

CASO CLÍNICO

Retroperitonitis después de una apendicitis aguda no complicada

Retroperitonitis after an uncomplicated acute appendicitis

Dr. Alejandro Barrabí Díaz,^I Dr. Joaquín Márquez Hernández,^I Dr. Evelio Salvador Reyes Balseiro,^{II} y Dr. Bárbaro Agustín Armas Pérez^I

^I Hospital Universitario "Amalia Simoni", Camagüey, Cuba.

^{II} Hospital "Martín Chang Puga", Nuevitas, Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se describe el caso clínico de un paciente de 27 años de edad, inmunocompetente operado sin dificultades de apendicitis aguda flegmonosa, en posición anterior, quien fue reintervenido en 2 ocasiones por retroperitonitis en forma de abscesos múltiples y se le realizaron 5 relaparotomías programadas para curas. Evolucionó favorablemente y egresó a los 36 días de la operación inicial, pero con seguimiento por consulta externa.

Palabras clave: apendicitis aguda flegmonosa, apendicectomía, retroperitonitis, absceso retroperitoneal, relaparotomía programada.

ABSTRACT

The case report of a 27 year immunocompetent patient, surgically treated without difficulties due to an acute flegmonous appendicitis, in anterior position who had 2 previous interventions due to retroperitonitis in form of multiple abscesses, and who had 5 scheduled relaparotomies for cures, is described. He had a favourable clinical course and he was discharged 36 days after the initial surgery, but under follow up through outpatient department.

Key words: acute flegmonous appendicitis, appendectomy, retroperitonitis, retroperitoneal abscess, scheduled relaparotomy.

INTRODUCCIÓN

Los abscesos abdominales pueden ser intracavitarios (peritoneales o viscerales) o intraabdominales, así como retroperitoneales (anteriores y perinefríticos). Se denomina retroperitonitis a la presencia de absceso retroperitoneal.¹

El absceso posterior a la apendicectomía puede ser intraabdominal, retroperitoneal o presentarse en la pared abdominal anterior, a partir de la infección del sitio quirúrgico; el intraabdominal se explica por la existencia de proliferación bacteriana en los espacios intracavitarios luego de una apendicitis aguda en estadio avanzado.^{2,3}

La ubicación retroperitoneal del absceso como complicación después de la apendicectomía es infrecuente, se relaciona habitualmente con la extensión de la infección al retroperitoneo, lo cual ocurre con mayor frecuencia en la apendicitis aguda de localización retrocecal.⁴

En la bibliografía médica consultada se registra poca información sobre la retroperitonitis después de la apendicectomía en cirugía convencional. En relación con la presentación de esta complicación luego de la apendicectomía videolaparoscópica, solo se encontró una referencia bibliográfica en la que se registra un caso, de manera que resulta bastante infrecuente.¹ Actualmente puede diagnosticarse mediante ecografía, tomografía axial computarizada y resonancia magnética.^{3,4}

No obstante a lo anterior, sí son frecuentes las investigaciones, tanto nacionales y foráneas, sobre la apendicitis aguda, en las cuales se tratan aspectos diagnósticos y terapéuticos, los relacionados con otras complicaciones, así como también con la morbilidad y mortalidad posoperatorias.^{5,6}

Por la rareza de esta complicación se decidió compartir estos hallazgos con la comunidad científica en general.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de un paciente de 27 años de edad, con antecedentes de buena salud, que acudió al Hospital Universitario "Amalia Simoni" de Camagüey por presentar, desde el día anterior, dolor epigástrico que se irradiaba a la fosa ilíaca derecha, el cual se intensificó posteriormente, además de 2 vómitos de contenido alimentario, fiebre de 38°C y anorexia. Fue ingresado con criterio quirúrgico y diagnóstico presuntivo de apendicitis aguda no complicada. Los antecedentes patológicos personales y familiares no aportaron datos de interés.

• Examen físico

- Temperatura axilar: 38,0°C
- Temperatura rectal: 38,6°C
- Pulso: 100 pulsaciones por minuto
- Abdomen: depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en la fosa ilíaca.
- Tacto rectal: fondo de saco lateral derecho doloroso y caliente.

• Exámenes complementarios

- Hemoglobina: 13,2 g/L.
- Leucograma: $13,9 \times 10^9/L$.
- Polimorfonucleares: 0,77%
- Linfocitos: 0,20 %
- Eosinófilos: 0,02 %
- Monocitos: 0,01 %
- Parcial de orina: ausencia de hematíes, leucocitos ni bacterias. Albúminas trazas.

• Tratamiento preoperatorio

- Antimicrobiano profiláctico: se administró un gramo de cefazolina por vía endovenosa durante el período de inducción anestésica, dosis que se repitió durante el acto quirúrgico y en el período posoperatorio inmediato.

- Acto quirúrgico: se realizó la apendicectomía a través de incisión paramedia derecha infraumbilical y pequeña. Se encontró una apendicitis aguda no complicada, flegmonosa, de ubicación descendente anterior, sin líquido libre en la cavidad.
- Resultados anatomopatológicos: apendicitis aguda.
- Evolución posoperatoria: al sexto día de operado, con molestias atribuidas a la cirugía, comenzó a presentar dolor en el sitio de la herida quirúrgica, sin signos flogísticos, irradiado al flanco derecho, con fiebre de 39°C. Se le realizó ecografía abdominal y se observó colección pequeña en región subaponeurótica, la cual se drenó a través de la herida y se obtuvo escaso material seropurulento. Se tomó muestra para cultivo y antibiograma. Al séptimo día la evolución continúa siendo desfavorable, aumentan el dolor y la fiebre, aparecen diarreas líquidas bajas, sin sangre ni flema y se indican los exámenes complementarios siguientes:
 - Leucograma: $16,8 \times 10^9/L$, con 0,84 % de polimorfonucleares.
 - Ecografía abdominal: se visualizó una masa compleja de 4,5 por 4,2 cm en la fosa ilíaca derecha, hacia el peritoneo parietocólico derecho, compatible con absceso intracavitario profundo.

Con este diagnóstico se opera al paciente, se encuentra absceso retroperitoneal en la zona del psoas, se extraen aproximadamente 200 mL de pus y se toma muestra para cultivo y antibiograma; asimismo, se hizo un lavado profuso con suero fisiológico y yodopovidona al 10 %, se dejó drenaje extraperitoneal y el muñón apendicular se mantenía indemne.

Al octavo día el paciente presentó signos de respuesta inflamatoria sistémica, con aumento de la presión intraabdominal, unido a manifestaciones de síndrome compartimental y salida de pus por el drenaje (100 mL en 24 horas). A tales efectos, se efectuó una nueva reintervención, donde se encontraron múltiples abscesos retroperitoneales (detrás del parietocólico derecho, del mesenterio y en el espacio localizado entre el duodeno y el riñón derecho), algunos se comunican con la cavidad peritoneal y provocan abscesos interasas y subhepáticos.

Seguidamente se realizó lavado amplio con suero fisiológico y laparotomía contenida mediante Bolsa de Bogotá y se tomó muestra de pus para cultivo y antibiograma. Por otra parte, se programó la exploración y lavado de la cavidad cada 48 horas y luego, al quinto lavado, con la infección controlada y la presión intraabdominal normal, se cerró definitivamente el abdomen.

En cada lavado se tomó muestra para cultivo y antibiograma, solo se obtuvo crecimiento en 2 de los cultivos. En ambos casos creció una *Escherichia coli* y se utilizó combinación de antimicrobianos: cefalosporina de tercera y cuarta generaciones, metronidazol y aminoglucósido. El paciente egresó a los 36 días de la operación inicial.

Fue valorado mediante la consulta externa por especialistas en cirugía e inmunología y los resultados han sido satisfactorios. Con más de 2 años de seguimiento ha evolucionado favorablemente.

COMENTARIOS

La apendicitis aguda es la principal causa de cirugía urgente en muchos países, incluyendo Cuba.⁵ En EE.UU. se realizan más de 250 000 apendicectomías cada año por esta causa. Se calcula que 5 % de la población mundial hace una apendicitis aguda en algún momento de su vida y que solo 50 % presenta el cuadro clínico descrito como clásico.¹

Una complicación posoperatoria frecuente es la infección de la pared o del sitio quirúrgico, al igual que la peritonitis localizada (absceso intraabdominal) en la zona apendicular. Algunos informes referidos al tema, como los de Brown *et al*⁶ así lo confirman; sin embargo, la retroperitonitis con las características del paciente presentado es poco frecuente, según señalan Martín *et al*.³

No todos están totalmente de acuerdo con lo antes expuesto, pues en un caso similar se realizó apendicectomía videoasistida.⁴ Por otra parte, en este paciente fue necesario realizar 2 reintervenciones; en la última, como sugieren otros autores,⁷ se recurrió a una laparotomía contenida con abdomen abierto.

En estudios recientes se trata el tema relacionado con los factores predictivos y de riesgos, así como también con el tratamiento antimicrobiano en infecciones posoperatorias abdominales; también se plantea que el sitio quirúrgico continúa siendo el lugar de mayor incidencia de dichas infecciones.^{8,9}

El drenaje percutáneo del absceso constituye una posibilidad terapéutica.⁶ Además, debe realizarse una valoración de la flora y el mapa microbiano existente para emplear de forma adecuada los antimicrobianos y asumir una correcta conducta inicial ante cada paciente.¹⁰

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Humes DJ, Simpson J. Acute appendicitis. Br Med J. 2006; 333(7567):530-4.
2. Meeks DW, Kao LS. Controversies in appendicitis. Surg Infect. 2008; 9(6):553-8.
3. Martín López A, Castaño Ávila S, Maynar Moliner FJ, Urturi Matos JA, Manzano Ramírez A, Martín López HP. Peritonitis terciaria: tan difícil de definir como de tratar. Cir Esp. 2012;90(1):11-6.
4. Tompkins RG. Gastroenterología quirúrgica. Abscesos intraabdominales. En: Beers MH, Porter RS, Jones TV, Kaplan JL, Berkwitz M. El manual merck de diagnóstico y tratamiento. Tomo I. 11 ed. Madrid: Elsevier; 2007; p.114-7.
5. Rodríguez Fernández Z. Complicaciones de la apendicectomía por apendicitis aguda. Rev Cubana Cir. 2010 [citado 11 Feb 2012]; 49(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932010000200006&lng=es&nrm=iso&tIng=es
6. Brown C, Abrishami M, Muller M, Velmahos G. Appendiceal abscess: immediate operations or percutaneous drainage? Am Surg. 2003; 69:829-32.

7. Solomkin JS, Mazurkas JE, Bradley JS, Rodvold KA, Goldstein EJC, Barón EJ, *et al.* Diagnosis and management of complicated intraabdominal infection in adults and children: guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2010; 50:133-64.
8. Pascual Bestard M, Rodríguez Fernández Z, Ricardo Ramírez JM, Izvieta Despaigne A. Factores predictivos de las infecciones posoperatorias. Rev Cubana Cir. 2011 [citado 11 Feb 2012];50(3):257-65. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932011000300002&lng=es
9. Rodríguez Fernández Z, Pascual Bestard M, Ricardo Ramírez JM, Izvieta Despaigne A. Caracterización de las infecciones posoperatorias. Rev Cubana Cir. 2011 [citado 11 Feb 2012];50(3):266-75. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932011000300003&lng=es
10. Panhofer P, Riedl M, Izay B, Ferenc V, Ploder M, Jakesz R, *et al.* Clinical outcome and microbial flora in patients with secondary and tertiary peritonitis. Eur Surg. 2009; 39:259-64.

Recibido: 19 de agosto de 2013.

Aprobado: 17 de septiembre de 2013.

Alejandro Barrabí Díaz. Hospital Universitario "Amalia Simoni", avenida "Carlos Juan Finlay", km 3 ½, Camagüey, Cuba. Correo electrónico: abdiaz@finlay.cmw.sld.cu