

ABSCESO SUBFRÉNICO*

Estudio Clínico-Quirúrgico de 30 casos en el Hospital Obrero de Lima. Período 1956-1967

ALEJANDRO ALBURQUERQUE PERALTA

INTRODUCCION

El absceso subfrénico es poco frecuente en todo el mundo y su mayor incidencia se registra como una complicación post-operatoria. En nuestro medio coincidimos con la baja incidencia registrada en otros lugares.

En la etiología del absceso subfrénico se ha mencionado como factor principal la apendicitis aguda.

Actualmente este factor ha decrecido en importancia, aumentando, en cambio, los abscesos subfrénicos debidos a patología de estómago y duodeno e hígado y vías biliares.

Clásicamente el absceso subfrénico ha sido siempre una entidad difícil de diagnosticar y ello es debido a que se localiza en regiones profundas del organismo difíciles de examinar y es por eso que debe tenerse en mente en todos los casos en los cuales el diagnóstico de enfermedad abdominal es incierto, o en todo paciente con una convalecencia tormentosa después de una intervención quirúrgica abdominal.

El absceso subfrénico está considerado como una entidad potencialmente mortal, a pesar del uso liberal de los antibióticos y continúa aún siendo elevada la tasa de mortalidad; no sólo por las dificultades técnicas que impone el abordaje de la colección y las complicaciones que pueden sobrevenir, sino también y fundamentalmente por el retardo con que, en general, se diagnostica.

Este solo hecho justifica la elección de este tema, tomando en cuenta las grandes ventajas que puede significar el delinear los hechos clínicos primarios, destinados a prevenir, diagnosticar y tratar convenientemente esta temible entidad.

La evaluación de los resultados de la terapia impuesta en nuestros casos, puede ser de utilidad para los interesados en este tema.

MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo se ha realizado en el Hospital Obrero de Lima, practicándose el estudio clínico quirúrgico de 30 pacientes con absceso subfrénico, cuyas historias clínicas fueron tomadas del Archivo Central de dicho hospital.

Dichas historias fueron revisadas en

* Resumen de la tesis presentada por el autor para el grado de Bachiller en Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 1967.



Caso 2. Fig. 2. Radiografía de tórax (perfil). Elevación de hemidiafragma derecho e imagen hidroaérea subyacente.

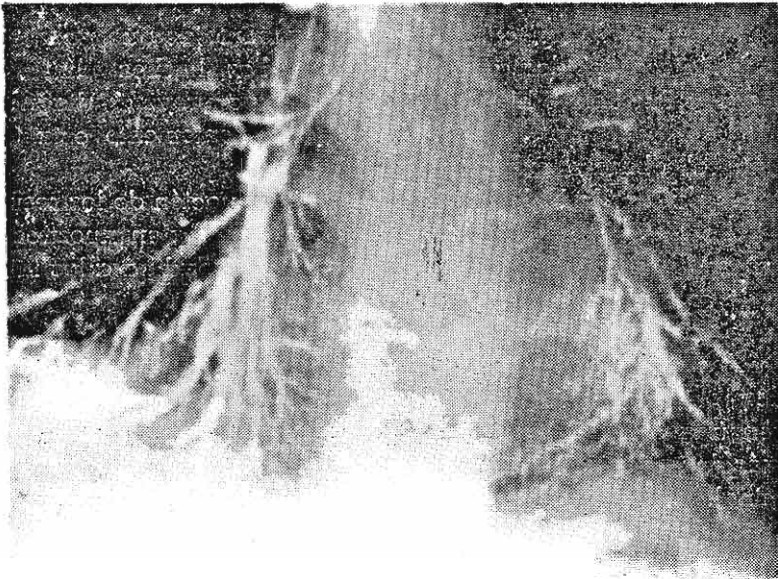
sus diversos aspectos y admitidas a nuestro estudio sólo aquellas en las cuales el diagnóstico fue confirmado clínicamente, operatoriamente o en autopsia, durante los años de 1956 a 1967.

Para tener una idea cómo han sido estudiados estos pacientes se reportarán las historias clínicas de 6 de los 30 casos, las que van acompañadas de sus respectivas radiografías (ver fotografías) (Casos Nº 2, 9, 12, 24, 25, y 27). El cuadro general de casuística es un compendio de las historias clínicas de los 30 pacientes.

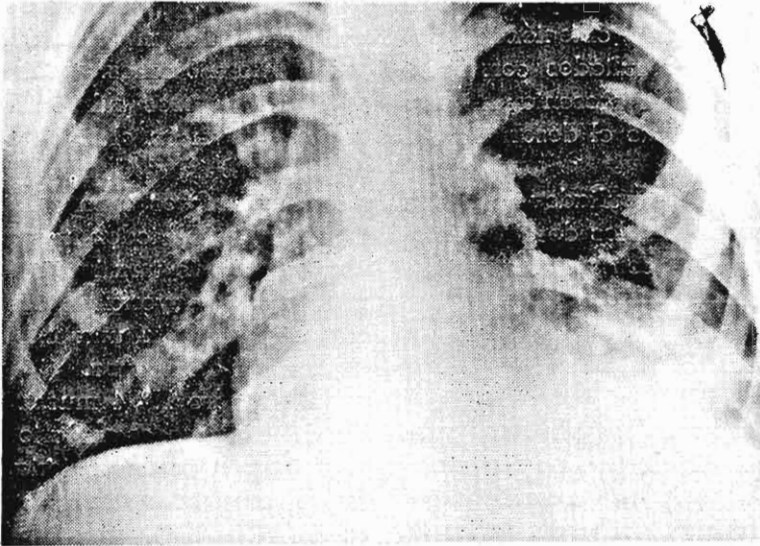
De los 30 pacientes que constituyen la totalidad de nuestra serie, 16 diagnosticados clínicamente, 10 operatoriamente y 4 fueron hallazgos de autopsia.

Los límites de edad que comprendieron nuestros pacientes fueron entre los 16 y 63 años, los pacientes fueron controlados ambulatoriamente en consultorio externo.

Los datos obtenidos del estudio clí-



Caso 2. Fig. 3. Examen broncográfico. Bronquiectasia del lóbulo inferior derecho y retracción de todo el árbol bronquial.



Caso 9. Fig. 4. Radiografía de tórax frontal. Zona opaca en la parte media de la base izquierda que enmascara el borde cardíaco y algo al diafragma, que corresponde a la porción inferior del lóbulo inferior izquierdo.



Caso 9. Fig. 5. Radiografía de tórax frontal. Imágenes opacas irregulares en fase izquierdo y zona transparente debajo de hemidiafragma izquierdo.

nico quirúrgico de nuestros pacientes se tabularon por separado, obteniéndose los resultados con los resultados correspondientes, los cuales se representan en cuadros y gráficas durante el desarrollo del tema.

Se comentan los resultados obtenidos y son comparados con los de otros autores tanto nacionales como extranjeros.

RESULTADOS

Hemos clasificado los abscesos subfrénicos con criterio objetivo en dos grandes grupos: Grupo A, que corresponde a los abscesos subfrénicos secundarios o sea, todos los casos de abscesos subfrénicos que se presentaron como complicación a una intervención quirúrgica abdominal, y el Grupo B, que incluye todos los abscesos primarios, o sea sin intervención quirúrgica abdominal previa.

El grupo A reúne a 22 casos de absceso subfrénico mientras que el grupo B reúne sólo a 8 casos. (Cuadro N° 1).

Los abscesos subfrénicos del grupo A se detallan en el Cuadro N° 2, y los del grupo B en el Cuadro N° 3. En realidad los abscesos subfrénicos de este último grupo (B) todos fueron ciertamente una secuela de una infección intra-abdominal, y la mayoría de ellos fueron encontrados durante una intervención quirúrgica por otra causa.

El Cuadro N° 4 muestra la incidencia del absceso secundario o sea como complicación post-operatoria, en relación con los órganos afectados en el lapso citado (1956-1967), y, además, compara los porcentajes de esta complicación con los citados por el Dr. Carl Möller (University Hospital, Helsinki, Finlandia). Se encuentra una incidencia total de 0.2% de abscesos subfrénicos como complicación post-operatoria en cirugía abdominal.



Caso 6. Fig. 6. Radiografía de tórax lateral. Estas mismas imágenes se proyectan sobre la parte media del hemidiafragma izquierdo que está elevado y con la presencia de imagen hidro-aérea subyacente.

Cuadro N° 1. Clasificación de los Abscesos Subfrénicos según su Patogenia H.O.L. (1956-1967)

Foco Primario	*Absceso Subfrénico Secundario Grupo "A"	Absceso Subfrénico Primario Grupo "B"	Total
Estómago y Duodeno	8	1	9
Hígado y vías biliares	9	5	14
Apéndice	4	0	4
Otros	1	2	3
Totales	22	8	30

* De 30 casos de Absceso Subfrénico, 22 se desarrollaron después de una intervención quirúrgica abdominal.

Cuadro N° 2. Absceso Subfrénico Secundario (22 casos) H.O.L. 1956-1967

Patología previa	N° de Casos
ESTOMAGO Y DUODENO	8
Úlcera péptica gastroduodenal	6
Neoplasia Gástrica	2
HIGADO Y VIAS BILIARES	9
Hidatidosis Hepática	3
Colelitiasis	5
Hipertensión Portal	1
APENDICE	4
Apendicitis Aguda	4
COLON	1
Perforación de Sigmoides	1
T O T A L	22

Es sobre hígado y vías, estómago y duodeno la mayor frecuencia de Absceso Subfrénico Secundario.

Se desarrollaron después de una operación abdominal.

Cuadro N° 3. Absceso Subfrénico Primario (8 casos) H.O.L. 1956-1967

Patología previa	N° de Casos
ESTOMAGO Y DUODENO	1
Perforación ulcerosa duodenal	1
HIGADO Y VIAS BILIARES	5
Colecistitis Aguda	3
Quiste Hidatídico roto	1
Absceso Hepático roto	1
VARIOS	2
Traumatismo abdominal	1
Etiología no determinada	1
T O T A L	8

Es sobre hígado y vías biliares la mayor frecuencia de Absceso Subfrénico Primario.

Se presentaron sin ninguna operación abdominal previa.

Cuadro N° 4. Incidencia del Absceso Subfrénico como complicación post-operatoria H.O.L. (1956-1967)

Campo Operatorio	Número de Operaciones	Abscesos Subfrénicos	%	Möller %
Estómago y duodeno	1,470	8	0.5	0.8
Hígado y Vías biliares	1,937	9	0.4	0.3
Apéndice	5,734	4	0.06	0.8
Intestino Grueso	215	1	0.4	1.
Totales	9,356	22	0.2	0.5

Las operaciones en estómago y duodeno, hígado y vías biliares, son más susceptibles de esta complicación, probablemente por su vecindad con la región subfrénica.

(22 abscesos subfrénicos en 9,356 operaciones abdominales). La incidencia sobre los órganos afectados son: estómago y duodeno 0.5%; hígado y vías biliares 0.4% y apéndice 0.06%. Esto nos demuestra que los abscesos subfrénicos post-apendicectomía han dejado de ser la causa más frecuente de este tipo de complicación, en lo que coinciden otros autores de nuestra bibliografía.

Con respecto a las edades de los pacientes de nuestra serie, ésta oscilaba entre los 16 y 63 años, siendo la incidencia ligeramente mayor en la tercera década de la vida.

La distribución por sexo no la hemos considerado, porque no es demostrativa, ya que el número de pacientes mujeres es mucho menor que la cifra de pacientes varones que se atienden en este hospital.

Nosotros hemos seguido la tendencia actual de clasificar el área subfrénica en 4 espacios, suprahepáticos derecho e izquierdo, subhepático derecho y transcavidad de los epiplones. En nuestra serie hubieron 16 abscesos suprahepáticos derechos (53.3%); 8 suprahepáticos izquierdos (26.6%); 6 subhepáticos derechos (20%); ninguno de la transcavidad de los epiplones.

En los abscesos subfrénicos secundarios (22 casos) o sea en los que se presentaron después de una operación abdominal previa, los síntomas generales se iniciaron en la mayoría de ellos (16 casos), en la primera y segunda semana del post-operatorio.

Los síntomas y signos generales comunes en el absceso subfrénico fueron los de una infección general. Fiebre tuvieron 27 de los 30 casos y leucocitosis superior a 10,000 mmc. 24 de los 30 casos.

Los síntomas en nuestra casuística están en relación con la localización del absceso subfrénico según el espacio sub-

frénico que lo aloja. Así apreciamos en el cuadro N° 5, que si bien la sintomatología fue mixta (tóraco-abdominal) en 17 de los 30 casos, los síntomas abdominales predominan en los abscesos subhepáticos derechos y los síntomas torácicos en los abscesos suprahepáticos.

El síntoma abdominal más frecuente fue dolor abdominal localizado en 2/3 partes de nuestros casos. Otros síntomas abdominales de menor incidencia fueron: tumoración palpable (7 casos), dolor abdominal difuso (5 casos), náuseas y vómitos (3 casos).

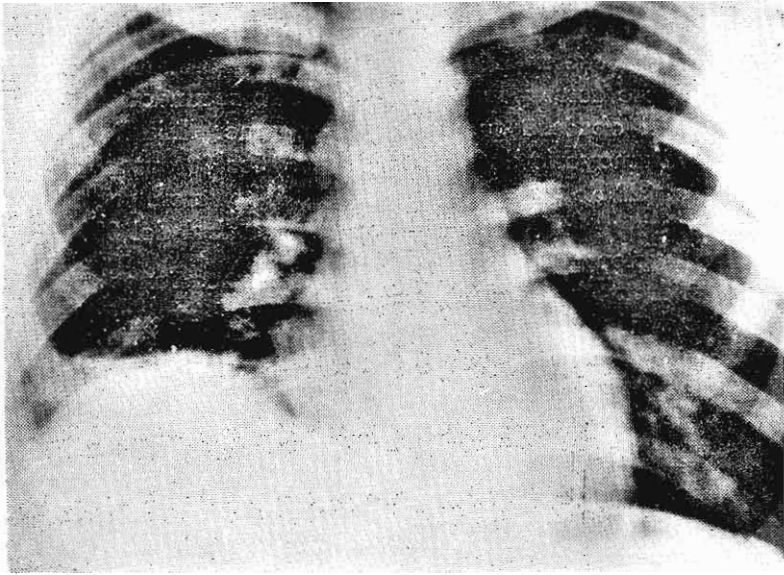
El síntoma torácico más frecuente fue dolor en el hemitorax correspondiente (17 de 30 casos) y luego con menor incidencia disnea (13 casos), tos (5 casos). El derrame pleural que se encontró en 6 de nuestros casos debe considerarse como una complicación del absceso subfrénico. Igualmente la vómita por fístula bronquial que estuvo presente en dos de nuestros casos.

El examen radiográfico demostró su importancia en nuestra pequeña casuística ya que solamente fue negativa en uno de los 24 casos en que se practicó este examen.

La imagen hidroaérea estuvo presente en 13 casos, siendo la mayoría de ellos abscesos suprahepáticos derechos (9 de 13 casos) y ausente en los casos de abscesos subhepáticos derechos (4 casos). Los abscesos suprahepáticos izquierdos y subhepáticos dieron con mayor frecuencia signos indirectos de absceso subfrénico como son: derrame pleural y/o elevación del hemidiafragma correspondiente.

Insistimos por esto lo imperioso de practicar este examen y en caso de resultados negativos hacerlo en forma seriada de persistir la sintomatología.

La fluoroscopia solamente se practi-



Caso 12. Fig. 7. Radiografía de tórax frontal. Elevación de hemidiafragma derecho e imagen hidroaérea subyacente



Caso 12. Fig. 8. Radiografía de tórax lateral. Elevación de hemidiafragma derecho e imagen hidroaérea subyacente.

có en 8 de nuestros casos, sin embargo en todos ellos con resultados positivos de inmovilidad diafragmática y/o elevación del hemidiafragma correspondiente. Esto nos hace ver la importancia de este examen y la necesidad de realizarlo rutinariamente ante la sospecha de absceso subfrénico. Carter y Brewer (8), dicen que en su serie la fluoroscopia fue positiva en el 100% de sus casos.

De los 30 casos de absceso subfrénico que presentamos sólo 16 fueron diagnosticados clínicamente, de los cuales 10 casos fueron abscesos suprahepáticos derechos; 5 casos suprahepáticos izquierdos y un caso subhepático derecho.

En 10 de los 30 casos el absceso subfrénico fue hallazgo operatorio en intervenciones quirúrgicas por otra patología. En 4 casos se encontraron los abscesos subfrénicos en autopsia.

Entre las complicaciones que se presentaron a consecuencia del absceso sub-

frénico en nuestra serie el derrame pleural se observó en 6 casos, dando la pauta para la sospecha de absceso subfrénico y el tratamiento quirúrgico correspondiente.

El tratamiento del absceso subfrénico fue quirúrgico en la mayoría de los casos de nuestra serie (23 de 30 casos).

La técnica quirúrgica empleada fue la vía posterior extrapleurales en un solo caso y la vía anterior transperitoneal en 22 casos. De estos, en 13 casos los pacientes fueron diagnosticados clínicamente y se confirmó en el acto operatorio (12 fueron abscesos subfrénicos secundarios y uno absceso subfrénico primario), sin embargo, en 10 casos el absceso subfrénico fue hallazgo operatorio que se drenó en conexión con la entidad que los llevó a sala de operaciones y así tenemos, en 4 casos, el drenaje de absceso subfrénico se hizo en relación con colecistectomía (casos N° 8, 16, 23 y 24); 2 casos en relación con quistectomía de hígado (casos N° 1 y 6); un caso en relación con cuerpo extraño (gasa que quedó después de una gastrectomía) (caso N° 5); un caso en relación con fístula ileal (caso N° 29); y un caso en relación con empiema pulmonar (caso N° 9). Este último caso fue drenado a través de una toracotomía izquierda, el empiema comunicaba con el absceso subdiafragmático a través de una perforación del diafragma. (De estos 10 abscesos subfrénicos 5 fueron abscesos subfrénicos secundarios y 5 abscesos subfrénicos primarios).

En 7 casos el absceso subfrénico no tuvo tratamiento quirúrgico sino médico (antibioterapia), de los cuales 6 fueron abscesos subfrénicos secundarios y uno absceso subfrénico primario).

De los 23 casos drenados quirúrgicamente 5 fallecieron dando una mortalidad de 21.7%; y de los 7 casos tratados médi-

camente (antibioterapia) 2 casos drenaron espontáneamente por el árbol bronquial (1 fue absceso subfrénico primario y el otro secundario) y 5 fallecieron dando una mortalidad de 71%.

De los 30 casos de absceso subfrénico 10 fallecieron, representando una mortalidad global del 33%.

Complicaciones post-operatorias del absceso subfrénico. Durante el post-operatorio del tratamiento quirúrgico del absceso subfrénico de nuestros pacientes, se agregaron serias complicaciones que, en algunos de ellos, los llevó a la muerte.

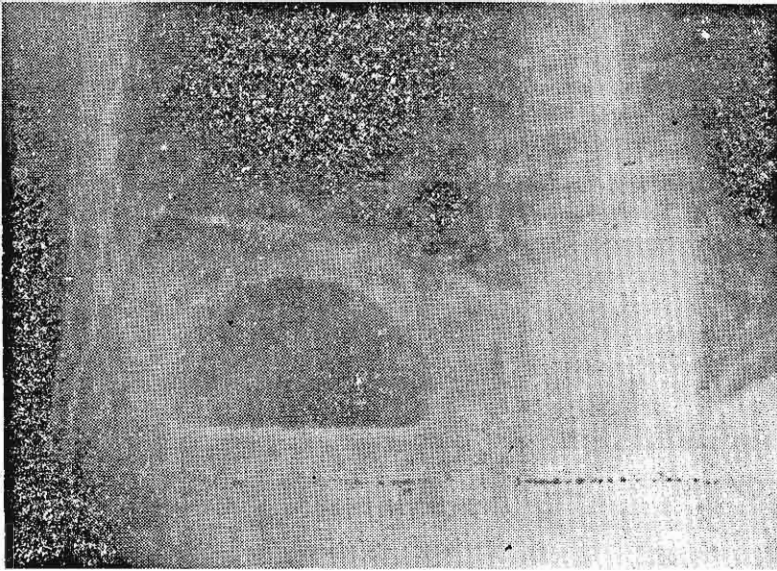
Así, un paciente tuvo una bronconeumonía y falleció a los 7 días del post-operatorio. 3 pacientes presentaron fístula a tracto digestivo, dos de ellos al colon y uno al duodeno, pero ninguno de ellos llegó a sobrevivir. Los dos primeros tuvieron una peritonitis generalizada y fallecieron y el tercer caso fue reintervenido porque, además de la fístula al duodeno, presentó un cuadro obstructivo de las vías biliares extrahepáticas. Pero fue operado y se encontró una carcinomatosis generalizada, practicándose una anastomosis yeyuno-yeyunal, falleciendo a los 14 días de la intervención.

Cuatro pacientes presentaron fístula externa a la pared abdominal y uno a la pared torácica. En todos ellos, la fístula cicatrizó espontáneamente.

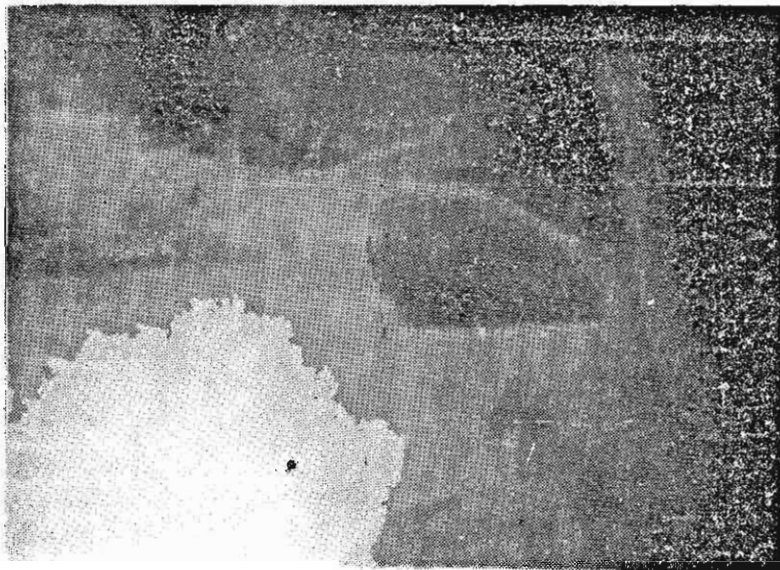
Un paciente presentó una fístula en las vías biliares extrahepáticas que también curó espontáneamente.

En un caso, el paciente falleció al día siguiente del drenaje quirúrgico del absceso subfrénico por colapso cardiovascular.

Evolución. Los pacientes sobrevivientes al tratamiento quirúrgico (18 casos de 23) han sido evolucionados desde



Caso 25 Fig. 12. Radiografía de tórax frontal: Elevación del hemidiafragma derecho e imagen hidroaérea por debajo de él.



Caso 25. Fig. 13. Radiografía de tórax perfil: Imagen hidroaérea por debajo del hemidiafragma derecho.

el día del drenaje quirúrgico hasta un promedio de 4 años.

Esta evolución se ha seguido ambulatoriamente en consultorio externo. En 4 casos quedó como secuela al drenaje quirúrgico una fístula externa a pared abdominal que cicatrizó espontáneamente, no habiéndose presentado después ninguna patología a consecuencia del absceso subfrénico.

COMENTARIO

La literatura médica contiene sólo datos esporádicos de la incidencia del absceso subfrénico. De acuerdo con Ochsner y De Bakey (1938) el absceso subfrénico era una complicación de la apendicitis aguda en 25.3% de casos. Sin embargo, hoy en día no se considera a esta enfermedad como principal foco primario del absceso subfrénico.

Las infecciones provenientes del estómago y duodeno, hígado y vías biliares,

son las causas más comunes, así lo confirman los trabajos de autores americanos y europeos (3) (8) (14) (15) (22) (25); nuestra serie está de acuerdo con las estadísticas de dichos autores. Cuadro 5

No hay ninguna duda de que el diagnóstico de absceso subfrénico puede a veces ser muy difícil, pero, teniendo en cuenta los síntomas generales asociados a síntomas abdominales y/o torácicos entre el tercero y noveno día post-operatorio estamos obligados a pensar en absceso subfrénico.

Se necesitan exámenes radiográficos repetidos si es que inicialmente el diagnóstico no se puede hacer. Si el paciente no tiene una mejoría inmediata con una terapia antibiótica, debido a que estos enmascaran el cuadro, y no previene el desarrollo del absceso subfrénico retardando el diagnóstico. En muchos casos de nuestra serie, por el uso de antibióticos administrados en el post-operatorio, el curso clínico fue menos claro y de-

Cuadro N° 5. Absceso Subfrénico en relación a Patología Previa

Autores	N° de Casos	PATOLOGIA PREVIA			
		Estómago y Duodeno	Hígado y Vías biliares	Apéndice	Otros
		%	%	%	%
Moller. C. Act. Chir. Scand (1960-1965)	20	30	25	25	20
Moore H. D. Ann. Surg. (1954-1958)	10	30	30	10	30
Harley H. R. S. Oxford (1949-1954)	188	31	21	19	29
Dineen P. Clin. Quir. Nort. Arner. (1950-1963)	68	36.7	25	13.3	25
Carter and Brewer Amer. J. Surg. (1944-1964)	125	32.6	20.4	12.6	34.4
Kenneth. F. J. Thor. Surg. (1950-1956)	30	53.3	26.6	10	10
Ozeran M. D. Amer Surg. (1953-1962)	33	32	42	12	14
Hosp. Obrero de Lima (1956-1967)	30	30	43	13	13.3

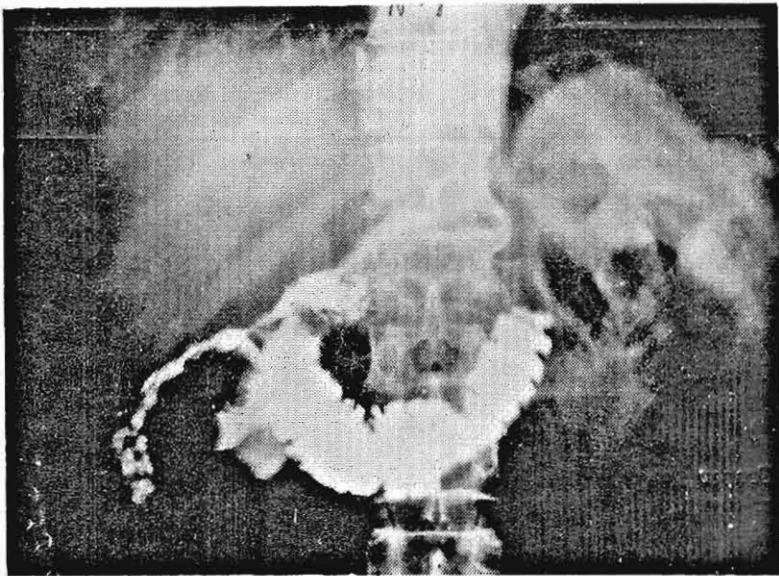
finido y el establecimiento de los signos y síntomas fueron graduales y no muy característicos.

Debemos hacer mención de que no a todos los pacientes de nuestra serie se les hizo exámenes radiográficos y mucho menos examen fluoroscópico y debemos tener presente que este último examen es también de gran importancia diagnóstica.

El absceso subfrénico se produjo en nuestra serie en los adultos jóvenes (20-29 años) y en ancianos (60 a más años). Sin embargo, Möller (23) señala en su serie mayor incidencia en la séptima década y Ozeran (25) en la quinta década

(25) 48%; Dineen, P. (14) 52%. Ante esto se explica por qué el drenaje linfático del tracto biliar y duodeno, se disemina a través del hemidiafragma derecho (8). Harley (16) cree que las causas más frecuentes de absceso subfrénico ocurren por gravedad, por desplazamiento del líquido infectado en el decúbito y por presión hiorostática del diafragma cuando está de pie.

En la literatura médica existe una considerable controversia sobre la técnica posterior extrapleural y la vía anterior extraperitoneal a emplearse en el drenaje del absceso subfrénico.



Caso 25. Fig. 14. Fistulografía. Fistula al duodeno que queda como secuela del drenaje del absceso subfrénico.

de la vida; quizás en relación con el tipo de pacientes visto por dichos autores.

Según la localización del absceso subfrénico, en nuestra serie hemos encontrado que el mayor porcentaje de ellos estuvo localizado en el espacio suprahepático derecho (53%), así lo demuestran también Ochsner y De Bakey (7) 59.2%; Carter y Brewer (8) 71 %; Ozeran, M.

La técnica quirúrgica que se empleó en nuestra serie fue casi en su totalidad por la vía anterior transperitoneal porque de los 23 abscesos subfrénicos en que se hizo el drenaje quirúrgico sólo en un caso se drenó el absceso por vía posterior extrapleural.

El hecho de que actualmente se empleen indistintamente tanto la vía ante-

rior como la posterior nos hace pensar que si bien ninguna de ellas es la ideal, ambas cumplen con su finalidad que es el drenaje del absceso.

Si bien en nuestra serie casi la totalidad de los pacientes fueron drenados por vía anterior transperitoneal la incidencia de mortalidad es semejante a series con drenaje posterior (23); esto quiere decir que ambas técnicas son igualmente buenas y que lo importante para el paciente no es la técnica que se em-

plea, sino que el drenaje quirúrgico que se emplee sea efectivo.

Las fístulas, tanto externas (5 casos) como a órganos abdominales (4 casos), representan la complicación más frecuente después del drenaje quirúrgico del absceso subfrénico (9 de 23 casos).

En nuestra serie la mortalidad fue: en los casos en que se empleó el drenaje quirúrgico de 21.7% (5 fallecidos de 23 pacientes tratados quirúrgicamente); la mortalidad en aquellos en que no se

Cuadro Nº 6. Mortalidad Comparativa entre Tratamiento Quirúrgico y no Quirúrgico de Absceso Subfrénico

Autores	Nº Casos	Tratamiento Quirúrgico. Porcentaje de mortalidad	Tratamiento Médico. Porcentaje de mortalidad	Mortalidad Total %
Möller, C. Act. Chir. Scand (1960-1965)	20	27	77	50
Dineen, P. Clin. Quir. N. A. (1950-1963)	68	34	75	50
Carter y Brewer Amer. J. Surg. (1944-1964)	125	31.4	67	42
Kenneth-Fraser J. Thorac. Surg. (1953-1962)	30	12	40	16.6
Ozeran J. D. The Amer. Surg. (1953-1962)	33	7.4	33	12.1
Guivac'h y otros J. Chir. (Paris) (1950-1965)	59	26	47	30
Harley, H.R.S. Oxford (1949-1954)	182	26.6	83	40
Hosp. Obrero Lima. (1956-1967)	30	21.7	71	33

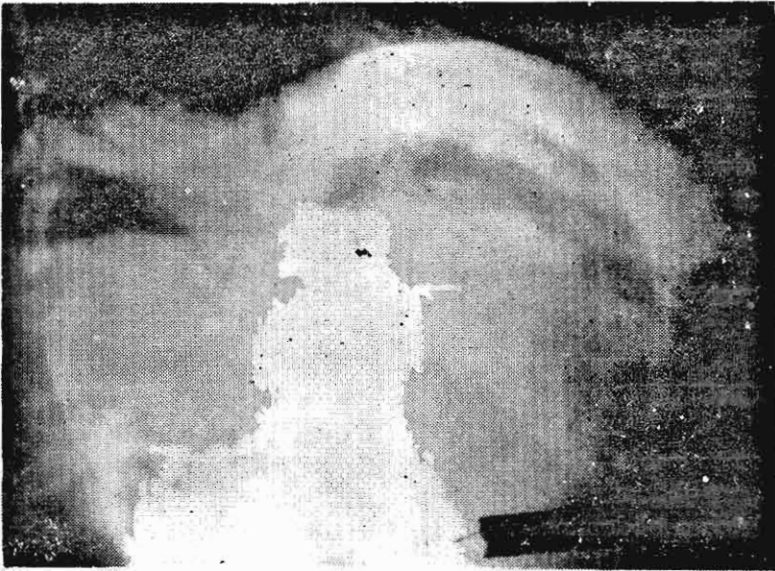


Fig. 18. Radiografía de tórax perfil, en posición de pie. Cavity hidraérea en la porción superior del hígado, hasta donde llega la sonda de drenaje.

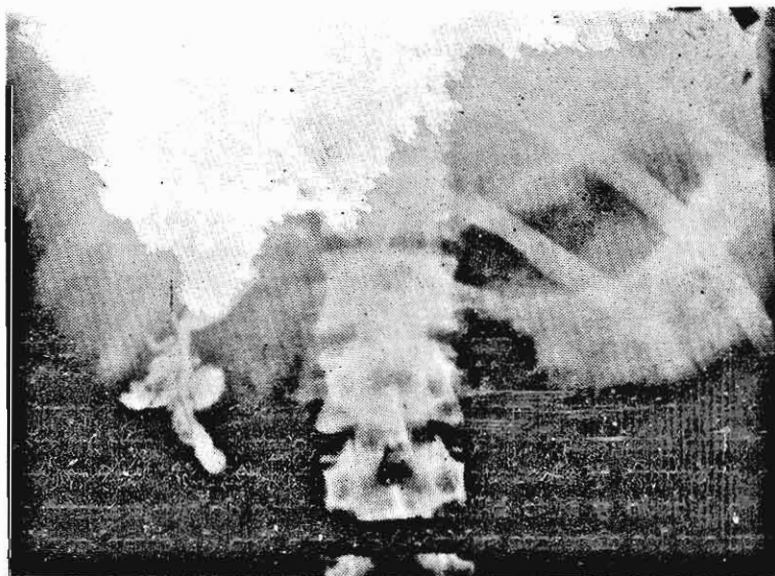


Fig. 19. Fistulografía. Trayecto fistuloso que se divide en 2 ramas, una que termina en una cavidad irregular y la otra que se comunica con el hepatocolédoco. Fistulo. Secuela del drenaje de A. S.

hizo drenaje quirúrgico fue de 71% (5 fallecidos de 7 pacientes. Es decir, que la mortalidad total es de 33.3% (10 fallecidos de 30 pacientes con absceso subfrénico).

La mortalidad comparativa entre pacientes tratados quirúrgica y no quirúrgicamente descrita por otros autores es semejante a nuestra serie como se aprecia en el cuadro N° 6.

CONCLUSIONES

1. El absceso subfrénico es un cuadro clínico tóraco-abdominal cuya sintomatología torácica o abdominal varía según la localización del absceso.

2. El espacio subfrénico más frecuentemente comprometido es el suprahepático derecho.

3. Los exámenes radiográficos seriados son de gran ayuda para confirmar la impresión clínica y establecer el diagnóstico de absceso subfrénico.

4. La fluoroscopia es un examen obligatorio en todo paciente con sospecha de absceso subfrénico porque nos permite estudiar la cinética de los hemidiafragmas.

5. El uso de los antibióticos no ha disminuído la incidencia ni la mortalidad de los abscesos subfrénicos; su empleo obscurece el cuadro clínico de absceso subfrénico y propicia los casos subagudos y crónicos.

6. La patología abdominal que se ve asociada al absceso subfrénico es la que corresponde a estómago y duodeno seguida por la de hígado y vías biliares tanto a lo referente a los abscesos subfrénicos primarios como secundarios.

7. El drenaje quirúrgico por vía anterior o posterior es el procedimiento de elección para todos los tipos de absceso

subfrénico con el agregado de los antibióticos adecuados, determinados éstos por los cultivos y antibiograma respectivo.

8. La mortalidad por absceso subfrénico se duplica cuando los pacientes no son tratados quirúrgicamente, a pesar del uso liberal de los antibióticos.

RESUMEN

Se clasifican los espacios subfrénicos aceptando la división de los mismos en cuatro espacios (dos derechos y dos izquierdos) que denominamos: Los derechos: suprahepático y subhepático; los izquierdos: suprahepático y retrocavidad de los epiplones.

En nuestra serie hubieron 16 abscesos suprahepáticos derechos (53.3%); 8 suprahepáticos izquierdos (26.6%); 6 subhepáticos derechos (20%); ninguno en la transcavidad de los epiplones.

Al ocuparnos de la patogenia del absceso subfrénico, hemos clasificado en dos grandes grupos: Grupo A que corresponde a los abscesos subfrénicos secundarios o sea todos los casos de absceso subfrénico que se presentaron como complicación a una intervención quirúrgica abdominal (22 casos). y el grupo B que incluye todos los abscesos subfrénicos primarios o sea sin intervención quirúrgica abdominal previa.

La patología abdominal con mayor incidencia de absceso subfrénico es la de estómago y duodeno seguida por la de hígado y vías biliares extrahepáticas. Los abscesos subfrénicos post-apendicectomía ha dejado de ser la causa más frecuente de este tipo de complicación.

Los síntomas que presentaron nuestros casos están en relación con la localización del absceso subfrénico según el espacio subfrénico que lo aloja. Si bien

la sintomatología fue mixta (tóraco-abdominal), los síntomas torácicos predominaron en los abscesos suprahepáticos y los abdominales en los subhepáticos derechos.

El examen radiológico demostró su importancia para el diagnóstico clínico en nuestra casuística, ya que fue negativa en uno de los 24 casos en que se practicó este examen. La imagen hidroaérea estuvo presente en 13 casos, siendo la mayoría de ellos suprahepáticos derechos y ausente en los subhepáticos derechos.

La fluoroscopia solamente se practicó en 8 de nuestros casos, sin embargo en todos ellos con resultados positivos.

El tratamiento fue quirúrgico en la mayoría de ellos (23 casos) y médico en 7 casos.

De los tratados quirúrgicamente 5 fallecieron dando una mortalidad del 21.7% y de los tratados médicamente fallecieron 5 dando una mortalidad de 71%. De los 30 casos, 10 fallecieron representando una mortalidad global de 33%.

BIBLIOGRAFIA

- Adams, H. D.: Pleurobiliary and bronchobiliary fistulas. *J. Thoracic Surg.* 30: 255-62, Sep. 1955.
- Adams, H. D.: Hepatobiliary involvement of the thorax. *S. Clin. North Amer.* 38: 611-17, Jun. 1958.
- Bondi, F. and Erickson: Current concepts of subfrenic abscess. *Amer J. Surg.* 107: 614-21, 1964.
- Boquien, Y. Colaboradores: Lés Abcés Sous-phreniques gauches. *Gaz. Med. France*, 71: 3397-413, 10 Nov. 1964.
- Boyd, D. P.: Anatomía y Patología de los Abscesos Subfrénicos. *Prac. Quir. de la Clin. Lahey*, Ed. Bernades. Buenos Aires: 240-46, 1966.
- Brow, D. W.: Combined lung liver radioisotope Scan in the diagnosis of subdiaphragmatic abscess. *Amer. J. Surg.* 109: 521-25, Apr. 1965.
- Cames, O. J. Absceso Subfrénico. XIII C. A. de C. B. Aires: 491-567, 1941.
- Carter, R. and Brewer, A.: Subfrenic abscess: a thoracoabdominal clinical complex: the changing picture with antibiotics. *Amer J. Surg.* 108: 165-74, Aug. 1964.
- Cohn, L. H.: Local infections after splenectomy relationship of drainage. *Arch. Surg.* 161: 213-17, Feb. 1965.
- Cooper, P.: Subfrenic Abscess. *The Craft of Surgery*. Litle, Brown and Comp. Boston: 857-8, 1964.
- Cossa, J. F. Abcés sous-phreniques. *Gaz. Med. France*, 72: 3501-5, 25 Oct. 1965.
- Chifflet, A. y Ardao, H.: Equinococosis y espacios interhepato-frénicos XIII. C. de C. B. Aires, 616-30, 1941.
- Christman, F. E.: Abscesos Subfrénicos. *Clin. Quir. Vallardi B. Aires*, 556-60, 1961.
- Dineen, P.: Absceso Subdiafragmático. *Clin. Quir. de North. Amer.* 557-61, Abr. 1964.
- Guivac'h, M. et Mouchet, A.: Les abcés sous-phreniques. (A propos of cases). *J. Chir. (Paris)* 91: 333-49, Mar. 1966.
- Harley, H. R. S.: Subfrenic Abscess. *Thorax* 4: 21-30, 1949.
- Hartz, H.: Abscesos Subfrénicos. Complicaciones en Cirugía y su tratamiento. Ed. Interamer. S.A. 609-611, 1965.
- Jorge, M. J. y Berisso, O. A. y otros: Consideraciones clinicoradiológicas y técnico quirúrgicas sobre los abscesos subfrénicos. XIII. C. A. de C. Buenos Aires, 582-97, 1941.
- Kenneth Fraser, Ch. M.: Subfrenic Abscess. *J. Thoracic Surg.* 33: 776-84, Jun., 1957.
- Madden, J.: Complicaciones de la apendicectomía. *Clin. Quir. de North Amer.:* 424-25, 1964.
- Mason, L. B.: Subphrenic Abscess. Report of a case with fistulous connections to the stomach, colon and bronchus. *Amer Surg.* 31: 278-86, Apr. 1965.
- Michans, R. J.: Abscesos Subfrénicos. *Pat. Quir. Ateneo*, 624-29, 1964.
- Möller, C. Subfrenic Abscess. A Clinical Study of 20 cases. *Act. Chir. Scand;* 133: 153-56, 1967.

24. Ochsner, A. Graves, A. M.: Subfrenic Abscess. Analysis of 3,372 collected and personal cases. *Ann. Sur.* 98: 961-90, 1933.
25. Ozeran, M. D. Robert, S.: Subdiafragmatic abscess. Diagnosis and treatment. *The Amer Surgeon* 33: 64-67, Jun. 1967.
26. Paredes, P. E.: El Absceso subfrénico y su drenaje por la vía transtorácica. Tesis de Br. N° 2518. Fac. de Med. U.N.M. de S. M. Lima-Perú.
27. Paulino, F.: Abscesso Subfrénico apos colecistotomía. *Rev. Brasil Cir.* 48: 360-1, Nov., 1964.
28. Segovia, J. C.: Drenaje de Absceso Subfrénico. *Tratado de Operatoria General y Especial.* Ed. Hisp. Amer. 4: 403-404, 1951.
29. Thompson, J. E.: The management and prevention of abdominal complication associated with gastric and duodenal surgery. *Amer. Surg.* 30: 553-60, Sep. 1964.
30. Tnorbjarnrson, B., Glenn, F.: Complicaciones de la Cirugía de Vías Biliares. Abscesos y acumulaciones Subhepáticas. *Clin. Q. de Nort. Amer.:* 432-33, 1964.
31. Thorek, M.: Drenaje de Absceso Subfrénico. *Técnica Quirúrgica Moderna.* Salvat. 3: 2312-14, 1953.
32. Viñas, M.: Abscesos Subfrénicos por apendicitis aguda. XIII. C. A. de C. Buenos Aires, 614-15, 1941.
33. Votta, E. A. Abscesos Subfrénicos: Consideraciones sobre 25 Observaciones XIII. C. A. de C. Buenos Aires, 597-613, 1941.