

## RELEYENDO VIEJOS TRABAJOS

### ABSCESOS HEPÁTICOS PIÓGENOS PRIMARIOS EN EL ANCIANO\*

Dres. Guillermo Besso<sup>1</sup>, Marcelo Guangirolí<sup>2</sup>, Marcelo Escribano<sup>3</sup>, Walter Susserett<sup>3</sup>,  
Luisa de Wouters<sup>4</sup>, Húber Valdivia<sup>5</sup>, Enrique Bertranou<sup>6</sup>

*Creemos importante volver a leer viejos trabajos realizados en el HPC, que fueron generalmente presentados en Congresos y cuyos resúmenes son prácticamente inhallables.*

*Actualmente nuevos residentes proponen realizar resúmenes de patologías que fueron ya analizadas en el pasado. No dudamos que el conocimiento de estos viejos trabajos puede mejorar el enfoque de los nuevos y servir comparativamente para ver adelantos en el diagnóstico y la terapéutica.*

La redacción

#### RESÚMEN

Con el objeto de evaluar la experiencia del hospital en abscesos primarios piógenos del hígado (AHPP) se estudiaron los pacientes mayores de 60 años con diagnóstico realizado por ecografía (ECO) y/o tomografía axial computada (TAC) y con bacteriología (+) o (-) entre 1980 y 1989. El grupo evaluado fue de 39 pacientes con pareja distribución de sexos. La edad fue 71±8 años. Los signos y íntomas revelados fueron: fiebre 80%, escalofríos 61%, hepatomegalia 51%, defensa abdominal 33%. El tiempo de internación fue de 22±13 días. El retardo entre la internación y el diagnóstico fue de 5±4 días. La certeza diagnóstica fue clínica en el 26%, ECO en el 66%, TAC en el 100%. La morfología mostró abscesos únicos en el 80%, múltiples 20%, compromiso del lóbulo derecho 72%. El cultivo del aspirado del absceso fue (+) en 28/38. Los hemocultivos (+) 9/26; en ambos con prevalencia de gérmenes aerobios (bacilos Gram (-) 53.5%). La etiología se consideró de origen desconocido 22, complicación alejada de coledocoduodenoanastomosis 8, colangitis 4, otros 5. El tratamiento fue antibioperapia prolongada (5 semanas) con drenaje percutáneo en 22/38, quirúrgico 16/38. La mortalidad hospitalaria fue de 8/39 (20%). El tiempo

de seguimiento fue de 28 meses; sólo 4/30 pacientes mostraron complicaciones alejadas, relacionadas a la coledoco-duodenoanastomosis. El análisis univariable demostró que la mortalidad está significativamente relacionada con mayor edad ( $p=0,04$ ) y con estado crítico del paciente al ingreso ( $p=0,01$ ), posiblemente relacionada con la multiplicidad de los abscesos ( $p=0,18$ ) y no relacionada con etiología, tratamiento, retardo diagnóstico y puntaje APACHE II al ingreso  $p=NS$ . Conclusiones: 1) Los AHPP en el anciano se manifiestan clínicamente y responden a la terapéutica en forma semejante a los más jóvenes. 2) No hay diferencia en cuanto a morbimortalidad entre tratamiento quirúrgico y percutáneo. 3) La coledocoduodenoanastomosis demostró ser de importancia como factor predisponente del AHPP.

#### INTRODUCCIÓN

El absceso hepático piógeno es una infrecuente enfermedad que se manifiesta con una elevada morbimortalidad si no es rápidamente diagnosticada y tratada por medio de técnicas adecuadas<sup>2,3,13,21,22,26</sup>.

Han sido estudiados detalladamente en los últimos 10 años (etiología, presentación, método diagnóstico, tratamiento y resultados)<sup>1,5,10,11,15,21</sup>. Sin embargo, es escasa la información que se dispone sobre las características de dicha enfermedad en el paciente añoso<sup>28</sup>.

El objetivo del presente trabajo es analizar los pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de absceso hepático piógeno primario y estudiar similitudes o diferencias con grupos de menor edad.

#### MATERIAL Y METODOS

Se analizan historias clínicas de pacientes con diagnóstico de absceso hepático primario, incluyendo a los mayores de 60 años, ambos sexos, estudiados y confirmados por ecografía y/o TAC con bacteriología positiva o no desde 1980 hasta junio de 1989.

Se excluyeron aquellos pacientes con abscesos amebianos, metástasis abscedadas, quistes simples o hidatídicos complicados, trauma penetrante de hígado abscedado y aquellos secundarios a maniobras instrumentales hepáticas.

Definimos absceso hepático piógeno primario a aquella colección purulenta del parénquima hepáti-

\* Trabajo ganador del Primer Premio en las XVI Jonadas Interres. de Clínica Médica. Córdoba. Noviembre de 1989. Presentó: Dr. Guillermo Besso.

<sup>1</sup> ex Jefe de Residentes del Servicio de Clínica Médica, <sup>2</sup> ex Residente del Servicio de Cirugía General, <sup>3</sup> ex Residentes del Servicio de Clínica Médica, <sup>4</sup> Infectóloga del Hospital Privado de Comunidad, <sup>5</sup> ex Jefe del Servicio de Diagnóstico por Imágenes, <sup>6</sup> ex Jefe del Departamento de Docencia e Investigación. Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545. (B7602CBM) Mar del Plata. Argentina.  
E-mail: dms@hpc.org.ar

co no originada en una patología subyacente.

A los pacientes que ingresaron críticamente enfermos se les efectuó score Apache II.

Para la obtención de resultados se analizó: demografía, manifestaciones clínicas, impresión diagnóstica, laboratorio, diagnóstico por imágenes, bacteriología, gravedad del cuadro clínico, etiología, tratamiento, mortalidad y seguimiento.

El análisis estadístico fue realizado utilizando la prueba t *Student* y la prueba chi cuadrado de variables únicas y el test de Fischer.

## RESULTADOS

### Demografía

Se estudiaron 39 pacientes, siendo la edad promedio de 71±8 años, la distribución de acuerdo al sexo fue mujeres 21 pacientes (54%), el tiempo de internación fue de 22±13 días.

El retardo entre el primer síntoma y el diagnóstico fue de 21±20 días y entre internación y diagnóstico 5±4 días (tabla 1).

### Manifestaciones clínicas

Los síntomas de presentación más frecuente fueron fiebre, escalofríos, astenia, anorexia y dolor en hipocondrio derecho.

Los signos diagnósticos más frecuentes fueron hepatomegalia, defensa en hipocondrio derecho y signos torácicos. Los signos y síntomas más frecuentes se observan en la tabla 2.

En cuanto a la coexistencia con otras patologías no se obtuvo un mayor porcentaje que el esperado para la edad de la población estudiada, ej: hipertensión 45%, diabetes 23%.

### Impresión diagnóstica

El diagnóstico correcto se efectuó en 26% de los pacientes y los diagnósticos diferenciales principales fueron colangitis, absceso subfrénico y neumonía. La impresión diagnóstica se detalla en la tabla 3.

### Laboratorio

Entre los datos de laboratorio se destacan la FAL elevada en 30/35 (83%) de los pacientes, la ERS con

**Tabla 2.** Manifestaciones clínicas. Síntomas y signos

Fiebre	31/39	80%
Escalofríos	24/39	61%
Astenia	22/39	56%
Hepatomegalia	20/39	51%
Anorexia	20/39	51%
Dolor en h.d.	19/39	49%
Náuseas y vómitos	19/39	49%
Signos torácicos	15/39	38%
Ictericia	11/39	28%

un promedio de 78±20 mm y una Albúmina de menos de 3 gr% en 19/23 (83%) de los pacientes. Los datos se detallan en la tabla 4.

### Diagnóstico por imágenes

La radiografía de tórax mostró alteraciones en 56/34 (74%) de los pacientes. Los hallazgos patológicos fueron:

Derrame pleural derecho: 15 pacientes; elevación del hemidiafragma derecho: 9 pacientes; imagen de consolidación base derecha: 7 pacientes; atelectasia basal derecha: 6 pacientes

La ecografía abdominal logró diagnóstico de absceso hepático en 23/35 (66%) de los pacientes; tuvo falsos negativos en 12/35 (34%) de los pacientes.

La TAC se realizó a 36 pacientes confirmando en todos los casos el diagnóstico de absceso hepático.

Con respecto a las características de los abscesos 31 (80%) eran únicos, de los cuales 20 eran uniloculados y 11 multiloculados, mientras que 8 (20%) eran abscesos múltiples.

La localización fue la siguiente: 31 en lóbulo derecho, 9 en lóbulo izquierdo, 3 en lóbulo caudado y 4 abscesos múltiples estaban en ambos lóbulos.

### Bacteriología

Se obtuvo material purulento del absceso en 38 pacientes, encontrándose gérmenes en 28/38 (74%). Se destaca la prevalencia de bacilos Gram (-) y cocos Gram (+) aerobios (33 gérmenes) vs cocos Gram (+) y Gram (-) anaerobios (12 gérmenes). Los gérmenes aislados se muestran en la tabla 5.

**Tabla 1.** Retardo entre 1º síntoma y diagnóstico

Pacientes	39
Edad	71±8
Sexo femenino	21
Tiempo de internación	22±13 días
Retardo	
1º síntoma y diagnóstico	21±20 días
1ª consulta y diagnóstico	11±9 días
Internación y diagnóstico	5±4 días

**Tabla 3.** Impresión diagnóstica

Síndrome febril en estudio	10/39	26%
Absceso hepático	10/39	26%
Colangitis	7/39	18%
Hepatopatía en estudio	7/39	18%
Absceso subfrénico	5/39	13%
Sepsis	5/39	13%
Neumonía	4/39	10%
Otros	9/39	23%

**Tabla 4.** Resultados de laboratorio

Bilirrubina normal (%)	21/35	57
Transaminasas normales (%)	21/35	57
F.a.l. Elevada (%)	30/35	86
Albumina - 3 gr% (%)	19/23	83
Eritrosedimentación (mm)	31/39	78±20
Recuento de blancos (mm <sup>3</sup> )	37/39	16105±7900
Creatinina (mg %)	37/39	1,93±1,34
Promedio de hematocrito (%)	37/39	35,2±5,7

Se obtuvieron hemocultivos en 26 pacientes, siendo positivos en 9 (35%), destacándose una clara prevalencia de bacilos Gram (-) y cocos Gram (+) aerobios. Los gérmenes se detallan en la tabla 4.

De acuerdo al número de gérmenes se los divide en tres grupos:

a) Sin germen: 10 pacientes (25%), de éstos, 6 pacientes no tenían germen en el absceso y 8 pacientes no tenían germen en el hemocultivo. La mortalidad de este grupo fue de 1/10 pacientes (10%).

b) Monomicrobianos: 14 pacientes (36%) de éstos, 13 pacientes tenían germen en el absceso y de 8 hemocultivos, 4 fueron positivos (50%), la mayoría fueron bacilos Gram (-) aerobios.

La mortalidad de este grupo fue 3/14 pacientes (21%).

c) Polimicrobianos: 15 pacientes (39%), todos tenían germen en el absceso y de 10 hemocultivos 5 fueron positivos (50%), la mayoría bacilos Gram (-) y cocos Gram (+) aerobios, destacándose la bacteriemia combinada en todos ellos.

La mortalidad de este grupo fue de 4/15 pacientes (26%).

### Gravedad en la presentación clínica

Al ingreso se logró sumar las variables fisiológicas agudas del score Apache II a 14 pacientes (36%).

**Tabla 5.** Bacteriología de material de absceso

Germen	monocobianos	polimicrobianos	total
1º basilos gram - aerobios			23
E. Coli	4	9	13
Proteus	3	3	6
Klebsiella	1	3	4
2º cocos gram + aerobios			10
Estreptococo a hemolítico	1	2	3
Enterococo	1	1	2
E. Grupo d no enterococo	-	1	1
Estreptococo b hemolítico	-	1	1
Estreptococo anhemolítico	-	1	1
Estafilococo coagulasa	1	1	2
3º cocos gram + anaerobios	8		
Estreptococo microaerófilo	1	2	3
Peptococo	-	3	3
Peptoestreptococo	-	2	2
4º gram - anaerobios	4		
Bacteroides	-	3	3
Fusobacterium	1	-	1

**Tabla 6.** Bacteriología de hemocultivos

Germen	monocobianos	polimicrobianos	total
1º basilos gram - aerobios			8
E. Coli	1	1	2
Proteus	-	3	3
Klebsiella	1	2	3
2º cocos gram + aerobios			4
Estreptococo a hemolítico	-	2	2
Enterococo	-	1	1
Estreptococo anhemolítico	1	-	1
3º gram - anaerobios			1
Fusobacterium	1	-	1

El puntaje entre muertos 20,6 puntos y sobrevivientes 19,2 puntos no mostró diferencias estadísticamente significativas en cuanto a mortalidad.

Los pacientes a quienes se les sumó las variables de dicho score se los consideró críticamente enfermos como lo demuestra su ingreso a unidad de terapia intermedia (UTI) 12/14 pacientes (86%).

Se encontró una interesante relación entre el tipo de absceso hepático y el grado de compromiso al ingreso, la mayor cantidad de abscesos hepáticos múltiples es observada en los pacientes críticos (tabla 7).

### ETIOLOGÍA

Sólo 17 pacientes del total (43%) desarrollaron absceso hepático originados por patología de vía biliar o tubo digestivo.

Se observa un alto porcentaje de criptogénicos 22/39 pacientes y entre los originados por patología de vía biliar se destacan aquellos que surgieron como complicación alejada de coledocoduodenoanastomosis, 8/15 pacientes. La clasificación según la etiología se muestra en el (tabla 8).

### TRATAMIENTO

Se efectuó drenaje percutáneo a 22 pacientes (56%), drenaje quirúrgico a 16 pacientes (42%) y un paciente recibió antibióticos exclusivamente.

Quedaron con drenaje 33 pacientes (85%) manteniéndose el mismo por un promedio de 23±16 días.

**Tabla 7.** Tipo de absceso y compromiso al ingreso

	pacientes críticos n=14	pacientes no críticos n=25	
Abscesos múltiples	6 (43%)	2 (8%)	p=0.01
Abscesos únicos unilaterales	2 (14%)	18 (72%)	p=0.01
Abscesos únicos multilaterales	6 (43%)	5 (20%)	p=ns

**Cuadro 8.** Etiología

	Nº de pacientes
1º absceso hepatico criptogenetico absceso hepatico asociado a	22
2º patologia biliar	15
a) complicacion alejada de c.d.a.	8
b) por colangitis aguda	4
c) por colecistitis aguda	3
3º absceso peridiverticular	1
4º apendicitis gangrenosa	1

De los pacientes que no tuvieron drenaje quirúrgico, 4 fueron por procedimiento percutáneo (absceso hepático de 2 cm ó menos) y uno recibió tratamiento quirúrgico: hepatectomía izquierda.

La mayoría de los pacientes recibieron un esquema por vía parenteral de clindamicina o cloranfenicol (82%) y gentamicina (80%). La amoxicilina fue asociada a gentamicina y/o cloranfenicol en el 43% de los casos.

El promedio de utilización de gentamicina fue de 13±6 días, de clindamicina 13±5 días y de cloranfenicol 11±7 días.

Con respecto al esquema oral se utilizó sulfametoxazol-trimetoprima en el 35%, metronidazol en el 32% y amoxicilina en el 22% de los pacientes.

El promedio global de utilización de antibióticos fue durante 18±9 días.

**COMPLICACIONES**

Las complicaciones más frecuentes fueron sepsis, desnutrición e insuficiencia renal aguda; entre las llamativas, pero poco frecuentes, figuran las fistulas al ángulo hepático del colon y persistencia del absceso (tabla 9).

La mortalidad de los pacientes sépticos fue del 64%.

La desnutrición y la I.R.A. acompañan a la sepsis, aunque en 2 pacientes la I.R.A. en forma exclusiva se

**Tabla 9.** Complicaciones hospitalarias

Tipo	N=30	
	Nº de pacientes	%
Sepsis	11	28%
Desnutrición	10	26%
I.R.A.	10	26%
Absceso subfrénico		
Fistula al ángulo	4	10%
Hepatico del colon	3	8%
Peritonitis	2	5%
Persistencia	1	3%

relacionó con toxicidad a aminoglucósidos. No se demostró glomerulonefritis asociada a abscesos profundos. Todos los abscesos subfrénicos hallados fueron secundarios a punción percutánea, debiendo ser drenados por nuevos procedimientos percutáneos.

De las fistulas al colon, 2 complicaron un drenaje percutáneo; una evolucionó con cierre espontáneo y la otra requirió tratamiento quirúrgico (hemicolecotomía derecha), la restante complicó a procedimiento quirúrgico, evolucionando con cierre espontáneo.

**ANALISIS DE MORTALIDAD**

La mortalidad en nuestros pacientes fue de 8/39 (20%), no habiendo diferencia estadística entre los tratados con drenaje quirúrgico y percutáneo (p=NS).

La edad de los pacientes muertos 76±7 años con respecto a la de los vivos 69±8 años es estadísticamente significativa (p=0,04), pero no hubo diferencias en cuanto al retardo en el diagnóstico y promedio de días de internación (p=NS).

Comparando los fallecidos con abscesos múltiples 3/8 (37%) y los pacientes con abscesos únicos 5/31 (16%), la diferencia no es estadísticamente significativa (p=0,17).

Entre los pacientes fallecidos con abscesos criptogenéticos 4/22 (18%) y los originados por patología de vía biliar 4/15 (27%) existe una p=NS.

La mortalidad de los pacientes que ingresaron críticamente enfermos 6/14 (43%) comparada con los que no lo estaban 2/25 (8%) es estadísticamente significativa (p=0,001).

**SEGUIMIENTO**

De los 31 pacientes sobrevivientes, uno se perdió del control.

Presentaron una buena evolución 26 pacientes seguidos por un tiempo promedio de 28±24 meses.

Analizando los 4 pacientes que presentaron complicaciones a largo plazo, todos los pacientes tenían una coledocoduodenoanastomosis como etiología del absceso hepático.

Dos pacientes presentaron un episodio de colangitis leve a los 8 y 20 meses respectivamente, evolucionando favorablemente con medidas higiénico-dietéticas.

Un paciente a los 20 meses presentó una colangitis grave con bacteriemia por klebsiella requiriendo internación. Se descartó por ECO y TAC un nuevo absceso hepático evolucionando favorablemente con tratamiento antibiótico.

El otro paciente presentó a los 5 años de seguimiento una recurrencia del absceso hepático falleciendo por sepsis en su reinternación.

**RESULTADOS**

El Hospital Privado de Comunidad cuenta con una

población de pacientes de edad avanzada y un sistema de historia clínica única, lo cual brinda la posibilidad de seguimiento prolongado.

El retardo del diagnóstico en internación (promedio 5 días) señala que esta patología no plantea grandes dificultades diagnósticas, no encontrando diferencias con otros autores<sup>15</sup>.

La frecuencia de síntomas y signos no se diferencia del resto de la bibliografía<sup>1,3,5,11,15,21</sup>.

A pesar de ser una patología poco frecuente en un porcentaje aceptable (26%), la impresión diagnóstica fue correcta, los diagnósticos diferenciales son bastante restringidos y la orientación hacia una patología infecciosa en el hipocondrio derecho fue del 47%.

La radiografía de tórax, a pesar de ser un método diagnóstico inespecífico para esta patología, reveló un alto porcentaje de alteraciones, a diferencia de otros autores<sup>2,3,21</sup>.

La alta frecuencia de falsos negativos obtenidos por la ecografía, en contraste con la bibliografía<sup>1,3,15,21,23,24,28,29</sup>, se debe al bajo poder de resolución del ecógrafo con que contaba el hospital en los primeros años del '80. En la actualidad la mejoría de los equipos ha permitido una mayor sensibilidad del método, permitiendo inclusive el drenaje guiado por ecografía.

El gran número de abscesos criptogénicos no coincide con la literatura<sup>3,10,11,15,21,22</sup>, esto se debe, por un lado, a que no incluimos abscesos amebianos ni abscesos hepáticos piógenos originados en patología hepática; y por otro lado, y esto es más importante, que no consideramos en la patogénesis ciertas entidades en las cuales es difícil establecer su relación con el absceso.

El 39% de nuestros pacientes presentaron absceso hepático piógeno originados en patología biliar, donde se destaca una alta incidencia de secundarios a complicaciones alejadas de la CDA (53%), lo que motivó la revisión de la experiencia total del hospital en CDA, hallándose sobre 360 casos hasta el año 1988 6 abscesos hepáticos, lo que da una incidencia global de 1.66%, se postula como hipótesis que el origen de esta patología sería el síndrome de saco ciego retroduodenal<sup>14,27,31</sup>.

A todos nuestros pacientes se les efectuó punción-aspiración del absceso como tratamiento por drenaje percutáneo y no como paso previo al drenaje quirúrgico, en contraste con otros autores<sup>12,17</sup>. No hemos observado fallas en el tratamiento percutáneo considerando a éstas cuando el absceso es multiloculado, el material purulento es viscoso o el drenaje es fino.

Es de destacar que los 4 abscesos subfrénicos complicaron únicamente a los drenajes percutáneos, siendo tratados con un nuevo procedimiento percutáneo sin requerir cirugía.

En la actualidad los drenajes se retiran una vez

que el débito sea cero y/o se demuestre el colapso de la cavidad, previo a la extracción, evitando así las bacteriemias que padecían nuestros pacientes ante controles periódicos de la cavidad en los primeros años.

A 4 pacientes, luego de la aspiración, no se les dejó drenaje debido a que su tamaño era de 2 cm o menos y luego de la obtención del material purulento se comprobó el colapso de la cavidad, con este concepto diferimos de otros autores, quienes consideran a estos pacientes tratados en forma exclusiva con tratamiento médico<sup>19</sup>.

El cultivo de gérmenes en el absceso o la sangre no modificó el esquema de antibióticos, salvo un paciente que presentó hemocultivos positivos para enterococo resistente a amoxicilina, siendo remplazado el esquema empírico por mezlocilina más un aminoglucósido.

El escaso número de anaerobios, a diferencia de otros autores<sup>1,15,29,30</sup>, es debido a que en los primeros años no estaba estandarizado el manejo de la muestra desde su obtención hasta su arribo al laboratorio.

Los pacientes que ingresaron críticamente enfermos no fallecen en forma inmediata como lo demuestra el hecho de no existir diferencias en el tiempo de internación con los vivos, aunque tienen mayor mortalidad.

Solamente se efectuó Score Apache II a 14 pacientes, siendo considerados críticos según criterio clínico. Se tomó en cuenta las variables fisiológicas agudas al ingreso, hecho no especificado en publicaciones como la de Gyorffy y col.<sup>15</sup> en donde los pacientes que mueren tienen alto score y los sobrevivientes bajo score en forma categórica, pero sin aclarar el momento en que fueron obtenidas las variables.

En nuestros pacientes con Score Apache II no podemos delimitar vivos de muertos, pero ello es debido a que quedan incluidos en esos 14 pacientes el 75% de los muertos (6/8), pero solamente el 25% de los vivos (8/31).

Para el análisis de la mortalidad muchos autores<sup>3,5,15,22</sup> presentan trabajos con pacientes más jóvenes con rangos que van del 6 al 46%; creemos que nuestro resultado del 20% de mortalidad considerando la edad de los pacientes es comparable.

Los abscesos hepáticos piógenos primarios en pacientes añosos demuestran manifestarse clínicamente y responder a la terapéutica en forma semejante a los más jóvenes, requiriendo un elevado promedio de días de internación, no mostrando mayor dificultad en el diagnóstico y determinando un elevado costo hospitalario, con una mortalidad del 20%, la cual va en aumento a mayor edad.

## CONCLUSIONES

1. Los A.H.P.P. en el anciano demuestran mani-

festarse clínicamente y responder a la terapéutica en forma semejante a los adultos más jóvenes.

2. Los pacientes que ingresaron críticamente enfermos presentaron en mayor proporción abscesos múltiples y mayor mortalidad.

3. Los abscesos criptogenéticos y los originados por patología de la vía biliar no poseen diferencias en cuanto a mortalidad.

4. La coledocoduodenoanastomosis demostró ser factor de importancia como origen del absceso hepático piógeno y de complicaciones a largo plazo.

5. La terapia antibiótica empírica inicial resulta ser el tratamiento definitivo; se recomienda un tiempo de aplicación parenteral de dos semanas y oral de tres semanas.

6. Los procedimientos quirúrgicos y percutáneos no poseen diferencias en cuanto a morbimortalidad.

#### BIBLIOGRAFIA

- Barnes PF, De Cock KM, Reynolds TN, Ralls PW, Halls J. A comparison of amebic and pyogenic abscess of the liver. *Medicine* 1987;66:472.
- Berger LA, Osborne DR. Treatment of pyogenic liver abscess by percutaneous aspiration. *Lancet* 1982;1:132.
- Brent W, Miedema MD, Dinnen P. The diagnosis and treatment of pyogenic liver abscess. *Ann Surg* 1984;200:328.
- Bustamante MM, Caros FM, Rodríguez SF, Parada GP, Pottell J, Puen-te DJ. La coledocoduodenoanastomosis en la litiasis de la vía biliar principal. *Rev Esp Ap Digest* 1988;73:359.
- Dietrick R. Experience with liver abscess. *Am J Surg* 1984;147:288.
- Degenshein G. Choledochoduodenostomy. An 18-year-study of 175 consecutive cases. *Surg* 1974;76:319.
- Dembester L, Berci M. The current status of biliary tract surgery. An international study of 1072 consecutive patients. *World J Surg* 1986;10:116.
- De Santibañes E, Sivori J, Velam O, Lemme G, Pekolj J, Martínez H, Beveraggi E. Drenaje percutáneo guiado en el tratamiento de los abscesos hepáticos. *Rev Argent Cirug* 1987;53:293.
- Facciuto E, Pérez Grossano N, Tacarm D, Raimundo G, Secchi M. Absceso hepático. Diagnóstico y tratamiento. *Rev Argent Cirug* 1987;53:237.
- Fischer MG, Beaton HL. Unsuspected hepatic abscess associated with biliary tract disease. *Am J Surg* 1983;146:658.
- Frey CM, Zhu Y, Suzuki M, Shuji I. Liver abscesses. *Surg Clin North Am* 1989;69:2.
- Gerzof SG, Johnson WC, Robbins AH, Nabseth DC. Intrahepatic pyogenic abscesses. Treatment by percutaneous drainage. *Am J Surg* 1985;149:487.
- Gerzof SG, Johnson WC. Radiologic aspects of diagnosis and treatment of abdominal abscesses. *Surg Clin North Am* 1984;64:1.
- Guangiroli MJ, Ruiz D, Velletaz R, Statti MB. Coledocoduodenoanastomosis. Complicaciones alejadas en patología biliar benigna. LX Congreso Argentino de Cirugía, 1989.
- Gyorffy EJ, Frey CF, Silva J, Mc Gahan. Pyogenic liverabscess. Diagnostic and therapeutic strategies. *Ann Surg* 1987;206:699.
- Herbert DA, Rothmans J, Simmons F, Fogel DA, Wilson S, Ruskin J. Successful non-surgical therapy. *Lancet* 1982;1:134.
- Karlson KB, Fankuchen EI, Martín C, Schultz R, Casarella WJ. Percutaneous abscess drainage. *SGO* 1982;154:44.
- Lygidakis J. Choledochoduodenostomy in calculous biliary tract diseases. *Br J Surg* 1981;68:762.
- Maher SA, Reynolds TB, Yellin AE. Successful medical treatment of pyogenic liver abscess. *Gastroenterology* 1979;77:618.
- Mandel SR, Boyd D, Jaques P, Mandel V, Staab E. Drainage of hepatic, intraabdominal and mediastinal abscesses guided by computerized axial tomography. Successful alternative of open drainage. *Am J Surg* 1983;145:120.
- Mc Donald MI, Corey GR, Gallis MA, Durack DT. Single and multiple pyogenic liver abscess. Natural history, diagnosis and treatment with emphasis on percutaneous drainage. *Medicine* 1984;63:291.
- Ochsner A, Debaquey M, Murray S. Pyogenic abscess of the liver. An analysis of forty-seven cases with review of the literature. *Am J Surg* 1938;40:292.
- Perera M, Kirk A, Nonee P. Presentation, diagnosis and management of liver abscess. *Lancet* 1977;2:629.
- Rubinson M, Isikoff MB, Mill MA. Diagnosis imaging of hepatic abscesses. A retrospective analysis. *AJR* 1980;135:735.
- Rumans MC, Katon R, Lowe D. Hepatic abscesses as a complication of the Sump syndrome. Combined surgical and endoscopic therapy. *Gastroenterology* 1987;75:791.
- Sheinfeld AM, Steiner AE, Riukin LB, Deemer RN, Shemesh ON, Dolberg MS. Transcutaneous drainage of abscess of liver guided by computed tomography scan. *SGO* 1982;155:662.
- Siegell JM. Peroral choledochoscopy in Sump syndrome. Use of a thin caliber endoscope to negotiate a choledochoduodenostomy. *Gastrointest Endosc* 1982;28:192.
- Simmons F. Hepatic abscess. *Curr Opin Gastroenterol* 1989;5:366.
- Sonnenberg E, Ferrucci J, Mueller P, Wittemberg J, Simeone S. Percutaneous drainage of abscess and fluid collections. Technique, results and applications. *Diag Radiol* 1982;142:1.
- Verlendem LW, Frey CM. Management of liver abscess. *Am J Surg* 1980;140:53.
- Weed TE, Blalock JB. "Sump syndrome" after choledochoduodenostomy. *South Med J* 1982;75:370.