, publicado en 1965. En 1971 apareció una publicación

de Ibarra y Cols.⁵ en que reporta los once casos que han sido tratados en nuestro hospital.

El objeto de la presente comunicación no sólo es agregar un caso más en la literatura sino enfatizar el hecho de que actualmente, contando con elementos de diagnóstico tales como fluoroscopia y radiosótos, es posible hacer un diagnóstico preciso a condición de que su existencia clínica sea previamente sospechada; al establecerlo se podrá instituir el tratamiento quirúrgico adecuado. Es nuestro deber aclarar que, ante la sospecha, cualquier médico con sólo una aguja, puede comprobar el diagnóstico y establecer la terapéutica indicada.

CASO CLÍNICO.—

Se trata de un paciente masculino, de 37 años de edad, con francos antecedentes de cuadros disentéricos en varias ocasiones. Alcohólico, ya que en los 10 años anteriores acostumbraba ingerir 10



Fig. 1. Telerradiografía de tórax donde se aprecia la cardiomegalia producida por el derrame pericárdico.

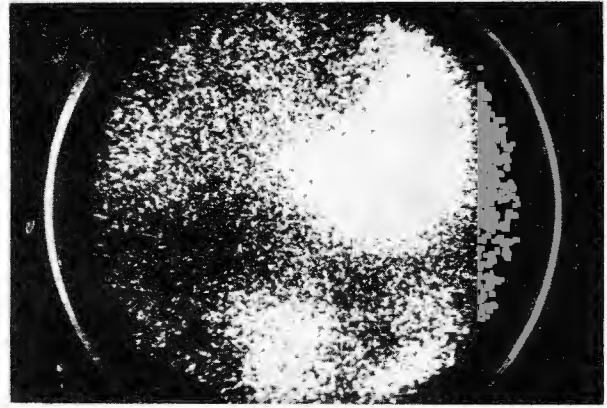


Fig. 3. Gamagrafía hepática y cardíaca donde se observa el absceso hepático del lóbulo derecho comunicado a pericardio.

litros diarios de pulque aunado a una alimentación deficiente en cuanto a aporte proteico.

En octubre de 1972 presentó dolor retroesternal alto, intenso, irradiado al dorso, disneizante, pungitivo y constante acompañado de sensación de pesantez abdominal y molestia dolorosa en hipocon-

drio izquierdo. Tos aislada, edema vespertino de miembros pélvicos, astenia, adinamia y anorexia. El cuadro referido obligó su hospitalización. A la exploración física se encontró paciente íntegro, bien conformado, febril, con facies toxi-infecciosa. Deshidratado, con ictericia conjuntival e ingurgitación yu-



Fig. 2. Radiografía lateral de tórax donde se ve el nivel del derrame.



Fig. 4. Radiografía de tórax al siguiente día de la intervención. Nótese la presencia de la sonda en cavidad pleural y cavidad del absceso en el hígado.

ABCESO HEPÁTICO AMIBIANO ABIERTO A PERICARDIO

gular IV. Tórax en tonel, con respiración superficial, "hipocinecia" izquierda y datos de derrame pleural del mismo lado. Ruidos cardíacos rítmicos, apenas perceptibles con frecuencia de 120 por minuto. Pulso paradójico. En el abdomen se encontró hepatomegalia dolorosa de 12, 10 y 8 cm. sobre las líneas convencionales.

Desde el punto de vista radiográfico y fluoroscópico presentaba cardiomegalia grado IV con imagen en garrafa e hipomovilidad de la silueta cardiovascular. El Gamagrama practicado mostró aumento de tamaño de las siluetas hepática y cardíaca y defectos de captación del material radiactivo. Con estos datos clínicos y de gabinete fue intervenido de urgencia.

La operación fue practicada utilizando como vía de acceso una toracotomía anterolateral izquierda. Se encontró el pericardio engrosado y la cavidad contenía 1200 ml. de pus de aspecto achocolatado sobre el borde derecho del centro frénico y había una comunicación de 2 cm. de diámetro hacia el hígado, la cual fue ampliada y a través de ella se extrajeron 2,000 ml. de pus con aspecto semejante. Se colocaron sondas de drenaje en ambas cavidades y se procedió al cierre de la herida quirúrgica.

La evolución postoperatoria fue muy satisfactoria y el paciente fue dado de alta a los 10 días completamente asintomático. Fue controlado en la consulta externa durante 6 meses, lapso en el cual hubo un incremento ponderal de 12 kg. y no habiendo contraindicaciones fue remitido a su clínica de adscripción para control subsecuente.

DISCUSIÓN.—

A pesar de que en nuestro país más de la cuarta parte de la población se encuentra parasitada y por tanto, en condiciones de desarrollar el cuadro clínico descrito, la incidencia de complicaciones torácicas, especialmente pericárdicas, es muy baja; quizá sea debido a que el diagnóstico clínico de absceso muchas veces es confundido con otros padecimientos y por tanto, las complicaciones no son sospechadas y el paciente muere sin saberse la causa real de su deceso.

Queremos hacer hincapié en que el diagnóstico clínico de absceso hepático es relativamente sencillo y en caso de complicación pericárdica se añaden datos de pericarditis constrictiva aguda. La confirma-



Fig. 5. Radiografía lateral del tórax donde se observa la disminución del derrame 24 hrs. después de la operación.

TABLA No. 1 Casos publicados en México

Fecha	Autor	Número de casos	No tratados	Operados Fun- por tora- nados cotomía
1857	Miguel Jiménez ¹	1	1	
1946	Luna Olivares ⁹	1	1	
1954	Ortiz de Montellano ²	1		1
1964	Mercado ⁶	1		1
1963	Sánchez de la Bar- quera ⁸	1		
1964	Calvillo y Cols. ³	1		1
1965	Herrera y Cols. ⁴	1		1
1971	Ibarra y Cols. ⁵	11	6	5
1971	Díaz y Cols. ⁷	3		2 1
1973	Nuestro caso	1		1
Casos publicados en nuestro país			22	
Casos del Hospital de La Raza			12	

ción es muy sencilla, ya que la fluoroscopia y los radioisótopos no suelen ser indispensables pues basta una punción pericárdica para asegurar su existencia e iniciar el tratamiento.

En nuestro hospital creemos que la punción sólo debe ser un medio de diagnóstico y el tratamiento debe ser quirúrgico y sólo en muy contados casos emplear la punción como elemento de tratamiento. Estas razones nos han inducido a preferir la toracotomía sobre la punción: la toracotomía en nuestras manos ha resultado ser bien tolerada aun en pacientes graves. La evacuación de los abscesos queda garantizada, factor indispensable para un tratamiento adecuado. La resección del pericardio evita la pericarditis constrictiva posterior, que haría necesaria una intervención ulterior.

Es conocido por todos el hecho de que el pericardio, como toda serosa, responde con inflamación y excreción de líquido cuando un órgano vecino se

infecta y por lo tanto no es necesario que haya comunicación anatómica entre la serosa y el órgano enfermo para que haya derrame. Sin embargo, el diagnóstico diferencial entre *reacción pericárdica y el de perforación y comunicación de los dos órganos, es muy "difícil"; por lo tanto, consideramos que deben ser estudiados de manera similar.*

*Desconocemos si existe algún estudio en el que se hayan encontrado ambas en el líquido pericárdico sin perforación. Nosotros, de manera sistemática, después de la punción del saco pericárdico, inyectamos aire en él para observar sus características e indicar la toracotomía. Nuestro punto de vista es de que si se cuenta con todos los métodos diagnósticos y terapéuticos, no hay excusa para no hacer un diagnóstico preciso, insistiendo, que en cualquier medio y con pocos elementos, es posible hacerlo si se sospecha la complicación y se adopta una actitud decidida.

REFERENCIAS

- 1 Jiménez, M.F.: **Estudios acerca de los abscesos del hígado.** Gac. Med. Mex. III.1.179, 1857.
- 2 Ortiz de Montellano, C.; Guerrero, V. y Serrano, H.: **Absceso amibiano abierto a pericardio.** Rev. Gastroenterol. Mex., 19:84 1954.
- 3 Calvillo, M., y Col.: **Absceso hepático abierto a pericardio con sobrevivencia.** Rev. Gastroenterología.
- 4 Herrera, H.G. y Torres del Toro, J.M.: **Taponamiento cardíaco por absceso hepático amibiano abierto a pericardio.** Arch. Inst. Cardiol. Mex. 35:80, 1965.
- 5 Ibarra C. y Cols.: **Absceso hepático amibiano roto hacia la cavidad pericárdica.** Prensa Med. Mex., año XXXVII, Nos. 7.8, julio-agosto de 1972.
- 6 Mercado, R.F.: **Absceso hepático amibiano abierto a pericardio.** Arch. Inst. Cardiol. Mex. 35:80, 1965.
- 7 Díaz y Cols.: **Pericarditis amibiana.** Neumol. Cir. Tórax Mex. Vol. 22(6), 1971.
- 8 Sánchez de la Barquera, R.: **Absceso hepático abierto a tórax. Diagnóstico diferencial y medidas terapéuticas inmediatas.** Boletín Médico del IMSS. No. 7:183, 1963.
- 9 Luna Olivares: Mencionado en el trabajo del Dr. Ortiz de Montellano.