

Absceso retroperitoneal, resolución por laparoscopia

Dr. John Monar Arias, Cirujano General Hospital Alcívar

Dr. Ignacio Hanna Musse, Jefe del Departamento de Cirugía Hospital Alcívar

Resumen

El absceso retroperitoneal es una infección infrecuente, con letalidad hasta del 50% si no se efectúa su drenaje oportuno. En más del 80% es secundario a un foco de origen digestivo, renal, vertebral o de la musculatura del psoas y de etiología bacteriana mixta. Hasta el 14% son primarios, por no detectarse un foco de origen al completar el estudio. Usualmente se presenta como un cuadro febril sin causa evidente, por lo que se recurre necesariamente a técnicas de imágenes como ultrasonido, tomografía axial computarizada, resonancia magnética nuclear, utilizados para realizar drenaje percutáneo. Se presenta un caso de un paciente femenino de 38 años con un cuadro febril de 2 meses de evolución, llega ya con exámenes de laboratorio, imágenes que ya había recibido tratamiento previo incluso quirúrgico. Se evidencia una gran absceso retroperitoneal derecho y una imagen trilobulada para anexial derecha. Se decidió la resolución quirúrgica vía laparoscópica que permitió reseca toda la capsula debiendo proceder salpinguectomía derecha. La patología reveló tejido ureteral con signos de inflamación que corresponde a doble sistema colector que no terminó de desarrollar. Al quinto día recibe el alta hospitalaria, el control topográfico a los 15 días; se descartó presencia de colecciones residuales.

Palabras clave: Absceso retroperitoneal, laparoscopia.

Summary

A retroperitoneal abscess is an infrequent infection with up to 50% of mortality if it is not treated on time. In more than 80% of cases it is secondary to a digestive, renal, vertebral or psoas muscle origin and with a mixed bacterial etiology. 14% are considered primary since the origin is not found after completing the investigation. It usually develops with fever without a known cause. Ultrasound, CAT Scan and MRI are used to guide the percutaneous drainage.

We present the case of a 38 years old female with a two months fever. She had had surgical treatment. We found a big retroperitoneal mass which we decided to excise laparoscopically. Pathology revealed urethral tissue with inflammatory signs. On the 5th day she was dismissed from the hospital and at 15 days there were no residual collections.

KeyWords - retroperitoneal abscess, laparoscopy

Introducción

El absceso retroperitoneal es una colección purulenta que ocupa dicho espacio anatómico. Constituye una infección grave que pone en riesgo la vida del paciente si no se produce un drenaje oportuno. Es infrecuente y se presenta como fiebre de curso insidioso, dolor a la palpación abdominal o lumbar del lado afectado, clásicamente se describe una triada constituida por fiebre, dolor lumbar y dolor a la flexión del muslo (1,2) la forma insidiosa de presentación dificulta el diagnóstico y aumenta el riesgo de generar complicaciones. El diagnóstico clínico es, por lo tanto, dificultoso y se plantea en no más de 50% de los pacientes cuando es de localización perirrenal. Con la aplicación del ultrasonido y TAC se facilitan radicalmente el diagnóstico y tratamiento, ambos tienen alta sensibilidad en el diagnóstico (2,3)

En la mayoría de los casos es secundario, por lo que el estudio debe incluir el diagnóstico del foco de origen. Los más frecuentes son digestivo (4,6), renal (7,8), vertebral y los músculos iliopsoas (2,3). En los últimos años se presenta también como complicación de cirugía laparoscópica, endoscópica y litotripsia extracorpórea, entre otras; debiendo por tanto considerarse este diagnóstico en todo paciente que evoluciona con fiebre posterior a alguno de estos procedimientos (10, 12). En ocasiones la localización atípica del apéndice retrocecal ascendente se considera una variante anatómica de baja frecuencia (2,3% de la población), se asocia en la mayoría de los casos a complicaciones de absceso retroperitoneal (16, 19). Un 14% es denominado primario pues no se establece un foco de origen terminado el estudio.

En más del 80% la etiología es polimicrobiana. Entre los patógenos aeróbicos predominan *E. coli* y *Staphylococcus aureus*; entre los anaerobios más frecuentes se encuentran *Bacteroides spp* y *Peptostreptococcus*.

El tratamiento consiste en la asociación de antimicrobianos más el drenaje de la colección. Aunque la cirugía continúa siendo la indicación para el tratamiento definitivo en algunos casos. La primera elección actualmente es el drenaje percutáneo como la aspiración con aguja fina o la inserción de un catéter que permanecerá por un número variable de días según el tamaño de la colección y si no es lobulada (2, 7, 9, 15).

La letalidad alcanza el 50 % cuando se asocia a falla sistémica múltiple por drenaje tardío (1)

Presentamos un caso de Absceso retroperitoneal atendido en el Hospital Alcívar y comentaremos los problemas en el diagnóstico que estos significaron tanto por las características del foco de origen, las dificultades para el diagnóstico y la decisión para la resolución quirúrgica.

Materiales y Métodos

Se trata del reporte de un caso, operado en el Hospital Alcívar.

Método descriptivo

Caso

Mujer de 38 años, sin antecedentes patológicos de importancia como antecedente quirúrgico laparoscopia hace 4 años con impresión diagnóstica de quiste de ovario derecho, diagnóstico postoperatorio absceso retroperitoneal realizando punción y aspiración laparoscópica. Acude con cuadro clínico de 2 meses de

evolución caracterizado por fiebre, dolor abdominal en flanco derecho irradiado a fosa iliaca derecha y leucorrea. El examen físico confirmó la presencia de fiebre 38°C, abdomen blando depresible doloroso en CID. Con masa palpable. El laboratorio evidenció leucocitosis de 18.000/mm³ con 88 segmentados. Ecografía evidencia masa para anexial derecha y colección retroperitoneal en TAC de abdomen colección que podría tratarse de doble sistema colector urinario (Fig. # 1 y Fig.# 2), colección tabicada localizada en FID y para anexial decha que podría ser quiste de ovario derecho. Se inició terapia antimicrobiana con Invaz Ig iv cada día y se programó para realizar laparoscopia.



Figura 1. TAC de abdomen

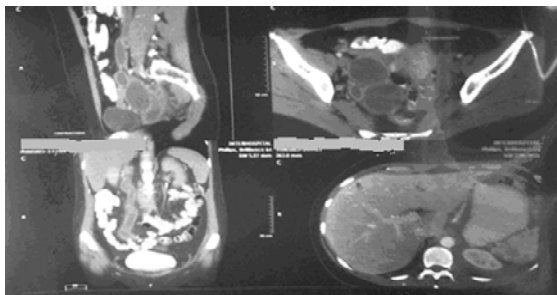


Figura 2. TAC de abdomen

Técnica quirúrgica

Se realiza laparoscopia usando tres puertos umbilicales de 10 mm, en FII de 10 mm y FID 5 mm. Se observa colección para anexial derecha retroperitoneal con trompa aumentada de tamaño en relación a piosalpinx. Se procede a puncionar y se obtiene material purulento, se realiza disección de capsula de absceso obteniendo quiste trilobulado, se procede a decolar colon ascendente disecando absceso con su capsula hasta reseca su totalidad, llegando hasta espacio para renal.

Discusión

La paciente fue intervenida a las 24 horas. Siendo una alternativa la punción guiada por TAC/US, se planteó la resolución quirúrgica, por tres motivos 1) porque ya tenía antecedente de punción laparoscópica sin éxito, 2) En las imágenes se evidencia un capsula bien definida en todo el absceso, y 3) Por su extensión y probable comunicación con el anexo derecho. Se inició al ingreso con antimicrobiano de amplio espectro invaz cada doce horas. La cirugía confirmó la comunicación del absceso retrocolónico con la imagen para anexial. Como foco de origen una trompa derecha aumentada de tamaño con evidentes signos de infección y

adherida al supuesto quiste que al realizar la salpinguectomía permitió la apertura del absceso. Se realizó la resección por segmentos de la cápsula del absceso hasta llegar al espacio renal. En nuestro paciente es difícil analizar el resultado del cultivo ya que cumplía dos semanas con antibioticoterapia. La presencia de gas y líquido detectado por TAC sobre el psoas se puede asociar a foco de origen vertebral y debe estudiarse la etiología tuberculosa en estos casos (10, 13, 14, 16). En nuestro paciente no había compromiso vertebral que hiciera sospechar. Se describe casos de abscesos primarios del psoas, adquiridos por vía hematogena en estos el patógeno más frecuente es *S. aureus* (20, 21), describiéndose en los adultos casos producidos por *Klebsiella pneumoniae* (22), *Streptococcus pneumoniae* (23), *Haemophilus parainfluenzae* (24), *M. tuberculosis* (25), *Fusobacterium nucleatum* (26) y bacilo Colmette - Guerin (27). La patología confirmó la presencia de un absceso encapsulado llamando la atención que estaba constituido por pared fibroconectiva y muscular, con revestimiento de lámina propia y urotelio, este último parcialmente ulcerado con focos de hiperplasia e intensa reacción inflamatoria. (Fig. # 3). El segmento tubular muestra estructura de tipo uretral, también con intensa reacción inflamatoria compatible con Pionefrosis intensa (Fig.# 4). La evolución favorable; cinco días de hospitalización con la terapia antimicrobiana permitieron normalizar el hemograma y la temperatura, recibiendo el alta hospitalaria. El control tomográfico se realizó a los 15 días sin evidenciar colección alguna.

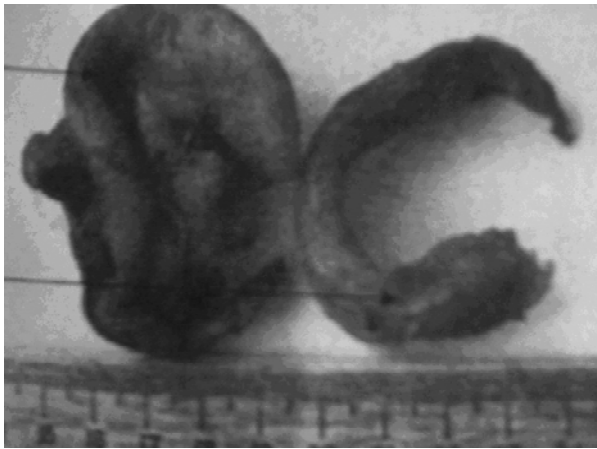
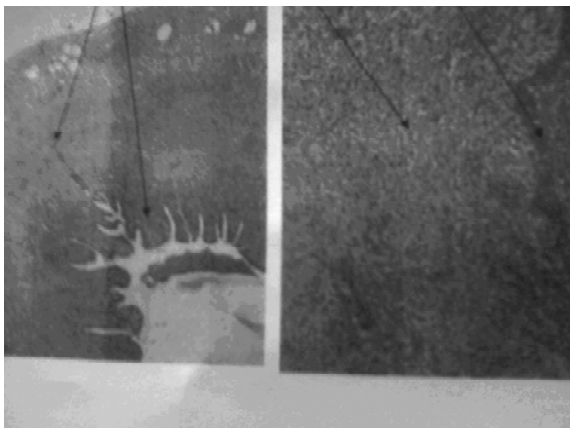


Figura 3. Muestra Patológica.



Conclusiones

Con lo expuesto anteriormente debemos deducir que a pesar de la infrecuencia con la que se presenta esta patología, debemos tenerla en cuenta a la hora de plantear un diagnóstico diferencial cuando nos enfrentamos a un paciente con sintomatología inespecífica que pueda orientar a un proceso infeccioso de origen intrabdominal. Además, con un diagnóstico acertado y precoz, así como un tratamiento correcto, la tasa de curación es elevada. Para ello el TAC es la técnica de elección para confirmar el diagnóstico, como para guiar el drenaje percutáneo, actualmente es el abordaje terapéutico con mayor porcentaje de éxito. Pero en nuestro caso la técnica laparoscópica permitió reseca la cápsula, del absceso, demostrando en la patología que se trató de un conducto urinario atrófico que se infectó y por lo tanto necesitaba resección completa para evitar recidiva.

Por lo tanto se recomienda la técnica laparoscópica para la resolución quirúrgica de esta patología.

Bibliografía

- 1.- Tejido A, Jimenez de la Pena M M, Duarte J M et al. Percutaneous treatment of retroperitoneal abscess. *Actas Urol Esp* 2000; 24: 131-7.
- 2.- Paley M, Sidhu P S, Evans R A, Karanj B. Retroperitoneal collections-aetiology and radio-logical implications. *Clin Radiol* 1997; 52: 290-4.
- 3.- Gomez A, Silimi A, Blazquez J et al. Retroperitoneal abscess: analysis of 26 cases. *Arch Esp Urol* 1992; 45: 509-13.
- 4.- Panwalker A P. Unusual infections associated with colorectal cancer. *Rev Infect Dis* 1988; 10: 347-64.
- 5.- Cutknecht D R. Retroperitoneal abscess presenting as emphysema of the thigh. *J Clin Gastroenterol* 1997; 25: 685-7.
- 6.- Feng J F, Chen R J, Lin B C et al. Retroperitoneal laparostomy: an effective treatment of extensive intractable retroperitoneal abscess after blunt duodenal trauma. *J Trauma* 1999; 46: 652-5.
- 7.- Helenon O, Cornud F, Di Stefano D et al. Percutaneous treatment of abscess of kidney and retroperitoneum. *J Radiol* 1989; 70: 541-8.
- 8.- Sacks D, Banner M P, Meranze S G, Burke D R, Robinson M, McLean G K. Renal and related retroperitoneal abscess: percutaneous drainage. *Radiology* 1988; 167: 447-51.
- 9.- Dinc H, Onder C, Turhan A U et al. Percutaneous catheter drainage of tuberculous and nontuberculous psoas abscess. *Eur J Radiol* 1996; 23: 130-4.
- 10.- Calizia C, Liete E, Catellano P, Pelesio L, Imperatore V, Canfera F. Retroperitoneal abscess after retained stones during laparoscopic cholecystectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2000; 10: 93-8.
- 11.- Salinas Sánchez, AS, Pastor Guzmán, JM: Abscesos primarios del psoas. Aportación de tres casos urológicos. *Esp*, 15: 553, 1991.
- 12.- Pérez Herbón, M; Rodríguez Constenla, I. "Absceso primario de psoas" *An. Med. Interna*, 21: 64; 2004.
- 13.- Brook I. Microbiology of retroperitoneal abscesses in children. *J Med Microbiol* 1999; 48: 697-700.

- 14.- Rendon P, Amaya A, Porcel A et al. Abdominal tuberculous abscesses in AIDS patients: percutaneous treatment. *Rev Esp Enferm Dig* 1999; 91: 439-46.
- 15.- Busel D, Villarroel M. Diagnosis and percutaneous drainage guided by ultrasonics in retroperitoneal abscess: experience with 16 cases. *Rev Méd Chile*; 1991: 428-30.
- 16.- Williamson W, Bush R, Williams L. Retrocecal appendicitis. *Am J Surg* 1981; 141: 507-9.
- 17.- Grundtitz T, Ryden C, Janzon L. Does the retrocecal position influence the course of acute appendicitis? *Acta Chir Scand* 1983; 149: 707-10.
- 18.- Shen G, Wong R, Daller J, Melcer S, Tsen A, Awtrey S. Does the retrocecal position of the vermiform appendix alter the clinical course of acute appendicitis?. *Arch Surg* 1991; 126: 569-70.
- 19.- McGahan J P. Perinephric abscess secondary to ruptured retrocecal appendix diagnosed by computerized tomography. *Urology* 1982; 19: 217-9.
- 20.- Gruenwald L, Abrahamson J, Cohen O. Psoas abscess: a case report and review of the literature. *J Urol* 1992; 6: 1624-6.
- 21.- Waring W. MRSA psoas abscess after retroperitoneal fibrosis. *J Infect* 1999; 38: 63-66.
- 22.- Jang T N, Juang G D, Fung C P. Fulminating gas-forming psoas muscle abscess due *Klebsiella pneumoniae* following a deep neck infection. *J Formos Med Assoc* 1997; 96: 134-6.
- 23.- Nakazato T, Kitahara M, Watanabe K, Kikuchi T, Imazu Y, Inoue K. Pneumo-coccal psoas abscess. *Intern Med* 1999; 38: 63-6.
- 24.- Laing R. *Haemophilus parainfluenzae*: an unusual case of psoas abscess. *Infection* 1995; 23: 391-2.
- 25.- Harrigan R A, Kauffmann F H, Leve M V. Tuberculous psoas abscess. *J Emerg Med* 1995; 13 (4): 493-8.
- 26.- Smetana G. Primary psoas abscess due to *Fusobacterium nucleatum*. *Scand J Infect Dis* 1999; 31: 319-21.
- 27.- Hakim S, Heaney J A, Heinz T, Zwolak R M. Psoas abscess following intravesical bacillus Calmette-Guerin for bladder cancer: a case report. *J Urol* 1993; 150 (1): 188-9.