

Absceso de escroto: primera manifestación de una dehiscencia tardía en una anastomosis digestiva

Esther García-Santos,¹ Alejandro Puerto-Puerto,² Rebeca Vitón-Herrero,¹ María del Carmen Manzanares-Campillo,¹ Rosa Barriga-Guijo,³ Jesús Martín-Fernández¹

Resumen

Antecedentes: la dehiscencia de una anastomosis digestiva es una de las complicaciones más temidas por el cirujano. Puede aparecer localizada o como peritonitis difusas. En la bibliografía existen casos aislados de perforaciones intestinales que se manifiestan como inflamación del escroto. La condición imprescindible es la persistencia del conducto peritoneo vaginal.

Caso clínico: paciente masculino con fistula enterovesical secundaria a diverticulitis aguda; se programó para colectomía subtotal con anastomosis ileo-rectal. Reingresó veinte días después del alta hospitalaria debido a un absceso escrotal. La tomografía computada reveló la existencia de una dehiscencia de la anastomosis, como origen del absceso. Se operó y su evolución fue favorable.

Conclusiones: ante un absceso escrotal debe establecerse un diagnóstico diferencial apropiado y tener siempre en mente la patología intraabdominal como causa extraordinaria. La tomografía computada es el procedimiento diagnóstico con mayor sensibilidad y especificidad para definir la causa y plantear el tratamiento adecuado.

Palabras clave: dehiscencia, inflamación escrotal, diverticulitis, perforación intestinal.

Abstract

Background: The gastrointestinal anastomosis dehiscence is one of the most feared complications by the surgeon. It can occur in different ways, ranging from localized forms or diffuse peritonitis. There are isolated cases of intestinal perforations in the literature that are manifested as a scrotal swelling. The prerequisite is the ductus vaginal peritoneum.

Clinical case: Male with fistula secondary to diverticulitis enterovesical is performing a scheduled surgery for subtotal colectomy with ileo-rectal anastomosis. Readmitted after twenty days of hospital discharge scrotal abscess. A computed tomography scan revealed a dehiscence of the anastomosis as the source of the abscess. Resolved surgically, the patient evolved favorably.

Conclusion: It is important to establish a correct differential diagnosis in the presence of a scrotal abscess, and to remember the extraordinary intra-abdominal pathology as a cause. Computed tomography is the imaging test with higher sensitivity and specificity in defining the etiology and raise the appropriate treatment

Key words: Dehiscence, scrotal swelling, diverticulitis, intestinal perforation.

Introducción

La dehiscencia de sutura es una de las complicaciones más importantes después de la cirugía colorrectal. En el perio-

do postoperatorio debe considerarse esta enfermedad como causa de síndrome febril. La presentación clínica puede ser una infección localizada o, incluso, cuando no se realiza el tratamiento quirúrgico adecuado, peritonitis que en ocasiones evoluciona a sepsis e insuficiencia multiorgánica. Se reporta el caso clínico de un paciente que, posterior a la dehiscencia tardía en una anastomosis de colon izquierdo, manifestó un absceso de escroto.¹

Caso clínico

Paciente masculino de 53 años de edad, con antecedentes personales de enfermedad pulmonar obstructiva crónica e hipertrofia prostática benigna. Fue enviado por los médicos del servicio de aparato digestivo con diagnóstico de fistula enterovesical, con neumaturia y fecaluria secundaria a una diverticulitis aguda. Se programó para colectomía subtotal con anastomosis ileo-rectal. Luego de una evolución favorable fue dado de alta y permaneció clínicamente estable y asintomático.

¹ Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España.
² Servicio de Urología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España.
³ Servicio de Urología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España.

Correspondencia

Dra. Esther Pilar García Santos
 Hospital General Universitario de Ciudad Real
 Extremadura 1, 1C
 13005 Ciudad Real, España
 Tel.: 699 19 28 08
 esther_garcia_santos@hotmail.com

Recibido: 26 de septiembre 2012

Aceptado: 23 de noviembre 2012

Veinte días después del alta hospitalaria acudió al servicio de Urgencias debido a taquicardia y fiebre. Durante la exploración el paciente se encontró con dolor en la fosa iliaca izquierda y signos de inflamación local en el escroto y crepitación a la palpación.

Los estudios de laboratorio reportaron: biometría hemática 17,400 leucocitos (80.8%). La ecografía escrotal puso de manifiesto una colección en el testículo izquierdo de aproximadamente 10 cm de longitud, con un trayecto fistuloso a la piel y gas (Figura 1). Ingresó al servicio de Urología con diagnóstico de sepsis secundaria al absceso en el escroto, que se drenó de urgencia.

Durante su ingreso se observó salida de material purulento por la cicatriz de la laparotomía. La tomografía computada reveló una colección retroperitoneal en el espacio pararrenal posterior izquierdo de 9 cm, aproximadamente (Figura 2), que se extendía a la pelvis menor izquierda, en el espacio supravesical, con aire en su interior en estrecha relación con la línea de sutura y una pequeña colección en la línea media de la laparotomía, que parecía comunicarse con la colección pélvica (Figura 3). Se operó de urgencia y se encontró dehiscencia de la circunferencia de la sutura íleo-rectal de aproximadamente 75%, con datos compatibles con peritonitis purulenta difusa, que diseca el plano retroperitoneal y descendía por ambas goteras parietocólicas, hasta el saco de Douglas y la región inguinal; había integridad vesical y de ambos uréteres. Se realizó lavado exhaustivo

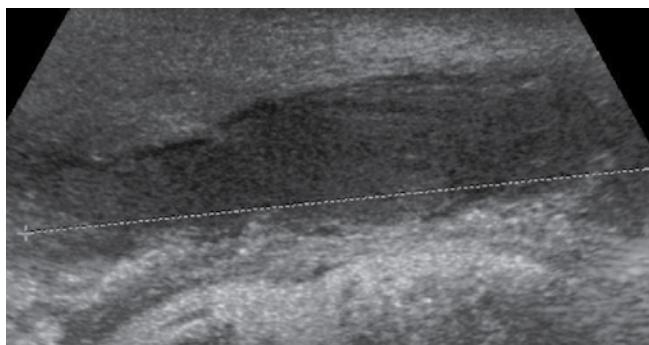


Figura 1. Ecografía escrotal. Colección hipoeocogénica, parcialmente organizada de 10 cm de longitud.

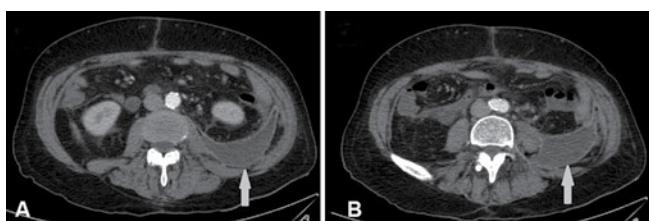


Figura 2. Tomografía computada abdomino-pélvica. A y B. Colección retroperitoneal en espacio pararrenal posterior izquierdo que se extiende hacia pelvis.



Figura 3. Tomografía computada abdomino-pélvica. Pequeña colección en línea media de laparotomía que parece comunicarse con la colección pélvica.

de la cavidad abdominal con ileostomía terminal y cierre del muñón rectal a la espera de alivio de la peritonitis y el cuadro séptico.

En las muestras cultivadas del líquido intraabdominal se identificó: *Escherichia coli*, *Bacteroides fragilis* y *Enterococcus faecalis*, por lo que se le administró tratamiento intravenoso con imipenem. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, con buen control hidroelectrolítico y fue dado de alta del hospital. En la actualidad, el paciente permanece asintomático y pendiente de la reconstrucción del tránsito intestinal.

Discusión

En la cirugía del aparato digestivo la dehiscencia de la sutura anastomótica tiene una incidencia de 2 a 5% y es la complicación más temida por el cirujano, porque incrementa los días de estancia hospitalaria por sus complicaciones y, por lo tanto, la morbilidad y mortalidad del paciente.¹ Por todo esto durante el periodo postoperatorio debe pensarse en el diagnóstico diferencial del síndrome febril, junto con otras afecciones de causa infecciosa y no infecciosa. Entre las primeras está, como causa más frecuente, la infección de la herida quirúrgica y las infecciones hospitalarias como: neumonía, urinarias o la fiebre de origen medicamentoso. En las causas no infecciosas están las afecciones médicas como: pancreatitis, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar e infarto agudo de miocardio, entre otras.^{2,3}

Las dehiscencias tempranas son las que tienen lugar en las primeras 48 horas posteriores a la intervención quirúrgica, y las tardías suelen producirse entre el cuarto y octavo días del postoperatorio.¹

Se consideran factores de riesgo en anastomosis: el género masculino, la obesidad, enfermedades cardiovasculares, abuso de alcohol y de esteroides, la radiación pre-operatoria, y los eventos adversos intraoperatorios: fuga o sangrado, sitio donde se efectúa la sutura con mayor riesgo: cuanto más cercana al margen anal, mayor riesgo de dehiscencia.^{1,4}

De acuerdo con la manifestación clínica de la dehiscencia de sutura se han establecido dos grupos de pacientes: el primero lo constituyen los que tienen repercusión clínica importante que puede manifestarse por: peritonitis localizada o difusa, colección peri-anastomótica o fistula. En el *segundo grupo* se incluyen: los pacientes con evolución clínica asintomática, y la dehiscencia se diagnostica por un estudio de imagen.⁵

En nuestro caso, el paciente tuvo una dehiscencia tardía que cursó asintomática en el postoperatorio inmediato. La colección intraabdominal drenó al canal inguinal, con absceso escrotal como primer signo de dehiscencia anastomótica.

La inflamación del escroto es una urgencia urológica que puede ser secundaria a: hernia inguinal, torsión testicular o epididimitis; sin embargo, debe pensarse en la patología abdominal como causa rara como parte del diagnóstico diferencial.⁶ En la bibliografía existen casos aislados de dehiscencia de anastomosis digestiva, apendicitis, neoplasias de colon o diverticulitis agudas perforadas.⁷⁻¹⁰ El neumoescroto es otra de las manifestaciones descritas posteriores a una perforación intestinal. Puede surgir sin signos de inflamación local ni dolor y esta manifestación es más frecuente en pacientes a quienes se ha realizado una colonoscopia.^{11,12}

La existencia de aire en la bolsa escrotal puede representar un signo temprano de una situación que amenaza la vida del paciente, si bien también puede representar un hallazgo incidental común de características benignas. La producción de aire a nivel local sugiere un padecimiento infeccioso, como gangrena gaseosa o un traumatismo escrotal, que puede tener un desenlace fatal y debe tratarse quirúrgicamente con urgencia. Si el aire se debe a su mismo movimiento desde el espacio peritoneal, generalmente se trata de un padecimiento de causa no infecciosa que puede ser tratarse de forma conservadora, siempre que el estado vital del paciente lo permita.

La condición imprescindible es la persistencia del conducto peritoneo vaginal que se encuentra en 80-90% de los recién nacidos, que disminuye gradualmente a 15-37% en la edad adulta.¹³

Se han publicado casos aislados de afecciones intraabdominales que encuentran su camino en el escroto; por ello, la exploración física del escroto es parte fundamental en la valoración global del paciente.

Para identificar la causa de un absceso escrotal, la tomografía computada es la prueba de imagen más usada

por su alta sensibilidad y especificidad.⁶ Puede ayudar al diagnóstico mediante la detección de neumotórax, neumomediastino o neumoperitoneo. La localización del enfisema subcutáneo es decisiva para orientar el diagnóstico porque existe relación entre el sitio de la perforación y el lugar de la acumulación del gas. Así, por ejemplo, la perforación en la región ano-rectal o en el colon se asocia con enfisema subcutáneo a nivel escrotal; mientras que una perforación a nivel del estómago o del intestino delgado provocará que el gas se acumule en los huecos supraclaviculares.¹⁴

El tratamiento es conservador en los casos con poca repercusión sistémica, y el tratamiento quirúrgico urgente es para casos de peritonitis con inestabilidad hemodinámica y debe asociarse con el antibiótico apropiado y las medidas de soporte hemodinámico.

Conclusión

El absceso escrotal es reflejo de diversas patologías entre las que debe considerarse la intraabdominal. Es una forma excepcional de presentación de una dehiscencia de anastomosis, pero es necesario su conocimiento porque puede llegar a ser mortal. El diagnóstico temprano es la base fundamental para disminuir la morbilidad y mortalidad de esta afección.

Referencias

1. Bannura GC, Cumsille GMA, Barrera AE, Contreras PJ, Melo LC, Soto CD, et al. Analysis of risk factors for clinical dehiscence of stapled anastomosis in 610 patients. Rev Chil Cir 2006;58(5):341-346.
2. Pile JC. Evaluating postoperative fever: a focused approach. Cleve Clin J Med 2006;73(Suppl 1):S62-S66.
3. Kim SK, Chang J, Ahn CM, Sohn HY, Kim K. Relationship Between the Result of Preoperative Pulmonary Function Test and Postoperative Pulmonary Complications. J Korean Med Sci 1987;2(1):71-74.
4. Fu KI, Sano Y, Kato S, Fujii T, Sugito M, Ono M, et al. Pneumoscroton: a rare manifestation of perforation associated with therapeutic colonoscopy. World J Gastroenterol 2005;11(32):5061-5063.
5. Takemura T, Kawaguchi M, Sano H, Narimiya M, Takemura T, Kawaguchi M, Set al. A Diabetic Patient with Scrotal Subcutaneous Abscess. Intern Med 2000;39(11):991-993.
6. Hwang EJ, Karas JR, Zawin M, Bergamaschi R. Acute Scrotum Caused by Sigmoid Diverticulitis. Surg Infect (Larchmt) 2011;12(6):507-508.
7. Sharma SB, Gupta V. Acute appendicitis presenting as acute hemiscrotum in a boy. Indian J Gastroenterol 2004;23(4):150.
8. Oetting HK, Kramer NE, Branch WE. Subcutaneous emphysema of gastrointestinal origin. Am J Med 1955;19:872-886.
9. Klutke CG, Miles BJ, Obeid F. Unusual presentation of sigmoid diverticulitis as an acute scrotum. J Urol 1988;139(2):380-381.

10. Schmit PJ, Hiyama DT, Swisher SG, Thompson JE Jr. Analysis of risk factors of postappendectomy intra-abdominal abscess. *J Am Coll Surg* 1994;179(6):721-726.
11. Fu KI, Sano Y, Kato S, Fujii T, Sugito M, Ono M, et al. Pneumoscorpum: A rare manifestation of perforation associated with therapeutic colonoscopy. *World J Gastroenterol* 2005;11(32):5061-5063.
12. Saleem MM. Scrotal abscess as a complication of perforated appendicitis: A case report and review of the literature. *Cases J* 2008;1(1):165.
13. De'Ath HD. Perforation of a sigmoid diverticulum presenting with a pneumoscorpum and surgical emphysema. *BMJ Case Rep* 2008; 2008:bcr0820080834. Epub 2008 Nov 20.
14. Garriga V, Serrano A, Marin A, Medrano S, Roson N, Pruna X. US of the Tunica Vaginalis Testis: Anatomic Relationships and Pathologic Conditions. *RadioGraphics* 2009;29(7):2017-2032.