



SITUACIONES CLÍNICAS

Absceso subfrénico en el contexto de lumbalgia y lectura analítica en la consulta de atención primaria

P.G. Mirpuri-Mirpuri*, M.M. Álvarez-Cordovés y A. Pérez-Monje

Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Doctor Guigou, Tenerife, Islas Canarias, España

Recibido el 13 de enero de 2012; aceptado el 28 de febrero de 2012

Disponible en Internet el 7 de junio de 2012

PALABRAS CLAVE

Absceso subfrénico;
Absceso
subdiafragmático;
Absceso piógeno;
Absceso pulmonar

KEYWORDS

Subphrenic abscess;
Sub-diaphragmatic
abscess;
Pyogenic abscess;
Lung abscess

Resumen El espacio subfrénico se define como la zona situada debajo del diafragma y encima del colon transverso. La mayoría de los abscesos subfrénicos se deben a contaminación directa relacionada con la cirugía, enfermedad local o traumatismo, pero persisten aún los de causa no definida o desconocida.

Es un trastorno poco frecuente diagnosticado en atención primaria. Alrededor del 55% de los abscesos subfrénicos asientan en el lado derecho, el 25% en el izquierdo y el 20% son múltiples. Estos se pueden extender a la cavidad torácica, donde producen en ocasiones empiema, absceso pulmonar o neumonía.

La mortalidad de los abscesos subfrénicos oscila entre el 11 y el 31%, y se debe a la infección no controlada, desnutrición y complicaciones de la hospitalización prolongada, como infecciones nosocomiales.

El drenaje percutáneo bajo guía ecográfica o tomografía computarizada representa hoy el tratamiento de elección junto con los antibióticos.

© 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Subphrenic abscess in the context of low back pain and reading analytics in the primary care consultations

Abstract The subphrenic space is defined as the area below the diaphragm and above the transverse colon. Most abscesses are due to direct subphrenic contamination associated with, surgery, local disease, or trauma, but the cause still remain undefined or unknown.

It is a disease rarely diagnosed in primary care. About 55% of subphrenic abscesses are located on the right side, with 25% on the left, and 20% are multiple. These can be extended to the thoracic cavity, which sometimes produce empyema, lung abscess, or pneumonia.

The mortality of subphrenic abscess is between 11%-31%, and may be due to uncontrolled infection, malnutrition, and complications of prolonged hospitalization, such as nosocomial infections.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: beauflower@yahoo.com (P.G. Mirpuri-Mirpuri).

Ultrasound or computed tomography-guided percutaneous drainage is now the preferred treatment, combined with antibiotics.

© 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Los abscesos intraabdominales son una colección bien definida, que se desarrolla como introducción de la flora normal a sitios corporales habitualmente estériles, aislada del resto de la cavidad peritoneal. Los principales puntos anatómicos del absceso subfrénico son las zonas subfrénicas, la pelvis, las fístulas lumbares y los pliegues intermesentéricos. Los abscesos subfrénicos pueden dividirse en 3 grupos: subdiafragmático derecho e izquierdo y subhepático.

Los varones tienen más probabilidades de resultar afectados que las mujeres. La mayor incidencia se sitúa entre la tercera y quinta décadas de la vida¹. La mortalidad oscila entre el 11 y el 31%.

La lumbalgia es un problema que se caracteriza por la elevada prevalencia en la población y en la consulta de atención primaria. En nuestro caso, el paciente que en el contexto de una lumbalgia no mecánica asociaba fiebre, alerta a un diagnóstico de enfermedad aguda, que tras estudio de pruebas complementarias se deriva a nivel hospitalario.

Exposición del caso

Presentamos el caso de un paciente varón de 37 años, de profesión vigilante de seguridad, que acude por dolor lumbar y a recoger analítica solicitada en su anterior consulta.

Antecedentes personales. No hábitos tóxicos, no alergias conocidas

Antecedentes familiares. Padre con antecedentes de diabetes mellitus 2, hipertensión arterial y síndrome de Parkinson. Madre con hipertensión arterial.

Antecedentes quirúrgicos. Colectomía y apendicectomía de varios años.

Anamnesis

Refiere dolor lumbar fijo en fosa renal derecha no irradiado, tos de 2 semanas de evolución, pérdida de peso 6 kg en 2 meses, poliuria y nicturia. Ha estado controlando la glucemia capilar por la mañana, con cifras altas > 140 mg/dl en ayunas.

Exploración física

Normohidratado, leve palidez mucocutánea. Fiebre de 38 °C, presión arterial de 120/80 mm Hg, frecuencia cardíaca de 82 lat./min y SatO₂ de 95-96%.

Auscultación cardíaca. Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos audibles.

Auscultación pulmonar. Murmullo vesicular disminuido en la base del hemitórax derecho, resto conservado.

Abdomen. Blando y depresible doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho. Sin megalias, ruidos intestinales positivos, sin soplos abdominales, ni signos de peritonismo. Bloomberg negativo.

Exploración lumbar. Buena movilidad de miembros inferiores, Lassegue y Bragard negativo. Destaca el dolor a la palpación paravertebral dorsolumbar derecha en fosa renal derecha. Puñopercusión renal negativa.

En los análisis destaca: Hb: 12,1 g/día; leucocitosis: 12,2 mil/mm³; VSG: 48 mm; glucemia basal: 140 mg/dl; GGT: 157 U/l.

Ante la sospecha de posible enfermedad respiratoria aguda se solicita estudio radiológico de tórax de carácter urgente, y se pauta paracetamol 650 mg/6 h.

Al día siguiente el paciente aporta el estudio radiológico. En la placa de tórax destaca la elevación del hemidiafragma derecho (fig. 1).

Con las pruebas complementarias, y la persistencia de la fiebre, se deriva con carácter urgente a medicina interna para su ingreso y estudio, con el diagnóstico diferencial de fiebre de origen desconocido, síndrome constitucional, enfermedad respiratoria y/o posible absceso subfrénico.

Evolución del caso

El paciente fue ingresado en medicina interna.



Figura 1 Radiografía posteroanterior de tórax: elevación del hemidiafragma derecho.

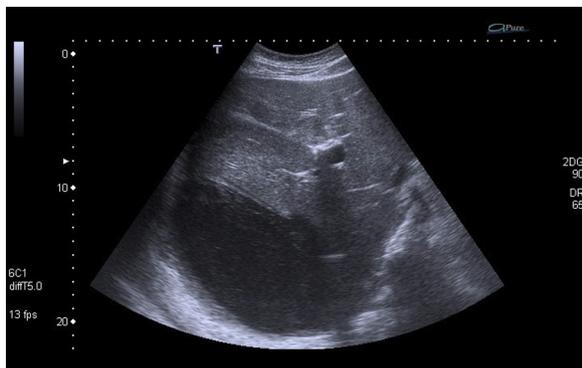


Figura 2 Ecografía de abdomen: se aprecia gran colección de ecogenicidad heterogénea, de hasta 16 × 18 cm de diámetro máximos localizada en hipocondrio-flanco derecho.

Le realizan varias pruebas complementarias entre las que destaca:

Analítica:

Hemátios: 3,81 millón/mm³; hemoglobina: 10,4 g/dl; plaquetas: 465 mil/mm³; leucocitosis: 11,50 mil/mm³; neutrófilos: 94,2%; linfocitos: 3,3%; velocidad de sedimentación: 64 min.

Glucemia: 149 mg/dl; GGT: 166 U/l; LDH: 212 U/l; fosfatasa alcalina: 283 UI/l; alfaamilasa: 25 UI/l; hierro: 12,2 µg/dl; transferrina: 105 mg/dl; ferritina: 117 ng/dl; proteína C reactiva: 24,2 mg/dl. Pruebas de coagulación normal.

IgA: 619,2 mg/dl; complemento C3: 202,0 mg/dl; complemento C4: 46,4 mg/dl; proteínas totales: 6,1 g/dl; albúmina: 2,10 g/dl.

β₂-microglobulina: 2,34 µg/ml; cortisol basal 39,92 µg/dl.

Epstein-Barr, Ac Anti-EBNA IgG positivo, *Clamydia pneumoniae* Ac IgG positivo.

Serología de citomegalovirus, varicela-zóster, toxoplasma, micoplasma, fiebre Q, *Rickettsia* y VIH negativo.

Mantoux y baciloscopia de esputo normal.

Ecografía de abdomen (fig. 2):

Se aprecia gran colección de ecogenicidad heterogénea, de hasta 16 × 18 cm de diámetro localizada en el hipocondrio-flanco derecho. La imagen sugiere colección subfrénica derecha como primera posibilidad diagnóstica. Si bien no podemos descartar absceso intrahepático.

Le realizan una tomografía computarizada (TC) abdominal donde se observa gran absceso subfrénico derecho que se drena (1.500 ml) y en la microbiología aparece *Escherichia coli* multisensible que fue tratado con antibióticos de amplio espectro. Debido a la persistencia de la fiebre y deterioro generalizado con evolución a cuadro séptico, se le realizó una nueva TC toracoabdominal en la que se observó una mejora del absceso pero aparición de un infiltrado pulmonar derecho indicativo de neumonía con patrón de vidrio deslustrado en el resto del pulmón, además de derrame pleural derecho moderado. Fue ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Al paciente se le practicó una torcotomía posterolateral derecha con resección costal de la octava costilla, observando absceso pulmonar en lóbulo inferior derecho, absceso subfrénico y fístula transdiafragmática,

realizándose frenorrafia, lobectomía del lóbulo inferior derecho y drenaje pleural. Con evolución favorable le fue dada el alta, con controles posteriores en cirugía digestiva.

Discusión

En atención primaria el síntoma de dolor lumbar adquiere un papel relevante por su prevalencia. Diversas etiologías pueden subyacer a dicho síntoma.

El interés del caso reside en poner de manifiesto la necesidad de realizar un adecuado diagnóstico diferencial por parte del médico de familia basado en una anamnesis estructurada y exploración física orientada al síntoma en aquellos cuadros que presenten sintomatología de una duración superior a la inicialmente esperada. Si se trata de una evolución clínica inesperada o aparecen síntomas de alarma, en nuestro caso la fiebre, hay que descartar otras causas menos frecuentes de lumbalgias.

Muchos abscesos intraabdominales se deben a perforación o inflamación del tracto gastrointestinal; los gérmenes causales, una compleja mezcla de bacterias anaerobias y aerobias, reflejan la flora intestinal normal. Los aislados más frecuentes son bacilos gramnegativos aerobios, por ejemplo *E. coli* y *Klebsiella*, y anaerobios, en especial *Bacteroides fragilis*^{2,3}. El 90% de los pacientes presentan fiebre, pérdida de peso, escalofríos, malestar general y, en casos graves, confusión y shock^{3,4}.

En los abscesos subfrénicos derechos existe sintomatología respiratoria como tos y dolor pleurítico irradiado a hombro derecho^{3,5}. El síntoma abdominal más común, el dolor, se acompaña muchas veces de hipersensibilidad localizada. En los análisis se encuentran leucocitosis, anemia, velocidad de sedimentación alta. Dentro del perfil hepático la fosfatasa alcalina, bilirrubina y transaminasas se encuentran usualmente elevadas y se evidencia presencia de hipoalbuminemia^{3,5}. La radiografía de tórax suele ser patológica en el absceso subfrénico derecho, donde se observa elevación del hemidiafragma, atelectasia y derrame pleural^{2,6}. La ecografía abdominal tiene una sensibilidad de 85-95%⁶, sobre todo para los subfrénicos derechos, y es el método diagnóstico de elección, pero la TC tiene una mayor sensibilidad, 95-100%, y es útil para identificar otras enfermedades asociadas. Mediante el buen manejo combinado con antibióticos y drenaje percutáneo se logran excelentes resultados, con notoria mejoría en el pronóstico⁷⁻⁹. El tratamiento quirúrgico se reserva para aquellos casos en que fallan el tratamiento médico y el drenaje percutáneo.

En nuestro paciente el absceso subfrénico de etiología incierta había fistulizado a través del diafragma en el pulmón distribuyéndose por el torrente vascular ocasionando un grave cuadro séptico y formando un absceso pulmonar agravando su estado, razón por lo cual se optó por el tratamiento quirúrgico.

Este caso revela la importancia de un diagnóstico diferencial precoz, complementado con la utilización racional de otras pruebas complementarias, muchas de ellas no accesibles en atención primaria, para aumentar la capacidad de resolución de los profesionales y evitar demoras innecesarias en los problemas de salud.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Suarez ME. Infecciones intrabdominales: peritonitis y abscesos. *MEDICRIT*. 2004;1:169-170.
2. Rahimiam J, Wilson T, Oram V, Holzman RS. Pyogenic Liver Abscess. Recent Trends in etiology and mortality. *Clin Infect Dis*. 2004;39:1654-9.
3. Manual de Merck. 10.a ed. Sección 13. Enfermedades Infecciosas. Cap. 155. Disponible en: http://www.msd.co.cr/assets/biblioteca/manual_merck/Index.html.
4. Wing-Chiu NG, Wing-Hong LI, Moon-Tong C. Audit of Management of pyogenic liver abscess in a tertiary referral hospital. *Surgical Practice*. 2008;12:7-10.
5. Seeto RK, Rockey DC. Pyogenic liver abscess. *Medicine (Baltimore)*. 1996;75:99-113.
6. Lodhi S, Sarwari AR, Muzammil M, Salam A, Smego RA. Features distinguishing amoebic from pyogenic liver abscess: a review of 577 adult cases. *Trop Med and Int Health*. 2004;9:718-23.
7. Defelito JR, Cosoli A. Abscesos hepáticos Programa de Actualización en Cirugía (PROACI). Sexto ciclo, módulo I. Madrid: Editorial Panamericana. 2001:141-58.
8. Saad E, Perissant J, Suhl A. Cirugía Video asistida y percutánea para cirujanos generales. Buenos Aires: Prensa Medica Argentina. 2004:339-49.
9. Nyhus LM, Baker RJ, Fisher JE. El Dominio de la Cirugía. *Mastery of Surgery*. 3.^a ed. Tomo II. Madrid: Editorial Panamericana; 1999. p. 1085-118.