

MANEJO PERCUTÁNEO DE COLECCIONES ABDOMINALES EN EL HOSPITAL DISTRITAL DE VILLA ELISA

PERCUTANEOUS TREATMENT OF ABDOMINAL COLLECTIONS IN THE DISTRICT HOSPITAL OF VILLA ELISA

Dra. Rita Miranda Vergara¹, Dr. Luis Anibal Da Silva Medina¹, Dr. Agustín Rodríguez González¹

RESUMEN

Los abscesos abdominales se definen como colecciones localizadas que presentan pus, gérmenes en el frotis o crecen en el cultivo. Estas adquieren importancia cuando se hacen sintomáticas. En el manejo actual, el drenaje percutáneo es el tratamiento de elección por múltiples ventajas, reservándose el drenaje quirúrgico para ciertos casos. Esto se debe al avance de la tecnología de los métodos auxiliares de diagnóstico por imágenes, especialmente la ecografía.

Objetivo: demostrar la factibilidad del manejo percutáneo de colecciones intra-abdominales en un hospital periférico de baja complejidad y con disponibilidad de ecógrafo.

Diseño: retrospectivo, longitudinal, observacional, cuantitativo, no aleatorio, con componente analítico.

Pacientes y método: pacientes con diagnóstico de colección intra-abdominal de distintas etiologías, internados en el Servicio de Cirugía del Hospital Distrital de Villa Elisa, desde junio de 2014, hasta setiembre de 2015.

Resultados: 5 pacientes estudiados, 60% del sexo femenino, el cuadro de presentación fue conformado por dolor abdominal, distensión, plastrón palpable y fiebre. Laboratorialmente, leucocitosis con neutrofilia. En todos se realizó el drenaje de la colección bajo pantalla ecográfica con catéteres multipropósito de 10Fr, con la técnica del trocar. Se obtuvo el éxito en el tratamiento en el 80% de los casos.

Conclusión: el manejo de colecciones abdominales es factible en hospitales periféricos de baja complejidad.

Palabras claves: colección abdominal, drenaje percutáneo.

SUMMARY

Abdominal abscess are defined as localized collections of pus, germs visualized in a frotis or grow in culture. These become important when they become symptomatic. Actually, percutaneous drainage is the gold standard, reserving the surgery approach for a few special cases. This is due to the advanced of technology, particularly the ultrasound.

Objective: to demonstrate the feasibility of percutaneous management of intraabdominal collections in a peripheral low complexity hospital, with ultrasound availability.

Design: retrospective, longitudinal, observational, quantitative, no randomized, with analytical component.

Patients and methods: patients with diagnosis of intraabdominal collections, admitted in surgery service of the Hospital Distrital of Villa Elisa, from June of 2014 to September of 2015.

Results: 5 patients studied, 60% female, with clinical of abdominal pain, distension, palpation of abdominal mass or fever. Laboratorial findings neutrophilic leukocytosis. In all cases, percutaneous drainage was made it under ultrasound view, using 10 Fr multipurpose catheter, using trocar technique. Success was possible in 80% of the cases.

Conclusion: the management of abdominal collections is possible in peripheral low complexity hospitals.

Key words: abdominal collection, percutaneous drainage.

*1. Médicos cirujanos del Hospital Distrital de Villa Elisa
Contacto: lunibal@gmail.com*

GENERALIDADES

Los abscesos abdominales se definen como colecciones localizadas que pueden formarse luego de una cirugía abdominal y que presentan pus, gérmenes en el frotis o crecen en el cultivo. Algunas reciben nombres específicos como bilomas, pseudoquistes, linfocele⁽¹⁾.

Las colecciones toman importancia cuando se tornan sintomáticas ya sea por la infección o por síntomas como los compresivos, también, las mismas puede indicarnos complicaciones de cirugías realizadas al paciente⁽²⁾.

Trabajos realizados para identificar sistemáticamente las colecciones posoperatorias, reportan una incidencia de 20-26 % de las mismas, la mayoría asintomáticas y de resolución espontánea⁽¹⁾. Perforaciones del tracto gastrointestinal, complicaciones post operatorias, traumas penetrantes, e infecciones del tracto genito-urinario se describen como las causas más comunes^(2,3).

El diagnóstico y tratamiento de las colecciones abdominales ha constituido un problema, debido a la alta tasa de morbimortalidad de la enfermedad y de su terapéutica. Contribuyen a ello factores que incluyen retraso en el diagnóstico, fracaso en la localización preoperatoria y dificultad en el abordaje quirúrgico.

Si bien el diagnóstico es básicamente clínico, la confirmación y localización de una colección intra-abdominal se obtiene solo con la ayuda de algún método de diagnóstico por imágenes^(1,2,4,5).

Un importante aporte fue la introducción del ultrasonido en tiempo real, con una sensibilidad del 80% en el diagnóstico de las colecciones intra-abdominales. Sus limitantes son el meteorismo intestinal y las incisiones quirúrgicas y la curva de aprendizaje relativamente larga, siendo su vasta disponibilidad, inmediatez, método muy maleable, la ausencia de irradiación y su bajo costo además de lo preciso de su diagnóstico sus principales virtudes^(1,2,6).

La tomografía axial computada (TAC) de abdomen y pelvis en conjunto alcanzan una sensibilidad y especificidad sobre el 95% de los casos. Un absceso se aprecia como una colección líquida con un coeficiente de atenuación que puede variar entre 0 y 20 unidades Hounsfield. Su resolución se ve mejorada gracias al medio de contraste por vía endovenosa⁽³⁾.

Dentro de las diferentes posibilidades terapéuticas para el manejo de la colección intra-abdominal existen variadas opciones que se resumen en el drenaje quirúrgico abierto "tradicional" y el drenaje percutáneo guiado por alguna técnica de visión radiológica contemporánea.

Clásicamente, la cirugía abierta ha desempeñado un papel relevante en la evacuación y curación de las colecciones infectadas abdominales. Diversas circunstancias han

contribuido a que el médico intervencionista tome un especial protagonismo en el tratamiento de esta patología. Entre estas circunstancias destacan los avances en las técnicas de imagen, como la tomografía computarizada y la ecografía, el diseño de pequeños materiales de acceso y drenaje poco traumáticos, y la tendencia y demanda generalizada de la mínima invasión, tanto por parte del paciente como del médico.

McFadzean et al, publicaron por primera vez en 1953 el tratamiento de 14 abscesos piógenos de hígado mediante aspiración cerrada y antibióticos.

Desde este primer artículo se han realizado múltiples publicaciones en las que se han valorado los resultados y los beneficios de esta técnica percutánea, de tal forma que en el momento actual pocos discuten que el drenaje percutáneo de los abscesos abdominales con guía de imagen es el tratamiento de elección de esta enfermedad. El éxito clínico obtenido con el drenaje percutáneo y la correcta antibioterapia es alto y, según la localización y el agente causal, alcanza el 80-90%. No obstante, en algunos pacientes este tratamiento es ineficaz y es necesario recurrir a la cirugía abierta (1,6,8).

Podemos clasificar las colecciones abdominales en:

- a. Simples: colecciones líquidas, uniloculares, tamaño moderado, eficacia del 90%
- b. Mediana complejidad: asociadas a fístulas del tubo digestivo, eficacia del 80-90%
- c. Complejidad mayor: colecciones asociadas a tejidos necróticos, cuerpos extraños. Eficacia de 30-50% (1).

El drenaje percutáneo de colecciones abdominales guiado por ecografía es una técnica segura, fácil de realizar con un índice de fracaso de un 17%, por lo que se considera un procedimiento con buen rendimiento terapéutico y baja morbi-mortalidad⁽²⁾.

Las ventajas de los métodos mínimo invasivos son: el acceso directo no contamina otras áreas, el uso de anestesia local, muy buena tolerancia del paciente, evitar nuevas incisiones o re-laparotomías, menor riesgo para el paciente, manejo de enfermería es sencillo, tiempo de internación reducido, menor dolor y mejor relación costo beneficio⁽¹⁾.

Es fundamental para el logro de buenos resultados el cabal conocimiento de la patología, la técnica y la imagenología. Esto no solo aumenta el éxito sino que también disminuye el riesgo⁽⁶⁾.

Entre las causas del fracaso del tratamiento percutáneo podemos citar: procedimiento técnicamente inadecuado, abscesos multiloculados, presencia de material extraño, diagnóstico incompleto de colecciones asociadas, foco séptico original no resuelto⁽¹⁾.

En la actualidad el drenaje quirúrgico debiera de reservarse solo para aquellos casos en los cuales el drenaje percutáneo es inapropiado o fue insatisfactorio^(1,2,3,4,5,6,7,8).

OBJETIVO

Demostrar la factibilidad del manejo percutáneo de colecciones intra-abdominales en un hospital periférico de baja complejidad y con disponibilidad de ecógrafo.

DISEÑO

Es un trabajo retrospectivo, longitudinal, observacional, cuantitativo, no aleatorio, con componente analítico.

PACIENTE Y MÉTODO

El presente trabajo no contó con financiamiento externo. En todo momento se preservó la privacidad y el anonimato de los pacientes.

Los catéteres utilizados fueron de PVC de 10 Fr con mandril metálico, sin cola de chanco, fijados con suturas monofilamentos, no reabsorbibles, lidocaína al 2% como anestésico local.

En todos se realizó el diagnóstico con ecografía, transductor convexo de 3,5 Hz, y en algunos la Tomografía Axial Computada con contraste oral y endovenoso.

Fueron incluidos los pacientes con diagnóstico de colección intra-abdominal de distintas etiologías, internados en el Servicio de Cirugía del Hospital Distrital de Villa Elisa, desde junio de 2014, hasta setiembre de 2015.

Utilizamos variables como la edad, sexo, diagnóstico de base, comorbilidades, si fue operado o no previamente, datos laboratoriales como recuento de glóbulos blancos, fórmula leucocitaria, PCR, días de internación, días de catéter colocado, método de diagnóstico por imágenes utilizado, día de colocación de catéter, manejo ambulatorio, tratamiento satisfactorio de la colección.

Los datos fueron asentados en planillas Excel y sometidos a análisis estadísticos de tendencia central.

RESULTADOS

En el servicio de Cirugía del Hospital Distrital de Villa Elisa tuvimos 750 cirugías en el periodo de estudio del trabajo, con una incidencia de 0,5% de colecciones posoperatorias.

Se estudiaron las fichas de 5 pacientes que recibieron el tratamiento percutáneo de la colección intra-abdominal diagnosticada.

La edad varió de 16 años a 60 años, promedio de 38 años. Ligero predominio del sexo femenino. (**Fig. 1**)

Las comorbilidades encontradas Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial.

La gran mayoría de los pacientes fueron operadas previamente, 2 colecistectomizados, 1 apendicectomizado y una sigmoidectomía + anastomosis primaria por enfermedad diverticular. Excepto 1 con el diagnóstico de absceso de la vaina del músculo psoas iliaco izquierdo. (**Tabla 1**)

Todos los pacientes fueron diagnosticados por ecografía, 3 de los cuales requirieron TAC con contraste oral y endovenoso para mejor evaluación de la colección y seguimiento. Los otros dos fueron seguidos solo por ecografía.

Todos los pacientes presentaron dolor abdominal, fiebre, distensión abdominal, elevación de glóbulos blancos y neutrofilia, que fueron descendiendo hasta normalizarse, luego del drenaje.

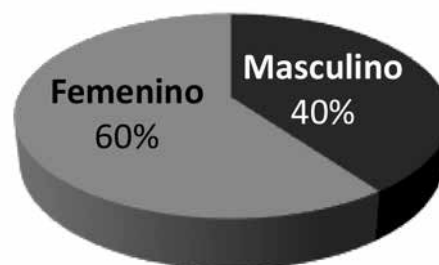


Figura 1. Distribución según el sexo

Tabla 1. Distribución según características del paciente.

Paciente	Diagnóstico de base	Cirugía realizada	Tipo de colección
1	Colecistitis crónica litiásica	Colecistectomía	Bilioma subhepático
2	Colecistitis crónica litiásica	Colecistectomía	Bilioma subhepático
3	Apendicitis aguda gangrenosa	Apendicectomía	Colección de FID
4	Diverticulosis colónica sigmoidea	Sigmoidectomía+ anastomosis colo-rectal sutura mecánica	Colección en hipogastrio
5	Absceso del psoas iliaco izquierdo	No operado	Hematoma sobreinfectado

Al examen físico llamó la atención en todos los casos el de abombamiento de la pared abdominal anterior; a la palpación, dolor con defensa, sin signos de irritación peritoneal, la presencia de un plastrón en la región de la colección, el resto del abdomen era blando, depresible, no doloroso, con ruidos hidro-aéreos presentes.

El drenaje percutáneo se realizó bajo pantalla ecográfica entre los días 1 y 4 de internación. Se colocaron catéteres de 10 Fr, con la técnica del trocar, bajo anestesia local. Los días con el catéter colocado variaron entre 2 y 7 días. La estancia hospitalaria estuvo entre 7 y 9 días. (**Fig. 2**)

Una paciente requirió la colocación de 3 catéteres de drenaje en forma sucesiva, con persistencia de una pequeña colección sub-hepática, que fue remitida a un centro de mayor complejidad para el drenaje guiado por TAC. (**Fig. 3**)



Figura 2. Paciente con catéteres.

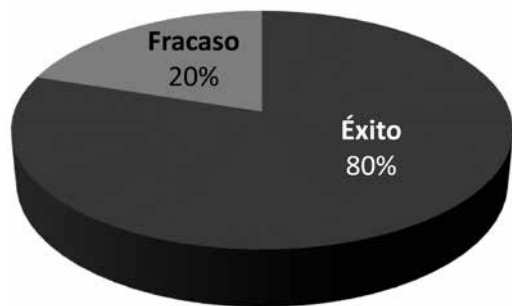


Figura 3. Distribución según el éxito/fracaso

DISCUSIÓN

En nuestra serie reportamos una incidencia de aproximada de 0,5% de colecciones posoperatorias. Los distintos grupos internacionales informan incidencia de alrededor del 20-25% ⁽¹⁾.

El predominio de sexo es una variable que no fue evaluada por la literatura revisada.

Los síntomas y signos presentados por los pacientes fueron indicadores que las colecciones requerían tratamiento, similar a lo encontrado los distintos grupos. La fiebre, dolor y distensión abdominal y la presencia de un plastrón abdominal fueron los hallazgos reportados en la literatura ^(1, 2, 5, 6).

En todos los casos se realizó la ecografía tanto para el diagnóstico, el tratamiento así como para el seguimiento, similar a la literatura, en el 60% se pudo realizar la TAC, ya que nuestro hospital no cuenta con ese servicio y es extremadamente difícil realizarlo en otros centros del sistema público. En la literatura revisada todos los casos fueron diagnosticados y seguidos con ecografía y TAC, esta última con menor frecuencia que la ultrasonografía ^(1, 2, 5, 6, 8, 9, 10, 13).

La colocación del catéter bajo pantalla ecográfica fue en el 100% de los casos, similar a la de todos los grupos. Cabe destacar que ciertos grupos realizan los procedimientos bajo pantalla ecográfica y tomográfica ^(1, 6, 9, 10, 12, 13).

La única complicación que tuvimos fue el fracaso en el drenaje completo de un bilioma, quedando una colección residual subhepática, cercana al segmento I y IV, como no contamos con agujas finas, nos vemos obligados a realizar el drenaje con la técnica de trocar y con esa ubicación creímos prudente remitir a la paciente al Hospital Nacional de Itaugua para su resolución. En las diversas series no superan el 10% de fracasos, con un re-drenaje en general llegan al 80% de resolución de la colección ^(1, 13, 14).

No reportamos mortalidad. En la literatura informan una mortalidad del 0 al 10%, con promedio de 3% ^(1, 13).

CONCLUSIÓN

Es factible el tratamiento de colecciones intraabdominales de forma percutánea en Centros Hospitalarios periféricos que cuenten con ecógrafos y personal capacitado.

REFERENCIAS

1. Ho Hyon S, Pekolj J. Capítulo 32 Procedimientos percutáneos en las complicaciones posoperatorias en Complicaciones de la Cirugía Abdominal: Como Manejarlas. Clínicas Quirúrgicas del Hospital Italiano. 1° ed. Buenos Aires. Edit delhospital ediciones, 2015. pp: 625-656.
2. Miranda Ch., Bortolatto L., Espínola F. DRENAJE PERCUTÁNEO DE COLECCIÓN SUBHEPÁTICA POST COLECISTECTOMÍA. Rev. Cir. Parag. vol.36 no.2 Asunción Dec. 2012.
3. CASTRO M, EULUFÍ A, CAMPOS R, SILVA M, EULUFÍ S, EULUFÍ Ch. Drenaje percutáneo de abscesos intraabdominales(AIA) guiados por TAC. Rev Chi de Cir. Vol 56- N° 4. Junio 2004. Pag 346-349.
4. Palermo M, Giménez M, Álvarez F, Bruno M, Tarsitano F. Rol de la Ecografía en el Tratamiento Percutáneo de los Abscesos Hepáticos. (5 años de experiencia).
5. Gimenez M, Andreacchio A, Cordoba P, Schierano M, Ar J. MANEJO DEL BILOMA POST COLECISTECTOMIA. 77° Congreso Argentino de Cirugía. Presentación de temas libres, año 2006.
6. Giménez M, Suarez Anzorena F, Casalnuovo C, Ferreira P. Drenaje percutáneo de abscesos intrabdominales. Rev Arg Cirug 1996; 70:188-192.
7. Ryan ME, Geenen JE, Lehman GA, et al. Endoscopic intervention for biliary leaks after laparoscopic cholecystectomy? A multi center review. Gastrointest Endosc.1998; 47-261.
8. Catán F, Altamirano C, Lagos C et al: Drenaje percutáneo de colecciones intraabdominales guiados por ecografía en una unidad de emergencia. Rev Chil Cir 2003; 55: 20-4.
9. Way L, Doherty G: Current Surgical Diagnosis & Treatment. 11th ed 2003; 517-32.
10. Barkhausen J: Impact of CT in patients with sepsis of unknown origin. Acta Radiol 1999; 40: 552.
11. Lee Perdigon P: Imaging techniques for diagnosis of serious intraabdominal and pelvic infections. Primary Care Update Obstet Gynecol 1999; 6: 115-21.
12. Kundra V, Silverman P: Impact of multislice CT on imaging of acute abdominal disease. Radiol Clin. North Am 2003; 41: 1083-1093.
13. Alvarez R, Relato: Procedimientos invasivos no quirúrgicos en patología abdominal aguda. Rev Argent Cirug 1995, Número extraordinario.
14. Pekolj J. Manejo de las complicaciones más frecuentes en la cirugía abdominal. Rev Argent Cirug 2003;85 (5-6) (número extraordinario): 1-302.