

Tabla 1 – Resultados del análisis de regresión logística. VD percepción del paciente del tratamiento del dolor

	Cirugía			CMA			Medicina		
	β	IC del 95%	p	β	IC del 95%	p	β	IC del 95%	p
Sexo del paciente	2,67	1,19-6	0,018	0,89	0,4-1,99	0,784	1,12	0,67-1,88	0,665
Edad del paciente	1,08	0,86-1,36	0,496	1,1	0,85-1,42	0,492	0,89	0,75-1,05	0,17
Complejidad atendida en el centro	1,05	0,6-1,85	0,858	1,22	0,63-2,36	0,564	1,33	0,86-2,04	0,198

CMA: cirugía mayor ambulatoria; IC: intervalo de confianza.

Las mujeres presentaron una probabilidad casi 3 veces mayor que la de los varones de manifestar dolor sin recibir un tratamiento suficientemente eficaz tras cirugía, circunstancia que no encontramos ni en CMA ni en medicina. Ni la edad ni el grado de complejidad del procedimiento tuvieron relación con las diferentes percepciones en el tratamiento del dolor (tabla 1).

Es complejo discriminar si estos resultados se deben a diferencias de sexo intrínsecas en la percepción del estímulo doloroso o a un esfuerzo terapéutico diferente entre varones y mujeres¹⁰. Sin embargo, estos datos nos ponen sobre la pista de que es necesario ahondar más en estas diferencias para verificar si considerar el sexo del paciente mejora los resultados del tratamiento del dolor posquirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

- Vallano A, Malouf J, Payrullet P, Baños JE, Catalan Research Group for Studying Pain in Hospital. Prevalence of pain in adults admitted to Catalan hospitals: a cross-sectional study. *Eur J Pain*. 2006;10:721-31.
- Pool GJ, Schwegler AF, Theodore BR, Fuchs PN. Role of gender norms and group identification on hypothetical and experimental pain tolerance. *Pain*. 2007;129:122-9.
- Bertakis KD, Azari R, Callahan EJ. Patient pain in primary care: factors that influence physician diagnosis. *Ann Fam Med*. 2004;2:224-30.
- Kaur S, Stechuchak KM, Coffman CJ, Allen KD, Bastian LA. Gender differences in health care utilization among veterans with chronic pain. *J Gen Intern Med*. 2007;22:228-33.
- Bertakis KD, Azari R. Patient gender and physician practice style. *J Womens Health*. 2007;16:859-68.
- James TL, Feldman J, Mehta SD. Physician variability in history taking when evaluating patients presenting with chest pain in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2006;13:191-4.
- Malacrida R, Genoni M, Maggioni AP, Spataro V, Parish S, Palmer A, The Third International Study of Infarct Survival Collaborative Group, et al. A comparison of the early outcome of acute myocardial infarction in women and men. *N Engl J Med*. 1998;338:8-14.
- Uchiyama K, Kawai M, Tani M, Ueno M, Hama T, Yamaue H. Gender differences in postoperative pain after laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc*. 2006;20:448-51.
- Rosseland LA, Stubhaug A. Gender is a confounding factor in pain trials: women report more pain than men after arthroscopic surgery. *Pain*. 2004;112:248-53.
- Ruiz-Cantero MT, Verdú-Delgado M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit*. 2004;18(Supl 1):118-25.

Joaquín José Mira^{a,*}, Virtudes Pérez-Jover^a y Cristina Nebot^b

^aUniversidad Miguel Hernández, Elche, Alicante, España

^bConselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana, Valencia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jose.mira@umh.es (J.J. Mira).

doi:10.1016/j.ciresp.2008.11.004

Absceso hepático por *Clostridium perfringens* abierto espontáneamente a la cavidad abdominal

Spontaneous rupture of a *Clostridium Perfringens* liver abscess into the abdominal cavity

Paciente de 74 años que acude a urgencias por un cuadro de diarrea, dolor abdominal y fiebre, y se diagnostica de

gastroenteritis aguda. A las 48 h comienza con un deterioro del estado general, distensión abdominal, fiebre de hasta

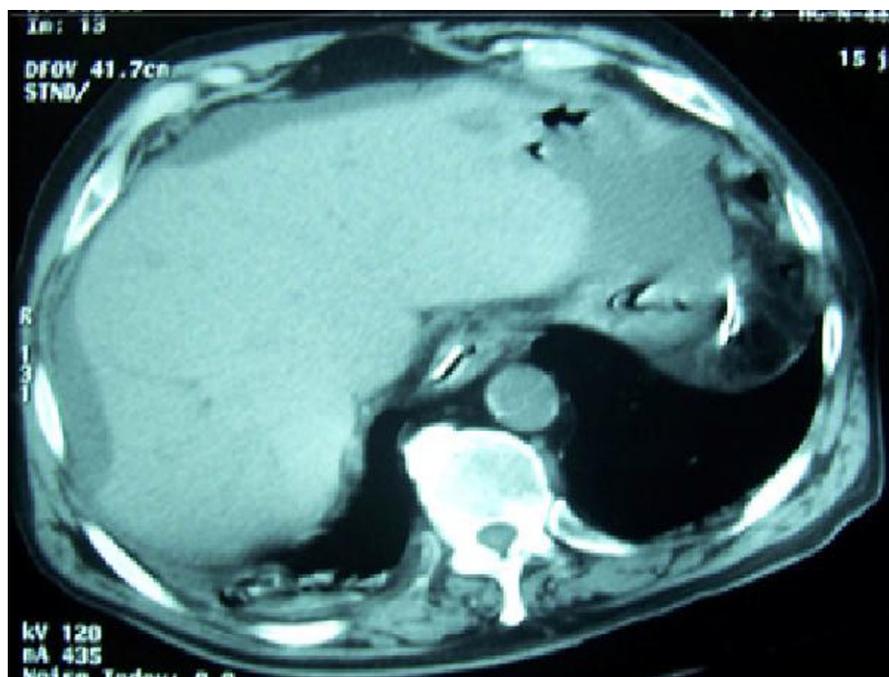


Figura 1 – Lesión hepática heterogénea en el segmento III con gas intraparenquimatoso en el segmento III hepático, con líquido libre perihepático y múltiples imágenes quísticas.

39 °C, de predominio vespertino, y oligoanuria. Como antecedentes destacaban hipertensión arterial, hemiparesia derecha secundaria a ictus de origen embolígeno, riñón único de causa desconocida, cuadro de sepsis de origen urológico y gangrena de Fournier.

A la exploración física presentaba un abdomen globuloso, con defensa generalizada más intensa en el hipocondrio derecho, y signos de irritación peritoneal.

En la analítica destacaba una leucocitosis de 16.000 l/μl con neutrofilia, bilirrubina directa de 1,9 mg/dl, y total de 3,7 mg/dl, creatinfosfocinasa de 500 mU/ml en ascenso, y un INR de 1,8.

En la tomografía computarizada abdominal se evidenció una lesión heterogénea de 4 cm con gas intraparenquimatoso en el segmento III hepático, múltiples imágenes nodulares de aspecto quístico, con abundante cantidad de líquido libre y una discreta dilatación de vías biliares intrahepáticas (fig. 1).

Dada la mala evolución clínica del paciente se decide intervención quirúrgica urgente, en la que se objetiva una peritonitis generalizada con abundante líquido biliopurulento en el compartimento supramesocólico secundario a un absceso hepático perforado en el segmento III y múltiples quistes hepáticos simples distribuidos a lo largo del lóbulo derecho. También se evidenciaron signos de isquemia en el colon ascendente y transverso que mejoraron con medidas conservadoras. Se realizó segmentectomía atípica del segmento III y lavado de la cavidad.

El paciente ingresa en la unidad de cuidados intensivos (UCI) en situación de disfunción multiorgánica, por lo que precisa medidas de soporte hemodinámico y respiratorio. En las primeras horas del postoperatorio el paciente desarrolla una fistula entérica con salida de contenido fecaloideo a través del drenaje intraabdominal, acompañado de un cuadro de lesiones vasculíticas en las zonas acras de las extremidades inferiores. Ulteriormente, el estudio anatomopatológico

co y microbiológico confirmó el diagnóstico de absceso hepático piógeno por *Clostridium perfringens*. Tras 40 días de estancia en la UCI el paciente evolucionó favorablemente, y permaneció estable hemodinámicamente, sin necesidad de soporte respiratorio, con buena tolerancia oral y cierre de la fistula entérica. A los 48 días el paciente falleció por un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda en el contexto de una neumonía nosocomial.

El absceso hepático piógeno es una enfermedad poco frecuente en nuestro medio, con una tasa de mortalidad elevada que va en descenso gracias a la evolución de las técnicas diagnósticas y de intervenciones terapéuticas, como el drenaje percutáneo. La vía de infección más frecuente del absceso hepático es la biliar¹, seguida de la portal, en la que una infección intraabdominal se expande al hígado vía portal, como podría ser nuestro caso ya que, dados los antecedentes de diarrea con rectorragias, los hallazgos intraoperatorios de isquemia colónica y los datos microbiológicos, podríamos pensar en una enteritis necrohemorrágica como causa etiológica del absceso hepático. Otras vías menos frecuentes son hemática, tras traumatismo, criptogénica o por contigüidad, como en el caso de abscesos hepáticos tras colecistitis aguda.

La etiología de los abscesos hepáticos piógenos suele ser polimicrobiana (gramnegativos, aerobios y anaerobios de origen intestinal); los más comunes son *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* y enterococos. Con menor frecuencia, se aíslan anaerobios grampositivos como *Bacteroides* sp., *Fusobacterium* sp., *Actinomyces* sp. o, como en nuestro caso, *C. perfringens*².

C. perfringens es un bacilo esporulado anaerobio estricto, grampositivo, que forma parte de la flora habitual del tracto gastrointestinal y genital femenino, por lo que la mayoría de las infecciones suelen ser endógenas, a través de heridas o

soluciones de continuidad en la mucosa gastrointestinal o genitourinaria, o en el tracto hepatobiliar. Es la causa etiológica principal de la gangrena gaseosa, la colecistitis gangrenosa y la sepsis tras aborto. Son aislados en infecciones de la herida quirúrgica, ginecológicas, de partes blandas e intraabdominales³, como la enteritis necrosante, y muy rara vez se presentan en forma de absceso hepático, casi siempre en el contexto de sepsis por *C. perfringens* con hemólisis intravascular concomitante⁴.

Otra de las peculiaridades de este caso es su presentación en forma de rotura espontánea a cavidad abdominal. Habitualmente, los abscesos hepáticos presentan una clínica inespecífica, con dolor abdominal, náuseas, vómitos, diaforesis nocturna, malestar general y pérdida de peso. La rotura espontánea de un absceso hepático, como forma de presentación, es infrecuente; representa, según las series, el 7,1-15,1%⁵, con una mortalidad cercana al 50% debido a la tendencia a la peritonitis, la septicemia y el shock séptico. No hay diferencia en la etiología microbiológica de los abscesos que se presentan de esta forma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Branum GD, Tyson GS, Branum MA, Meyers WC. Hepatic abscess: changes in etiology, diagnosis and management. *Ann Surg.* 1990;212:655-62.
2. Barajas Martínez JM, Vicente Gutierrez M, Rivera Vaquerizo P, García García V, Herrero Quiros C, Loeches Prado N, et al. [Primary hepatic abscess caused by *Actinomyces meyeri*]. *Rev Esp Enferm Dig.* 2002;94:108-9.
3. Borrego D, María-Tomé P, Cascales P, García JM, Pérez G, Abad A. Hemólisis intravascular masiva en septicemia por *Clostridium perfringens*. *Sangre.* 1991;36:315-7.
4. Kreidl KO, Green GR, Wren SM. Intravascular hemolysis from a *Clostridium perfringens* liver abscess. *J Am Coll Surg.* 2002;194:387.
5. Ukikusa M, Inomoto T, Kitai T, Ino K, Higashiyama H, Arimoto A, et al. An unusual presentation of spontaneous pneumoperitoneum secondary to the rupture of a gas-containing pyogenic liver abscess: report of a case. *Surg Today.* 1994;24:63-6.

Isaías Alarcón Del Agua^{a,*}, Mercedes Flores Cortés^a, Felipe Pareja Ciuró^a, Antonio Puppo Moreno^b y Rosa Jiménez Rodríguez^a

^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^bServicio de Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: isaiasalarcon@gmail.com
(I. Alarcón Del Agua).