

Utilidad de la urocinasa para el tratamiento de abscesos intraabdominales

Joana Miguel, Víctor Soria, Mari Fe Candel, Benito Flores, Juan Gervasio Martín y José Luis Aguayo
Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. España.

Resumen

El drenaje percutáneo de los abscesos intraabdominales se ha convertido en el procedimiento más adecuado para su tratamiento, pero en ocasiones y, sobre todo, cuando el absceso es multiloculado, su resolución es complicada. Hace años que se viene utilizando con éxito la urocinasa intracavitaria para tratar los empiemas pleurales tabicados. Presentamos 2 casos de pacientes con abscesos intraabdominales tratados con drenaje percutáneo e instilación de urocinasa.

Palabras clave: *Urocinasa. Absceso intraabdominal. Infección intraabdominal. Drenaje percutáneo.*

UTILITY OF UROKINASE IN THE TREATMENT OF INTRA-ABDOMINAL ABSCESES

Percutaneous drainage of intra-abdominal abscesses has become the treatment of choice. However, effective treatment is sometimes difficult to achieve, especially when the abscess is multiloculated. Intracavitary urokinase has been successfully used for several years to treat loculated pleural empyemas. We present 2 cases of intra-abdominal abscesses treated with percutaneous drainage and intracavitary urokinase.

Key words: *Urokinase. Intracavitary abscess. Abdominal abscess. Percutaneous drainage.*

Introducción

El tratamiento actual de los abscesos intraabdominales es el drenaje percutáneo con técnicas de radiología intervencionista, aparte de la cobertura antibiótica adecuada y, en ocasiones, el abordaje quirúrgico^{1,2}. Con el drenaje radiológico se obtiene un alto porcentaje de éxitos pero, en algunos casos, la tabicación múltiple de la cavidad del absceso puede hacer fracasar el procedimiento. En estas ocasiones, de forma análoga a como se utilizan en los empiemas pleurales multiloculados, el uso de agentes fibrinolíticos locales puede tener un papel terapéutico importante³. Presentamos 2 casos de abscesos intraabdominales, uno de ellos intraparenquimatoso, en los que se utilizó urocinasa instilada a través de un catéter radiológico.

Casos clínicos

Caso 1

Varón de 30 años, con antecedentes de enfermedad de Crohn, que ingresa por un cuadro de apendicitis aguda. Es intervenido de urgencia por vía laparoscópica y se evidencia peritonitis aguda secundaria a apendicitis gangrenosa perforada. Se realiza apendicectomía y lavado de la cavidad abdominal. En el quinto día postoperatorio, el paciente presenta fiebre, dolor abdominal y leucocitosis, por lo que se le realiza ecografía abdominal en la que se observa colección líquida multiloculada de 9-3 cm de diámetro en la fossa ilíaca derecha, por lo que se coloca un drenaje radiológico 6 F en la colección, con control por tomografía computarizada (TC) (fig. 1). Se pautan lavados cada 8 h con solución salina y 50.000 U de urocinasa, dejando pinzado el drenaje durante 15 min, siguiendo el protocolo de Haaga et al⁴. La evolución clínica y analítica es favorable y se comprueba la mejoría radiológica de la colección drenada en una ecografía realizada en el día 11 postoperatorio, por lo que se retira el drenaje y es dado de alta hospitalaria.

Caso 2

Mujer de 74 años con antecedentes de obesidad y colecistectomía tras pancreatitis litiasica hace 10 años. Consulta en urgencias tras 4 días de fiebre de 39 °C de origen desconocido. Se realiza TC abdominal, que

Correspondencia: Dra. J. Miguel Perelló.
Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.
Hospital General Universitario Morales Meseguer.
Marqués de los Vélez, s/n. 30008 Murcia. España.

Manuscrito recibido el 16-7-2003 y aceptado el 17-12-2003.

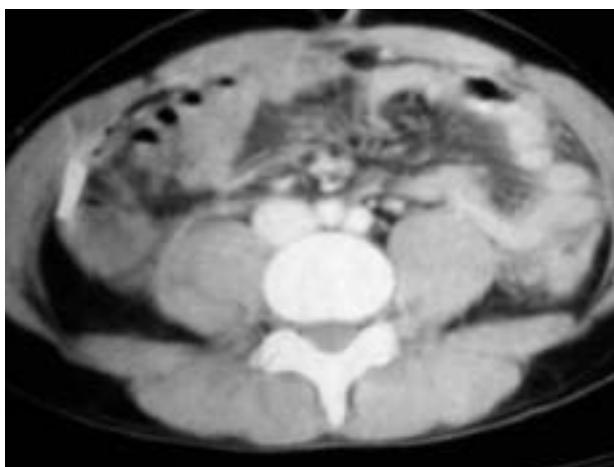


Fig. 1. Tomografía computarizada abdominal en el que se observa colección tabicada en parietocólico derecho con drenaje en su interior.



Fig. 2b. En el control a los 25 días se aprecia notable reducción del volumen de la colección. En su interior se ve el extremo del catéter de drenaje radiológico.



Fig. 2a. Tomografía computarizada hepática con contraste yodado intravenoso. Absceso hepático en el segmento IVa de 9,4-6,4 cm multiloculado.

revela 5 lesiones hipodensas en el parénquima hepático, 4 de ellas menores de 3 cm en los segmentos VI y VII, y 1 de gran tamaño (9 cm) entre los segmentos IVb y V (fig. 2a). La paciente sufre deterioro de su estado general con shock séptico e ingresa en la unidad de cuidados intensivos. Se instaura tratamiento antibiótico (gentamicina, ceftriaxona y teicoplanina) y se coloca drenaje radiológico, con el que se obtiene escasa cantidad de líquido hematopurulento. Tras 5 días de tratamiento, la paciente continúa en estado séptico, y en el control ecográfico la colección de mayor tamaño no se ha reducido, por lo que se instaura el tratamiento con urocinasa, con dosis de 50.000 U/8 h. A los 14 días se realiza control mediante TC (fig. 2b), con lo que disminuye la colección de mayor tamaño y las demás colecciones, a la vez que mejora el estado clínico de la paciente. Diez días más tarde han desaparecido todas las imágenes de abscesos hepáticos.

Discusión

El drenaje percutáneo se ha convertido en el procedimiento más adecuado para el tratamiento de los absce-

sos intraabdominales^{1,2}, pero la formación de tabiques de fibrina y su loculación pueden evitar la evacuación completa de su contenido e impedir la resolución del proceso. Es conocido el uso local de fibrinolíticos en empiemas loculados con el fin de romper estos tabiques³. El primero utilizado con éxito fue la estreptocinasa (Tillet, 1951); posteriormente, la urocinasa fue el método más extendido (Moulton, 1989), y sin datos concluyentes, se utilizó la acetilcisteína (Van Maes, 1983) para disminuir la viscosidad en derrames pleurales.

En varios estudios se han comunicado los efectos beneficiosos de la urocinasa en el tratamiento de los abscesos, especialmente de los que presentan material purulento (características del líquido: pH < 7, glucosa < 40 mg/dl, con cultivo positivo para grampositivos), que contiene múltiples loculaciones⁴, aunque todavía no se han establecido las indicaciones de su tratamiento en abscesos intraabdominales. En el caso de colecciones intraabdominales purulentas se presenta el temor teórico a las posibles consecuencias de los fibrinolíticos en determinados casos, como los abscesos pancreáticos (diagnóstico diferencial con seudoquiste pancreático que contiene en ocasiones seudoaneurismas) y en los abscesos cercanos a anastomosis digestivas por la posible alteración de la cicatrización que pueda favorecer una dehiscencia, además de otros criterios de exclusión, como coagulopatías, tumores del sistema nervioso central, malformaciones arteriovenosas, aneurismas, embarazo y lactancia, e insuficiencia hepática fulminante. Como complicaciones descritas en la bibliografía podemos encontrar la aparición de una bacteriemia pasajera al instilar un gran volumen de fibrinolítico y la introducción de otro patógeno, aunque son poco frecuentes⁵. No se han descrito otras complicaciones en la bibliografía, aunque cuando se ha utilizado para tratar derrames pleurales se han presentado con escasa frecuencia cuadros seudogripales (debilidad fiebre y escalofríos), hipotensión y reacción anafiláctica de grado variable⁶.

En la bibliografía se encuentran algunas experiencias, como la de Park et al⁷ que demuestra una reducción del

23% de la viscosidad en material purulento tratado con urocinasa. Por otro lado, Lahorra et al⁸ aseguran el efecto fibrinolítico local de la urocinasa y la nula afección sistémica. Sólo existe un ensayo clínico aleatorizado prospectivo, realizado por Haaga et al⁶, donde se demuestra la eficacia del tratamiento con urocinasa en abscesos intraabdominales, la aceleración de la mejoría clínica y la consecuente disminución de la estancia hospitalaria.

Hemos presentado 2 abscesos intraabdominales, uno de ellos libre, como complicación de una peritonitis de origen apendicular, y otro intraparenquimatoso hepático de origen desconocido. No podemos asegurar que su resolución se haya debido a la instilación de urocinasa, aunque creemos que su evolución se ha visto favorecida por el uso del agente fibrinolítico, ya que las colecciones multiloculadas no suelen resolverse con la simple colocación de un drenaje. No ha habido ninguna complicación de tipo local ni sistémico en los casos que presentamos, salvo molestias locales tras la instilación, que cedieron con analgesia y no impidieron la continuidad del tratamiento.

Hacen falta más estudios para poder establecer el papel de los agentes fibrinolíticos en el tratamiento de los abscesos intraabdominales, aunque puede ser una alternativa útil en abscesos que no se resuelven tras varios días de tratamiento con antibióticos y drenaje radiológico, así como en los que presentan tabicación desde su ini-

cio, evitando su uso en las proximidades de una anastomosis o de grandes vasos.

Bibliografía

1. Men S, Akhan O, Koroglu M. Percutaneous drainage of abdominal abscess. Eur J Radiol 2002;43:204-18.
2. Goletti O, Lippolis PV, Chiarugi M, Ghiselli G, De Negri F, Conte M, et al. Percutaneous ultrasound-guided drainage of intra-abdominal abscesses. Br J Surg 1993;80:336-9.
3. Temes RT, Follis F, Kessler RM, Pett SB Jr, Wernly JA. Intrapleural fibrinolysis in management of empyema thoracic. Chest 1996;110:102-6.
4. Blacutt M, Moreno R. Manejo del derrame pleural paraneumónico. Santiago de Chile: Boletín de la Escuela de Medicina. Universidad Católica de Chile, 1997; p. 126.
5. Parra J. Efusiones paraneumónicas en niños; ¿cuándo indicar la cirugía? XXXVI Congreso Nacional de Pediatría Dra. Rita de Villegas. Venezuela, 2001.
6. Haaga JR, Nakamoto D, Stellato T, Novak RD, Gavant ML, Silverman SG, et al. Intravavitary urokinase for enhancement of percutaneous abscess drainage: phase II trial. AJR 2000;174:1681-8.
7. Park JK, Graus FC, Haaga JR. Fluid flor during percutaneous drainage procedures: an in vitro study of the effects of fluid viscosity, catheter size and adjunctive urokinase. AJR 1993;160:165-9.
8. Lahorra JM, Haaga JR, Stellato T, Flanigan T, Graham R. Safety of intracavitary urokinase with percutaneous abscess drainage. AJR 1993;160:171-5.