



Absceso de la transcavidad de los epiplones secundario a apendicitis perforada. Presentación de una paciente

Abscess in the omental transcavity secondary to perforated appendicitis. Presentation of one patient

Dr. Raúl Gaxiola Werge,

Dra. Norma Griselda Gómez Gutiérrez,

Dr. Francisco José Alcántara Martínez,

Dr. César Athié Gutiérrez

Resumen

Objetivo: Describir el caso de una paciente con cuadro clínico atípico de apendicitis aguda.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención.

Descripción del caso: Femenina de 22 años de edad con cuadro clínico de 32 días de evolución, caracterizado por dolor en hipogastrio y ambas fosas iliacas, hiporexia, calofríos. Seis días antes de su ingreso notó, además, aumento progresivo del volumen abdominal a nivel del mesogastrio y epigastrio, con dolor de mayor severidad, hipertermia de 38.5°C, con imposibilidad para evacuar gases y materia fecal; recibió en el transcurso de esta sintomatología antimicrobianos del tipo del trimetoprim con sulfametoxazole y paracetamol como analgésico. A su ingreso el laboratorio sólo mostró leucocitosis de 16000, la telerradiografía de tórax reveló: sospecha de derrame pleural; la placa simple de abdomen mostró opacidad en hemiabdomen superior y niveles hidroaéreos en asas de intestino delgado, con borramiento de la imagen del psoas izquierdo. El ultrasonido abdominal reveló la presencia de una colección líquida con dimensiones aproximadas de 160 mm x 115 mm y la tomografía computada del abdo-

Abstract

Objective: To describe the case of a patient with an atypical clinical course of acute appendicitis.

Setting: Third level health care hospital.

Description of the case: Woman of 22 years of age with clinical symptoms of 32 days of evolution, characterized by pain in the hypogastrium and both iliac fossas, hyporexia, chills. Six days before being admitted, she also experienced a progressive increase in abdominal volume at the mesogastrium and epigastrium, more severe pain, fever up to 38.5°C, without being able to evacuate gases or fecal matter; during this symptomatology she was administered antimicrobial agents, trimethoprim-sufamethoxazole, and Paracetamol as analgesic. Laboratory test at admittance revealed a leukocyte count of 16000, thoracic telerradiography revealed: suspicion of pleural effusion. Plain abdominal X ray revealed opacity at the upper hemiabdomen and air levels in the small intestinal loops, blurring of the left Psoas image. Abdominal ultrasound revealed the presence of a liquid collection measuring approximately 160 mm x 115 mm, and computed tomography defined a collection located in the left hypocondrium and epigastrium,

Servicio de Urgencias Médico-Quirúrgicas. Unidad de Cirugía General del Hospital General de la Ciudad de México

Recibido para publicación: 18 de noviembre de 1999

Aceptado para publicación: 21 de diciembre de 1999

Correspondencia: Dr. Raúl Gaxiola Werge. Servicio de Urgencias Médico-Quirúrgicas, Hospital General de México. Dr. Balmis No. 148, Colonia Doctores, México, D.F. Teléfonos: 55 78 85 82; 55 79 61 04 Fax: 56 73 71 11

E-mail: gaxwer@df1telmex.net.mx

men definió una colección situada en el hipocondrio izquierdo y epigastrio, por detrás del estómago, con dimensión de 150 mm. La laparotomía demostró una masa de 15 cm en la transcavidad de los epiplones de la que se drenó 2500 mL de material purulento y otra colección de aproximadamente 500 mL en la corredera parietocólica izquierda, ambas colecciones se evacuaron y se efectuó además hemicolectomía izquierda dadas las condiciones del colon a ese nivel con colostomía proximal. La evolución fue hacia la curación.

Palabras clave: Absceso intra-abdominal, apéndice, apendicitis perforada, abdomen agudo.

Cir Gen 2001; 23: 49-53

Presentación del caso

Se trató de un paciente del sexo femenino de 22 años de edad, de bajo nivel socioeconómico, trabajadora y residente en los Estados Unidos, atendida en el Servicio de Urgencias del Hospital General de México.

Con un cuadro clínico de 32 días de evolución, que al inicio del padecimiento actual estuvo caracterizado por dolor leve a moderado en hipogastrio y ambas fosas iliacas, hiporexia y escalofríos, así como disuria y dispareunia; fue tratada en el extranjero por médico de seguridad social como infección de vías urinarias y enfermedad inflamatoria pélvica, recibió trimetoprim/sulfametoxazol en dosis habituales y paracetamol. Su evolución no fue satisfactoria en los días subsecuentes, por lo que acudió a los 5, 12 y 18 días con la misma sintomatología, agregándose náusea y diarrea. Por tal motivo, decidió regresar a México.

Siete días previos a su ingreso, notó aumento, lento y progresivo, de volumen en meso y epigastrio, palpando una masa mal definida, y refiriendo dolor intenso a este nivel. Además de síntomas generales, fiebre hasta 38.5°C, hiporexia, náusea, vómito de características gastrobilíares, e imposibilidad para evacuar o canalizar gases por recto. Notó disminución de peso de 5 kilogramos a partir del inicio del padecimiento actual. No hubo otros antecedentes de importancia.

A su ingreso se encontró paciente del sexo femenino, con facies de dolor, febril, diaforética, en mal estado de hidratación y tinte icterico leve en escleras y mucosas. Sus signos vitales FC: 100x min., FR: 26xmin., TA: 110/70 mmHg, Temp: 38°C. Ambos hemitórax sin estertores ni sibilancias. Área cardiaca con frecuencia aumentada, sin soplos o frotos. Abdomen globoso, aparentemente por distensión generalizada. A la palpación con hiperestesia e hiperbaralgia en hemiabdomen izquierdo y fosa iliaca derecha. Se palpó masa de 15 cm x 15 cm, de consistencia renitente, dolorosa, no móvil, que ocupó todo el hipocondrio izquierdo e involucraba el epi y mesogastrio. Dolor a nivel de flanco y fosa iliaca izquierda, hueco pélvico y

behind the stomach, measuring 150 mm. Laparotomy revealed a mass of 15 cm in the omental transcavity, from which 2500 ml of purulent material was drained, and another collection of approximately 500 ml at the left parieto-colic fold, both collections were drained and a left hemicolectomy with proximal colostomy was performed due to the conditions of the colon at that level. The patient evolved well.

Key words: Appendix, appendectomy, abscess, appendicular abscess.

Cir Gen 2001; 23: 49-53

fosa iliaca derecha. Con rebote positivo en las mismas regiones. Timpanismo generalizado. Peristaltismo ausente.

Laboratorio: BH: Leucocitos 16,000, Segmentados 85%, Bandas 5%, Linfocitos 10% Hb, 12, Hto 36%. QS. Glucosa, 90, Urea 10, Creat 1.2, Amilasa 90, Lipasa 3,0, ALAT 50, ASAT 47 UI/L, DHL 180, Albúmina 2.5, K 3.5, NA 135, BT 1.2, BD 0.5, BI 0.7.

Tele de Tórax (**Figura 1**). Borramiento de ambos ángulos costodiafrágicos sugerentes de derrame pleural, así como una banda de atelectasia en la base pulmonar derecha.

En la placa simple de abdomen (**Figura 2**) se observó una gran opacidad en hemiabdomen superior que abarcaba epigastrio e hipocondrio izquierdo. Asimismo, varias asas intestinales formando niveles hidroaéreos en flanco izquierdo y fosa iliaca derecha. Borramiento de la sombra del psoas izquierdo. Imagen de vidrio despulido en hueco pélvico sugerente de líquido libre.

USG: El Ultrasonido de abdomen superior mostró la presencia de un absceso con dimensiones aproxi-

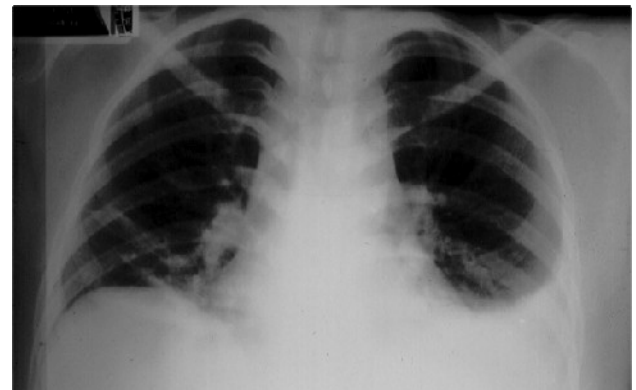


Fig. 1. Telerradiografía de tórax P-A. Se observa borramiento de senos costo-diagrágicos y atelectasia pulmonar derecha.

madras de 160 mm x 115 mm y en otra proyección de 186 mm x 74 mm (**Figura 3**).

TAC: La tomografía contrastada (Oral e IV) de abdomen superior identificó una colección situada en hipocondrio izquierdo y epigastrio, por detrás del estómago que es rechazado por la misma, al igual que la pared abdominal, el bazo en sentido lateral y el páncreas en sentido medial, con dimensiones de 150.5 mm. La corredera parietocólica izquierda con proceso inflamatorio y pequeños abscesos (**Figura 4**).

Tratamiento

Preoperatorio: Se colocó SNG en estómago, sonda de Foley en vejiga. Catéter subclavio de tres lúmenes, como vía central, medición de PVC. Soluciones parenterales calculadas a 40 ml/kg/día, más cargas con solución Hartman de acuerdo a requerimientos por PVC. Se administró de manera empírica triple esquema antibiótico a base de: metronidazol 500 mg IV c/8h, ceftriaxona 1 g IV c/8h y amikacina 1 g IV c/24h; bloqueadores H₂ y analgésicos.

Hallazgos quirúrgicos

A través de una incisión media supraumbilical se exploró la cavidad, se encontró una masa de 15 cm de diámetro limitada de manera cefálica por la cara gástrica posterior y 3/4 partes de la curvatura mayor, que desplazaba en sentido caudal al colon transverso y el ángulo esplénico, que la limitaban en sentido caudal y lateral; al seccionar el ligamento gastrocólico para revisar el retroperitoneo se abrió una gran cavidad abscedada,



Fig. 2. Placa simple de abdomen que muestra: opacidad en hemiabdomen superior, niveles hidroaéreos en asas intestinales, borramiento de la sombra del psoas izquierdo.

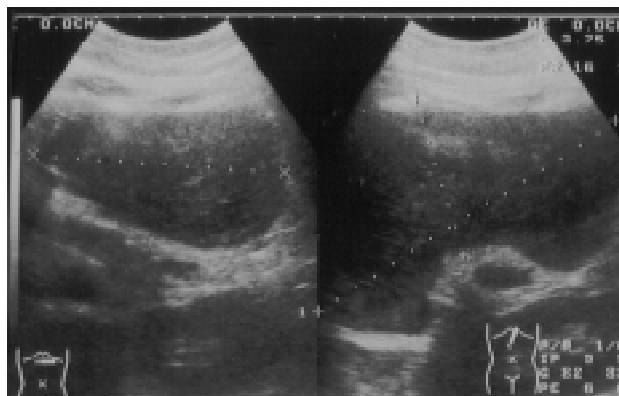


Fig. 3. Ultrasonido abdominal: absceso de 160 mm X 115 mm.

de la que drenaron 2,500 mL de material purulento fétido; una vez drenada se observó que se trataba de la retrocavidad de los epiplones, limitada lateralmente por el bazo y la cúpula diafragmática izquierda, y por detrás por el páncreas y riñón izquierdo, ninguna de esas estructuras se encontró afectada.

Se amplió la incisión media en sentido caudal para revisar el resto de la cavidad, por palpar aumentado de consistencia el ángulo esplénico y colon descendente se decidió realizar maniobra de Rokitansky, se encontró en la corredera parieto-cólica izquierda material purulento y pericolicitis intensa; a nivel de hueco pélvico un absceso de aproximadamente 500 mL del mismo material, identificando a este nivel la punta del apéndice cecal gangrenado, perforado, y un fecalito de aproximadamente 1.5 cm libre, el resto del apéndice con inflamación aguda. Se realizó apendicectomía. Por las condiciones del colon izquierdo se decidió realizar hemicolectomía izquierda con formación de colostomía proximal y cierre en bolsa de Hartman del extremo distal. La evolución posoperatoria de la paciente fue satisfactoria.

Discusión

En 1886, Reginald Fitz acuñó por vez primera el término de apendicitis aguda, describió de manera clara y lógica el cuadro clínico de este padecimiento y estableció las bases para el diagnóstico clínico temprano, al tiempo que propuso el tratamiento quirúrgico oportuno para evitar complicaciones.¹ A pesar de ello, un siglo después, en la práctica diaria esto no se lleva a cabo en algunas ocasiones.

El cuadro clínico "clásico" de apendicitis es por lo regular fácilmente reconocible; sin embargo, las presentaciones "no clásicas" o atípicas, que se presentan en niños, ancianos, embarazadas y las modificadas de manera iatrógena, representan un reto mayor que requiere de experiencia, criterio y gran intuición clínica. Por desgracia, la falta de estas últimas se refleja en la frecuente presentación de complicaciones debido al retardo diagnóstico y terapéutico de esta entidad.²

En este retraso participan dos factores, por lo menos: el paciente y el sistema médico, que favorecen que al llegar el paciente a un servicio de Urgencias Quirúrgicas (Tercer Nivel) el apéndice ya esté perforado, y se haya formado un absceso e incluso tenga datos de sepsis abdominal generalizada.^{2,3}

Se sabe que las infecciones intraabdominales (IIA) son todavía un problema difícil en cirugía general.⁴ Aquí cabe enfatizar que el término peritonitis, significa inflamación del peritoneo, independientemente a su etiología; y el término de infecciones intraabdominales abarca todas las formas de peritonitis bacteriana, abscesos intraabdominales e infecciones de órganos intraabdominales⁵ y así se utilizarán en esta revisión.

La cirugía ha disminuido la mortalidad por IIA de 90% a 50%, mediante dos principios básicos: eliminación de la fuente de infección y remoción del material purulento y tóxico.

La perforación apendicular es una fuente común de IIA, corresponde al 22% de todas las peritonitis. Aún hoy la mortalidad es de 13%. La IIA ocurre cuando las defensas del huésped localizan el flujo bacteriano, produciendo una cápsula de fibrina alrededor de la lesión. Usualmente requiere para su formación de 10^7 bacterias por mililitro, entre otros factores.^{4,6,7}

Las vías de diseminación del material purulento dentro de la cavidad peritoneal están definidas: éste circula hacia la parte superior del abdomen, en los espacios suprahepáticos e infrahepáticos, así como a la corredera paracólica y hacia la cavidad pélvica. Es probable que el movimiento dentro del abdomen superior represente la circulación de líquido hacia una región de baja presión, producida por la absorción del material por los linfáticos diafragmáticos y un efecto de succión causado por la fuerza de gravedad sobre las vísceras abdo-

minales superiores, en especial el hígado. La circulación de líquido a las porciones declives de la pelvis o en las correderas paracólicas probablemente se deba a la acción de la fuerza de gravedad en decúbito ventral o en posición parcialmente erguida.⁸

La presentación común de los abscesos apendiculares localizados es clásicamente paracecal o pélvica,⁴⁻⁷ cabe señalar que existen casos atípicos o ectópicos, como se encuentran descritos en la bibliografía, siendo retroperitoneales,⁹ subdiafragmáticos derechos, inguinales, escrotales,^{10,11} o manifestarse como gangrenas o fascitis perineales e incluso como obstrucción urinaria.

Es de resaltar que en la mayoría de los casos publicados se trata de abscesos posoperatorios o residuales.^{4,12,13}

Al momento de esta presentación, sólo se encontró en la bibliografía mundial un informe hecho por Her, Hwang y cols.,¹⁴ de un absceso apendicular epigástrico en un paciente de 49 años debido a la hiperrotación del ciego en sentido antihorario hacia el cuadrante superior izquierdo, ubicando el apéndice a este nivel; y que se resolvió espontáneamente por fistulización interna a través de la pared gástrica posterior.

En el caso que se presenta, a diferencia del de Her, el apéndice se encontró en su localización normal, con una variación de posición pélvica que se perforó en la punta, abscedándose localmente, lo que debió haber producido un cuadro clínico "clásico" en su inicio. Llama la atención la disposición poco ortodoxa de material purulento en la corredera paritocólica con periclititis, y su posterior ubicación y aislamiento en la transcavidad de los epiplones respetando el resto de la cavidad, lo que puede ser explicado por la circulación intraperitoneal descrita. Esta situación generó datos clínicos y de gabinete que obligaban a descartar un absceso pancreático, esplénico, o secundario a la perforación duodenal, gástrica o colónica. Es claro que en este caso se trató de una presentación ectópica y muy poco frecuente de un absceso apendicular.

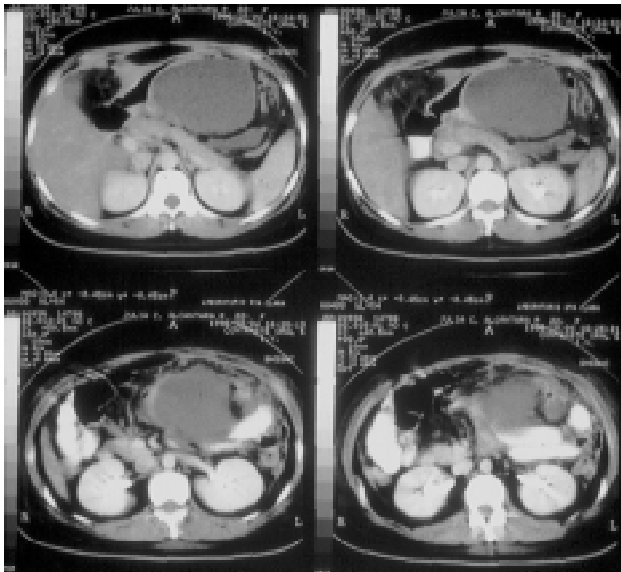


Fig. 4. La tomografía computada abdominal identificó una colección situada en el hipocondrio izquierdo de 150 mm y otra en la corredera paritocólica izquierda.

Referencias

1. Graffeo CS, Counselman FL. Appendicitis. *Emerg Med Clin North Am* 1996; 14: 653-71.
2. Rusnak RA, Borer JM, Fastow JS. Misdiagnosis of acute appendicitis: common features discovered in cases after litigation. *Am J Emerg Med* 1994; 12: 397-402.
3. Von Titte SN, McCabe CJ, Ottinger LW. Delayed appendectomy for appendicitis: causes and consequences. *Am J Emerg Med* 1996; 14: 620-2.
4. Paull DL, Bloom GP. Appendiceal abscess. *Arch Surg* 1982; 117: 1017-9.
5. Farthmann EH, Schoffel U. Epidemiology and pathophysiology of intraabdominal infections (IAI). *Infection* 1998; 26: 329-34.
6. Temple CL, Huchcroft SA, Temple WJ. The natural history of appendicitis in adults. A prospective study. *Ann Surg* 1995; 221: 278-81.
7. Hale DA, Molloy M, Pearl RH, Schutt DC, Jaques DP. Appendectomy: a contemporary appraisal. *Ann Surg* 1997; 225: 252-61.

8. Autio V. The spread of intraperitoneal infection: studies with Roentgen contrast medium. *Acta Chir Scand* 1964; 123(suppl): 5.
9. Lobo DN, Dunn WK, Iftikhar SY, Scholefield JH. Psoas abscesses complicating colonic disease: imaging and therapy. *Ann R Coll Surg Engl* 1998; 80: 405-9 (Abstract-Internet) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=PubMed>.
10. Gerami S, Easley GW, Mendoza CB Jr. Appendiceal abscess as content of right femoral hernia. *Int Surg* 1970; 53: 354-6.
11. Gan BS, Sweeney JP. An unusual complication of appendectomy. *J Pediatr Surg* 1994; 29: 1622.
12. Reid RI, Dobbs BR, Frizelle FA. Risk factors for post-appendectomy intra-abdominal abscess. *Aust NZ J Surg* 1999; 69: 373-4. (Abstract-Internet).
13. Gohl J, Gmeinwieser J, Gusinde J. Intraabdominal abscesses. Intervention versus surgical treatment. *Zentralbl Chir* 1999; 124: 187-94. (Abstract-Internet) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Search&D=PubMed>.
14. Her JW, Hwang JS, Ahn SH, Park SK, Kim H. Epigastric appendiceal abscess with spontaneous drainage in to the stomach. *Korean J Intern Med* 1999; 14: 82-5. (Abstract-Internet) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=PubMed>.