

Absceso del fondo de saco de Douglas: diagnóstico y tratamiento

Dr. Lázaro Quevedo Guanche¹

1. DIAGNÓSTICO

Se realizara de acuerdo a los antecedentes, síntomas y signos del paciente y los exámenes complementarios específicos para esta entidad

1.1 Antecedentes

- 1.1.1. Proceso inflamatorio agudo del abdomen o pelvis
- 1.1.2. Operaciones previas sobre el abdomen o pelvis
- 1.1.3. Traumatismo abdominal, pelviano o ambos

1.2. Síntomas y Signos

Debe sospecharse la presencia de esta complicación en todo paciente que, con los antecedentes señalados, presente:

- 1.2.1. Fiebre
- 1.2.2. Distensión abdominal, diarreas con pujo, tenesmo, o ambos
- 1.2.3. Dolor o abombamiento del fondo de saco de Douglas al tacto rectal, vaginal o ambos.
- 1.2.4. Siempre se debe descartar la presencia de una lesión intraabdominal concomitante.

1.3. Exámenes de diagnóstico:

- 1.3.1. Hemograma
- 1.3.2. Eritrosedimentación
- 1.3.3. Punción del fondo de saco de Douglas
- 1.3.4. Ultrasonografía abdominal, transvaginal o transrrectal
- 1.3.5. TAC del abdomen

2. TRATAMIENTO

En general el tratamiento del absceso del Douglas se basa en:

2.1. Tratamiento de la infección y de la población bacteriana con antibióticos específicos.

2.2. Incisión y drenaje por colpotomía posterior en la mujer o a través de la pared anterior del recto en el hombre, en niños y en la mujer virgen.

2.3. Anestesia: General o espinal.

2.4. Detalles de técnica.

2.4.1. Posición ginecológica o de litotomía

2.4.2. Colocación de una valva o espéculo vaginal o rectal (Según el sexo) con dilatación previa del esfínter anal en el hombre y en los niños.

2.4.3. Punción del absceso con una aguja larga montada en jeringuilla

2.4.4. El pus obtenido se enviará al laboratorio de microbiología para hacer el estudio directo de la flora bacteriana (gram), cultivo y antibiograma.

2.4.5. Guiándose por la aguja se practicará una incisión transversal pequeña, por la cual se introducirá una pinza larga y curva, cerrada, que abriremos ampliamente después.

2.4.6. Se introduce el dedo índice enguantado por la abertura, para romper los tabiques del absceso.

2.4.7. Se dejará drenaje con un tubo grueso semiblando, con un aditamento para evitar su deslizamiento involuntario hacia el exterior de la cavidad del absceso (Sonda de Pezzer destechada, sonda de Foley o fijación de una pequeña rama en T en la parte distal del tubo de drenaje).

2.4.8. En los pacientes con abscesos pelvianos altos, el drenaje se hará por medio de laparoscopia o laparotomía.

2.5. Posoperatorio

2.5.1. Continuar con las medidas de soporte y los antibióticos.

2.5.2. El drenaje se movilizará el cuarto día y se retirará cuando no sea útil.

2.5.3. Como medidas de control de la evolución del absceso debe realizarse eritrosedimentación semanal, así como ultrasonido y TAC, si fuera necesario.

1 Dr. en Ciencias Médicas. Profesor Auxiliar de Cirugía, I.S.C.M.-H. Especialista de II Grado en Cirugía General . Hospital C. Q. Docente «Hermanos Ameijeiras». Miembro del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP.