www.medigraphic.org.mx

Caso clínico

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

Vol. 18 Núm. 1 Ene.-Mar. 2017

Absceso subhepático secundario a apendicolito retenido. Reporte de caso

Estefanía Judith Villalobos Rubalcava,* Adriana Hernández López,*
Juan Carlos Sainz Hernández,* Adrián Murillo Zolezzi*

Resumen

Introducción: La apendicectomía es una de las cirugías más comunes en el mundo. En los casos de apendicitis perforada, el riesgo de absceso residual es hasta de 20%; el apendicolito retenido a causa del absceso es poco frecuente. Se realiza una revisión de la literatura sobre la variabilidad de los abscesos residuales secundarios a apendicolitos retenidos. **Presentación del caso:** Reportamos a un paciente masculino de 18 años que presentó, 16 días después de la apendicectomía laparoscópica, dolor en el cuadrante superior derecho, fiebre y náusea. Se realizó tomografía computada de abdomen, que reportó absceso hepático subcapsular con presencia de apendicolito. Fue tratado con drenaje y lavado laparoscópico. Se colocaron cuatro trocares similares al abordaje para colecistectomía laparoscópica. Se encontró un absceso de 30 mL aproximadamente sobre el ligamento coronario en el quinto y sexto segmentos hepáticos, se halló fecalito de un centímetro, el cual se extrajo por trocar umbilical en bolsa extractora; se dejó un drenaje cerrado en el espacio de Morrison. Fue cubierto con metronidazol y ceftriaxona. Se observó una adecuada evolución en el postoperatorio. Se retiró el drenaje a las 48 horas y fue egresado. **Conclusiones:** Se ha reportado migración de apendicolitos que causan empiema, abscesos residuales en la pelvis, retroperitoneales, hepáticos e interasa; el más común es el perihepático. La tomografía se considera el estudio más sensible y específico para diagnosticarlo. Se han descrito diferentes manejos, como drenaje guiado por ultrasonido o tomografía sin extracción del apendicolito, con alta recurrencia. La reoperación con abordaje laparoscópico o abierto con extracción del lito es la única resolución definitiva de los abscesos.

Palabras clave: Apendicolito, apendicectomía, absceso hepático.

Abstract

Introduction: *Appendectomy is one of the most common surgeries in the world. In those cases of perforated appendicitis, the risk of a residual abscess is up to 20%, being a retained appendicolith an uncommon cause of it. A review of the literature on the variability of residual abscesses secondary to retained appendectomies was carried out.* ***Case report:*** *This was an 18-year-old male who presented, 16 days after a laparoscopic appendectomy, right upper quadrant pain, fever, and nausea. A computed tomography scan of the abdomen was performed, which reported a subcapsular hepatic abscess with an appendicolith. It was treated with drainage and laparoscopic lavage. Four trocars, similar to the laparoscopic cholecystectomy approach, were placed. An abscess of approximately 30 mL was found by the coronary ligament in the fifth and sixth hepatic segments; a one-centimeter fecalith was found, which was extracted through the umbilical trocar with an endo-bag; a closed drain was left in the space of Morrison. The patient was covered with metronidazole and ceftriaxone. He had a suitable postoperative evolution. The drainage was removed at 48 hrs. and he was discharged.* ***Conclusions:*** *Appendicolith migration has been reported, causing empyema, pelvic, retroperitoneal, inter-bowel, and hepatic residual abscesses; the most common one is perihepatic. CT scan is considered the most sensitive and specific study to diagnose this entity. Different approaches have been described, such as drainage guided by ultrasound or tomography without the removal of the appendicolith, which carries a high risk of recurrence. Reoperation with a laparoscopic or open approach with appendicolith extraction is the only definitive resolution for these abscesses.*

Key words: *Appendicolith, appendectomy, hepatic abscess.*

www.medigraphic.org.mx

* Servicio de Cirugía General. Centro Médico ABC. Ciudad de México, México.

Correspondencia:
Dra. Estefanía Judith Villalobos Rubalcava
Sur 136 Núm. 116, Int. 301,
Col. Las Américas, 01120, Del. Álvaro Obregón, Ciudad de México, México.
Tel: +52-55-52-713733
E-mail: draestefaniavillalobos@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en http://**www.medigraphic.com/cirugiaendoscopica**

INTRODUCCIÓN

En casos de apendicitis perforada, la prevalencia de que existan fecalitos es cerca de 40%, comparada contra 15% de las no perforadas. La prevalencia de abscesos residuales es hasta de 20%; un apendicolito retenido es una causa poco frecuente o rara. Existen publicaciones con presentación de un absceso secundario a un fecalito retenido desde los nueve días hasta los cuatro años postapendicectomía.[1,2]

Las causas más comunes de retención de un apendicolito son la realización de una resección apendicular, la extracción forzada a través del puerto umbilical, si se encuentra perforado el apéndice, o la no identificación del apendicolito. Las complicaciones asociadas con apendicolitos retenidos han sido más prevalentes con el uso estándar de la apendicectomía laparoscópica, similar a los litos perdidos en la colecistectomía.[3]

En este artículo presentamos un caso con absceso subhepático que erosionaba la cápsula de Glisson, secundario a la pérdida y migración de un apendicolito en el transcurso de una apendicectomía previa; asimismo, revisamos la literatura existente sobre esta entidad clínica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 18 años de edad, estudiante, soltero, quien tenía como antecedente una apendicectomía por laparoscopía dos semanas previas al ingreso por un cuadro de apendicitis aguda perforada; cursó con una evolución satisfactoria y egresó sin complicaciones a los dos días postoperatorios, con antibioticoterapia por ocho días más (metronidazol/cefuroxima). Acudió a urgencias a los 16 días del postoperatorio por dolor abdominal que había iniciado 72 horas antes, localizado en el cuadrante superior derecho, acompañado de astenia, adinamia, malestar general, fiebre y náusea. No presentó vómito ni otras manifestaciones. Refería exacerbación del dolor con los cambios de posición y no mencionó mitigantes. En la exploración se encontró paciente con dolor a la palpación en el hipocondrio derecho, sin datos de irritación peritoneal, con peristalsis disminuida. A su ingreso se documentó leucocitosis (16.3) con bandemia (2%), además de procalcitonina en 2.32 ng/mL. No se hallaron alteraciones de las pruebas de funcionamiento hepático.

Debido al antecedente, se consideró un absceso residual, por lo que se realizó tomografía computada de abdomen y pelvis, en la que se observó una colección asociada a los segmentos V y VI del hígado, subcapsular, con dimensiones aproximadas de 6. 7 x 5. 9 cm, con contenido de aire y líquido. También se apreció una calcificación ovoide con eje mayor de un centímetro, que al parecer correspondía con apendicolito *(Figuras 1 a 3)*.

Se realizó laparoscopía diagnóstica debido a la localización del absceso y apendicolito. Se colocaron trocares como sigue: umbilical (óptico 10 mm, 30 grados), 10 mm subxifoideo, 5 mm en la línea media clavicular derecha por debajo del reborde costal y 5 mm en la línea axilar anterior derecha (similar a la colecistectomía de cuatro puertos). Se encontró un absceso subhepático bien localizado por presencia de fecalito que erosionaba la cápsula de Glisson, y se procedió a realizar el destechamiento del absceso, drenando 20 mL de material purulento. Se extrajo fecalito de aproximadamente 9 mm usando bolsa extractora endoscópica *(Figuras 4 y 5)*, se realizó lavado de cavidad con solución y se colocó drenaje cerrado 19 Fr dirigido a espacio subhepático. Fue cubierto con metronidazol/ceftriaxona por ocho días. Cursó con adecuada evolución y egresó en el segundo día postoperatorio. El drenaje se retiró al quinto día por mínimo gasto y de aspecto seroso. Hasta el momento no se ha reportado ninguna complicación postoperatoria temprana ni tardía.

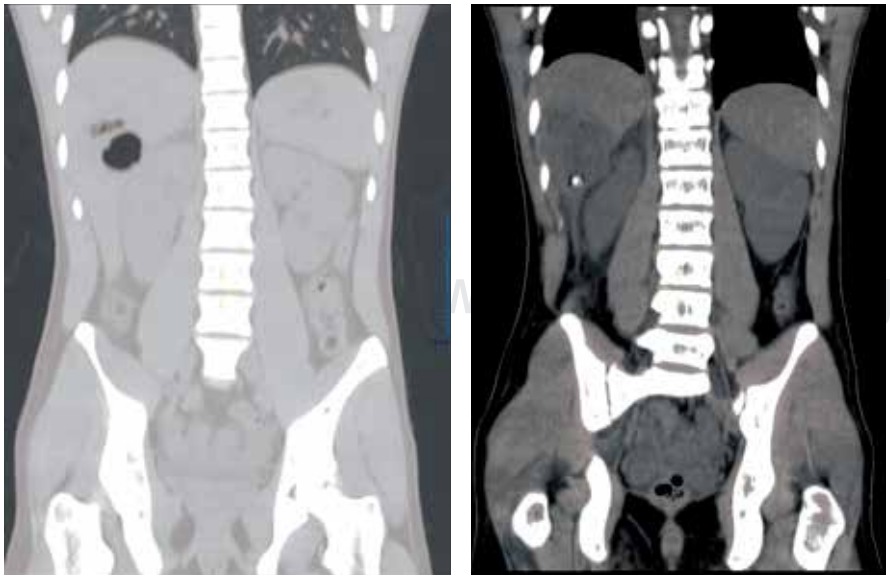

Figura 1.

En el corte coronal de la izquierda se aprecia en la ventana pulmonar el gas dentro de la colección en los segmentos V y VI. En el corte coronal de la derecha se aprecia apendicolito.

DISCUSIÓN

El dolor abdominal en la sala de urgencias es un dilema diagnóstico y terapéutico en el mundo; la apendicitis aguda es una de las causas quirúrgicas más comunes. La teoría de obstrucción del lumen apendicular como causa de apendicitis es un concepto originado desde 1846 por Volz y de amplia aceptación universal; las causas más frecuentes de esta obstrucción son un apendicolito, hiperplasia linfoide, tumor o cuerpo extraño.[4,5]

El riesgo en el mundo de padecer apendicitis aguda es de 7% aproximadamente; representa 1% de todas las cirugías en la población mundial. El apendicolito es la causa más común; está formado por heces densas, moco y depósi-

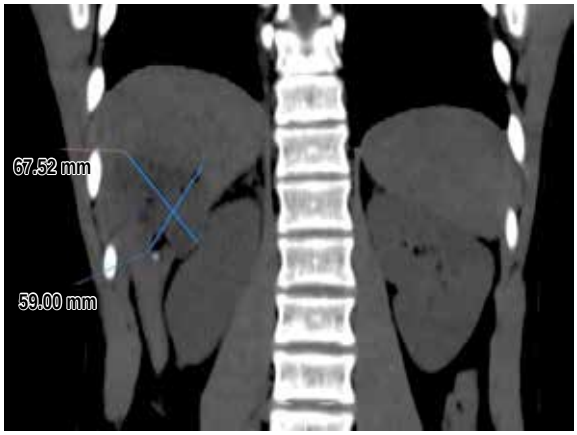

Figura 2. Corte coronal donde se muestran las mediciones de los ejes mayores del absceso, que son 67 x 59 mm.

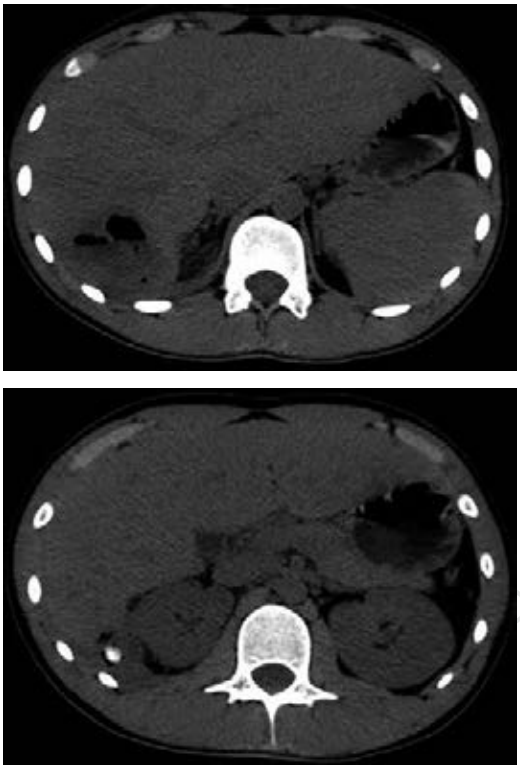

Figura 3. En la imagen superior, se observa un corte axial donde se aprecia la diferencia de densidad de la colección respecto del parénquima hepático; en la imagen inferior, un corte axial donde se aprecia apendicolito con una densidad similar a huesos.

Figura 4. En esta imagen se observa lito dentro de la cápsula de fibrina del absceso, teniendo el segmento VI hepático en la esquina superior izquierda de la imagen, la pinza intestinal sobre el ligamento coronario.

Figura 5. Momento de extracción del lito de 10 mm aproximadamente.

tos minerales; generalmente es menor de un centímetro. Cuando son mayores a dos centímetros, se conocen como apendicolitos gigantes y son muy raros.

Dentro de los avances que existen para diagnosticar, es cada vez más aceptado el uso de algún estudio de imagen; se realiza una tomografía computada de abdomen para el diagnóstico de apendicitis aguda, con lo que disminuye el índice de apendicectomías blancas o sin hallazgos patológicos de 20 a tan solo 7%. Antes de esta era tomográfica, la presencia de apendicolitos se consideraba 100% específica como diagnóstico de apendicitis aguda; actualmente se ha demostrado por tomografía que hasta 13% de los pacientes con apendicolitos no tienen apendicitis aguda y es un mero hallazgo incidental. Cuando coexiste la presencia de dolor abdominal y apendicolito, se relaciona con 90% de posibilidad de apendicitis aguda y 50% de riesgo de perforación; esto es más común en la población pediátrica.[1] El procedimiento de apendicectomía por laparoscopía se ha convertido en el manejo estándar de la apendicitis aguda en centros equipados, lo que reduce la infección de heridas a 1.5% comparada con 5% en abordaje abierto.

Guillem, Geohegan y Hormann han descrito el riesgo de desarrollar abscesos intraabdominales después de la apendicectomía laparoscópica debido a apendicolitos retenidos en la cavidad peritoneal; recomiendan de manera sistemática dos ligaduras proximales al ciego, estar atentos durante la resección del apéndice y no lavar hasta retirar las porciones de apéndice o apendicolitos por el riesgo de que migren durante el lavado.

Existen reportes de casos de migración de apendicolitos que causan empiema, abscesos residuales en la pelvis, retroperitoneales, hepáticos e interasa; el más común es el perihepático. La tomografía se considera el estudio más sensible y específico para diagnosticarlo; una radiografía simple tiene una sensibilidad de 10%. Se han descrito manejos como drenaje guiado por ultrasonido o tomografía sin extracción del apendicolito, que presentan alta recurrencia del absceso. La reoperación con abordaje laparoscópico o abierto con extracción del lito es la única resolución definitiva de los abscesos. Incluso, hay reporte de una lumbotomía por absceso retroperitoneal secundario a apendicolito; ya que el cuadro de apendicitis había sido cuatro años atrás, mal diagnosticado como pielonefritis con absceso renal. El método ideal de extracción depende de la localización del lito y el absceso.[3]

Los apendicolitos son una causa identificable de formación de abscesos intraabdominales. Durante la apendicectomía, se aconseja revisar el muñón apendicular, correderas y pelvis de forma rutinaria, ya que existen reportes de apendicolitos retenidos aun sin perforación ni presencia evidente de ellos. Se recomienda que la búsqueda y recuperación del apendicolito sea más agresiva, incluso utilizando ultrasonografía transoperatoria si se tiene la opción (ya que la fluoroscopía sólo revelará la presencia de apendicolitos en 10-12%), colocación extra de trocares para permitir una adecuada exploración de la cavidad abdominal o, incluso, conversión para lograr la extracción del mismo, ya que el absceso será parte de la evolución si el fecalito permanece en la cavidad.[6]

Si se diagnostica la presencia de un absceso secundario a un apendicolito retenido en un paciente con antecedente de apendicectomía, deberá ser removido por el riesgo de recurrencia del absceso si sólo es drenado. El manejo, además de antibioticoterapia, debe ser la extracción del mismo, que puede realizarse por laparoscopía de forma segura; la colocación de trocares dependerá de la localización del absceso. Se aconseja la extracción del fecalito en una bolsa extractora para evitar contaminación del trocar y, por lo tanto, de la pared abdominal.

CONCLUSIONES

Los apendicolitos son una causa identificable de formación de abscesos intraabdominales, por lo que se tiene que ser más agresivo en su búsqueda durante una apendicectomía en la que haya salida de estos elementos a la cavidad para su extracción. De diagnosticarse ya en el postoperatorio la presencia de un absceso secundario a apendicolito, el tratamiento, además del drenaje del absceso, requiere de la extracción del apendicolito como agente etiológico, ya que de no hacerlo, las recidivas son frecuentes.

REFERENCIAS

1. Aljefri A, Al-Nakshabandi N. The stranded stone: relationship between acute appendicitis and appendicolith. *Saudi J Gastroenterol*. 2009; 15: 258-260.
2. Maatouk M, Bunni J, Schuijtvlot M. Perihepatic abscess secondary to retained appendicolith: a rare complication managed laparoscopically. *J Surg Case Rep*. 2011; 2011: 6.
3. Knight O, Brar R, Clark J. Retained faecolith: an avoidable complication of laparoscopic appendicectomy. *BMJ Case Rep*. 2013; 2013. pii: bcr2013201255.
4. Singh JP, Mariadason JG. Role of the faecolith in modern-day appendicitis. *Ann R Coll Surg Engl*. 2013; 95: 48-51.
5. Chang CR, Cheng CY. Drainage of periappendiceal abscess and removal of free fecalith —extraperitoneal approach. *Int Surg*. 2014; 99: 379-383.
6. Hörmann M, Kreuzer S, Sacher P, Eich GF. Abscesses after appendectomy due to intraoperative retaining of fecalith. *Rofo*. 2001; 173: 720-723.

www.medigraphic.org.mx