



Absceso apendicular de tres meses de evolución

Adrián García Garma Martínez,* Alfredo Delgado Cuenca,*
Francisco Javier Gutiérrez del Río,† Adrián Marina Peña§

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda es la primera causa de abdomen agudo; la prevalencia en países occidentales es del 7% de la población. Habitualmente, con una correcta anamnesis y con la exploración física es suficiente para el diagnóstico y el establecimiento de la indicación quirúrgica.^{1,2} El absceso periapendicular se desarrolla hasta en el 10% de los pacientes con apendicitis. La presentación clásica es la de un paciente que experimenta dolor severo en cuadrante inferior derecho por 1 ó 2 días asociado con fiebre; posteriormente, éstos se resuelven. Después de 7 a 10 días, la fiebre se repite y notan un malestar suave a moderado en el cuadrante inferior derecho.³ Las imágenes por ultrasonido o por tomografía confirmarán el diagnóstico en la mayoría de los casos.^{4,5} Si el episodio se ha resuelto cuando la paciente busca atención médica, entonces es seguro aconsejar una apendicectomía diferida para prevenir la recidiva de la misma, de 6 a 8 semanas posteriores.⁶

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 67 años de edad sin antecedentes de importancia, quien inicia desde hace tres meses dolor abdominal tipo cólico a nivel de mesogastrio e hipogastrio

de intensidad 4/10, el cual se lo controla con butilioscina y metamizol. El día de su ingreso refiere que el dolor aumentó de intensidad 9/10, el cual se irradiaba hacia región lumbar izquierda, acompañándose de náusea, distensión abdominal y malestar general.

A la exploración física, paciente con palidez de tegumentos +. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación media y profunda a nivel de fosa iliaca derecha, con aumento de volumen de aproximadamente 12 x 8 cm, doloroso a la palpación, fijo a planos profundos, sin datos de irritación peritoneal, peristalsis disminuida en intensidad.

Se le toman análisis de laboratorio, los cuales muestran Hb 14.7 g/dL, Hto 42.6%, leucocitos 15,700 bandas 0%. Se le solicita una tomografía de abdomen, la cual reporta imagen hipodensa ovalada mal delimitada, con pared gruesa que refuerza al medio de contraste de situación paracolónica a nivel de sigmoides (*Figuras 1 y 2*).

Con base en los hallazgos clínicos y de gabinete se programa para laparotomía exploradora por un probable tumor abdominal. En dicho procedimiento se encuentra apéndice cecal complicado, perforado en la punta y con absceso apendicular localizado, de aproximadamente 80 cc de material purulento, el cual se encuentra delimitado por sigmoides, ciego, íleon y mesenterio (*Figura 3*). Por consecuencia se realiza apendicectomía con manejo del muñón con técnica de Zucherman + lavado de cavidad (*Figuras 4 y 5*).

La paciente es manejada con tigeciclina por 7 días; evoluciona favorablemente y se da de alta al noveno día del postoperatorio.

DISCUSIÓN

El retraso en el diagnóstico inicial condiciona el desarrollo de complicaciones evolutivas espontáneas. Puede aparecer infección peritoneal localizada (absceso apendicular, plastrón periapendicular, peritonitis circunscrita) o difusa, así como otras complicaciones derivadas, como cuadros de íleo paralítico o mecánico, pyleflebitis y sepsis de origen abdominal.³

* Cirujano General del Hospital Ángeles Mocel.

† Médico Pasante del Servicio Social. Universidad Anáhuac.
Ex Interno del Hospital Ángeles Mocel.

§ Médico Interno de Pregrado, Hospital Ángeles Mocel.

Correspondencia:

Dr. Adrián García Garma Martínez
Circuito Científicos Núm. 3. Naucalpan. Edo. de México.
Correo electrónico: garciagarma@hotmail.com

Aceptado: 27-04-2010.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

La tomografía ayuda a descartar razonablemente la apendicitis aguda, y en el caso de que existan complicaciones regionales, como el plastrón o el absceso intraabdominal, puede permitir estrategias terapéuticas razonadas, como la abstención quirúrgica y la antibioticoterapia.^{4,6}



Figura 1. Tomografía computada de abdomen que muestra un íleo dependiente de asas de íleon y aumento de la densidad de la articulación sacro-iliaca derecha.



Figura 2. En el corte axial se observa una masa abdominal, con centro líquido, que se refuerza en su periferia.

En el caso de que exista situación clínica de gravedad (tiempo de evolución prolongado, existencia de una peritonitis, situación de base del paciente de riesgo o uso previo de antibióticos) se debe contemplar el uso de antibióticos de "segunda línea", como la piperacilina-tazobactam, el imipenem, el ertapenem, el meropenem o, en el caso de alergia a betalactámicos, una combinación de aztreonam y metronidazol. Respecto



Figura 3. Fotografía intraoperatoria en la cual se muestra la presencia del absceso y la perforación del apéndice cecal.



Figura 4. Imagen intraoperatoria en la cual se muestra el apéndice cecal.



Figura 5. Imagen intraoperatoria del muñón apendicular manejado con la técnica de Zuckerman y la cavidad del absceso.

a la duración del tratamiento antibiótico, en la mayoría de las apendicectomías tratadas tempranamente y sin repercusión sistémica suele ser suficiente tratar durante las primeras 24 h, y en casos no complicados, incluso se puede administrar una sola dosis preoperatoria (pautas de profilaxis). En el resto de los casos (gangrena, perforación, peritonitis, absceso, repercusión sistémica), la antibioterapia se debe prolongar de 3 a 7 días, hasta el control del foco séptico y la limitación de la infección residual, y se suele suspender en función de la evolución clínica y la valoración de la respuesta (control del foco infeccioso, desaparición de los signos de respuesta inflamatoria sistémica).^{3,7-9}

Respecto al desarrollo de un absceso apendicular, cuando es diagnosticado mediante TAC dicha exploración permite seleccionar puntos de acceso para efectuar una punción y un drenaje percutáneo y, en caso de inaccesibilidad, como colecciones entre asas, mesocélica o pelviana, localizar dicha lesión para información del cirujano cuando se indica tratamiento quirúrgico.¹⁰

CONCLUSIONES

En pacientes con apendicitis perforada con masa periapendicular, como es este caso, el manejo no quirúrgico ha sido bien establecido como seguro y efectivo.

Generalmente, se acepta que a partir del tercer o cuarto día evolutivo el intento de disección de un plastrón periapendicular conlleva un elevado riesgo de complicaciones locales, lo que recomienda retrasar la indicación quirúrgica, aproximadamente dos a tres meses posteriores tras el brote inflamatorio inicial, siempre y cuando el cuadro séptico y la repercusión sistémica se controlen.

Debido a la situación clínica de gravedad por el tiempo de evolución de nuestra paciente, decidimos dar la tige-ciclina, el cual es un medicamento de amplio espectro indicado en infecciones intraabdominales complicadas.

La mortalidad de este padecimiento es muy baja, siempre y cuando se realice un diagnóstico certero.

REFERENCIAS

1. Oller SB, Salvia RMD. Apendicitis aguda. En: Guirao X, Arias J, editores. *Infecciones quirúrgicas*. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Sección de infección quirúrgica. Madrid: Aran; 2006: 211-224.
2. Cobben LP, De Van Otterloo AM, Puylaert JB. Spontaneously resolving appendicitis: frequency and natural history in 60 patients. *Radiology* 2000; 215: 349-352.
3. Sales BO, Carrasco MA, Rodríguez CN. Apendicitis aguda. Actitud frente al plastrón y el absceso apendicular. En: Salvá JA, Guardia J, editores. *Urgencias médico-quirúrgicas 7*. Barcelona: Facultad de Medicina UAB; 1987: 215-221.
4. Pickuth D, Heywang-Kobrunner SH, Spielmann RP. Suspected acute appendicitis: is ultrasonography or computed tomography the preferred imaging technique? *Eur J Surg* 2000; 166: 315-319.
5. Horton MD, Counter SF, Florence MC, Hart MJ. A prospective trial of computed tomography and ultrasonography for diagnosis appendicitis in the atypical patient. *Am J Surg* 2000; 179: 379-381.
6. García-Aguayo EJ, Gil P. Sonography in acute appendicitis: diagnostic utility and influence upon management and outcome. *Eur Radiol* 2000; 10: 1886-1893.
7. Friedell ML, Pérez-Izquierdo M. Is there a role for interval appendectomy in the management of acute appendicitis? *Am Surg* 2000; 66: 1158-1162.
8. Andersen BR, Kallehave FL, Andersen HK. Antibiotics versus placebo for prevention of postoperative infection after appendicectomy. *Cochrane Database Sys Rev* 2003; (2): CD001439.
9. Eriksson W, Granstrom L. Randomized controlled trial of appendectomy versus antibiotic therapy for acute appendicitis. *Br J Surg* 1995; 82: 166-169.
10. Moss RL, Dimmitt RA, Barnhart DC, Sylvester KC, Brown RL, Powell DM et al. Laparotomy versus peritoneal drainage for necrotizing enterocolitis and perforation. *N Engl J Med* 2006; 354: 2225-2234.