

Vía lumbar para plastrón apendicular abscedado

Lumbar route use for abscess appendicular plastron

Luis Pita Armenteros,^I Joel González Salcedo,^{II} Emilio Pérez Jomarrón,^{III}
Ignacio Morales Díaz^{IV}

^I Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Docente Clínicoquirúrgico «Joaquín Albarrán». La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Docente Clínicoquirúrgico «Joaquín Albarrán». La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Docente Clínicoquirúrgico «Joaquín Albarrán». La Habana, Cuba.

^{IV} Profesor Titular y Consultante de Cirugía General. Hospital Docente Clínicoquirúrgico «Joaquín Albarrán». La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 32 años de edad, con evolución tórpida desde el inicio de su enfermedad. Se intervino quirúrgicamente por presentar un plastrón apendicular abscedado. A pesar de que requirió 2 intervenciones, aparecieron signos flogísticos en la región lumbar derecha. Se practicó una lumbotomía y en la cavidad del absceso en el retroperitoneo se dejó un catéter para clisis de goteo rápido durante el posoperatorio. Luego se destechó dicha cavidad para cierre por segunda intención.

Palabras clave: Absceso en apendicitis retrocecal, absceso retroperitoneal.

ABSTRACT

This is a case presentation of a woman aged 32 with a torpid course from the onset of her disease. She was operated on due to an abscess appendicular plastron.

Despite two surgical interventions there were weak signs in right lumbar zone. A lumbotomy was performed and in abscess cavity in retroperitoneum an indwelling catheter was placed for fast dripping clysis during the postoperative period. Then, this cavity was roofed off for second-look closure.

Key words: Retrocecal appendicitis abscess, retroperitoneal abscess.

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda retrocecal suele simular una infección urinaria alta, diagnóstico que obliga al uso de antibióticos, esto hace más factible el emplastramiento del proceso inflamatorio agudo el cual avanza a la resolución o llega a la abscedación, esta no drenada abre a cavidad o busca, aunque insólito y al parecer no reportado, salida en forma de una fístula lumbar externa, hecho que se has observado en abscesos perinefríticos. En Cuba se informa de 1 caso de apendicitis aguda no retrocecal, remite con antibioticoterapia y drena al saco de una hernia incisional y a través de él a la pared abdominal.¹

PRESENTACIÓN DEL CASO

Puntos clave

Mujer blanca, 32 años, que refirió que desde hace 3 días presentaba dolor lumbar derecho y que le habían indicado antibióticos al ser positiva la cituria. ¿Se le preguntó a la si tenía leucorrea o fecha de la última menstruación? Debe recordarse que, casi siempre, todo obedece a no haber preguntado o examinado suficiente. Tal vez por eso a pesar del antibiótico, persiste el dolor en la región lumbar derecha (RLD), aparecen temblores y escalofríos, náuseas, astenia y luego diarreas pastosas, pero al ser reconocible una masa en fosa ilíaca derecha, muy dolorosa, de superficie irregular, bordes mal definidos y adherida a planos profundos, confirmada por la ecografía que la describe de 64 por 71 mm y además leucograma de 12/109 con 0,86 neutrófilos. Fue ingresada con el diagnóstico de plastrón apendicular. Después de 6 días y nueva antibioticoterapia, sin mejoría evidente clínica, signos flogísticos emergen en la RLD.

Anuncio operatorio: Plastrón apendicular abscedado. Laparotomía por paramedia derecha, ampliada a supraumbilical e infraumbilical. Movilización del ciego, pus en R, apendicectomía retrocecal, lavado del área y colocación de un Penrose en el retroperitoneo y parietocólico derecho (PD) que se exteriorizan por la pared anterior del abdomen. Por lo anterior surgen 2 preguntas. ¿Si plastrón abscedado por qué no incisión y drenaje de este por el área más flogística? ¿Por qué si fue colocado el Penrose en el retroperitoneo detrás del PD, el otro o un tercero no se puso en el Douglas?

A los 2 días todavía fiebre de 38 °C, pulso de 100 y dolor en la RLD y flanco derecho. Pérdidas escasas serohemáticas por los drenajes. Al 4to. día se añadió

dolor en hemitórax derecho y la hemoglobina desciende a 7 g/L y es necesario 500 mL de glóbulos. En la radiografía se constató un pequeño derrame pleural validado por la ecografía que, además, detallaba una elevación de ese hemidiafragma y una pequeña cantidad de líquido en el espacio hepatorenal, sin celularidad. Ya en el 6to. día salió por los drenajes 350 mL de un líquido negruzco, se mantuvo el abdomen negativo, la fiebre y la taquicardia ligera, ahora acompañada de discreta polipnea.

Anuncio operatorio: absceso intraabdominal. Se hallan 300 mL de pus en el PD y Douglas, la gravedad ha actuado, lavado de ambas zonas y nuevos Penroses, uno en el retroperitoneo y el otro esta vez en el Douglas. En terapia intensiva mantuvieron el metronidazol y se cambió la cefalosporina usada por una de 4ta. generación (cefepime). Persistió la fiebre aunque con buen estado general, continuó drenando, no mucho, por los orificios de contrabertura de los Penroses un líquido oscuro y fétido. ¿Emulsión de necrosis activa? En el cultivo se encontró *Pseudomonas aeruginosa* sensible a la amikacina, que se utilizó sola. Lentamente regresó el dolor y los signos inflamatorios en la RLD y lo drenado, no mucho, cambió a pus amarillo. Se realizaron curas 2 veces al día, con lavados con jeringuilla por los orificios referidos. La vía oral se apoyó con nutrición parenteral. Todo se mantuvo en un equilibrio inestable, a bajo ruido comenzó la pérdida de peso, persistió la anemia y el fiel de la balanza giró a la leucocitosis, la taquicardia y la polipnea.

¡Anuncio operatorio a los 37 días de la 2da. operación! Absceso retroperitoneal residual o mejor persistente. Drenaje a través de incisión transversa lumbar, cuya prolongación imaginaria corta el ombligo. Cavidad del absceso alrededor del psoas de unos 15 a 20 cm con cerca de 100 mL de pus. Lavado de esta y colocación de 2 sondas gruesa insertando en una de estas un catéter para clisis y se conectaron las sondas a frascos recolectores.² Evolución satisfactoria. A los 11 días la ecografía planteó colección con celularidad, no encontrada en el acto quirúrgico se decidió destechar el trayecto dejado al retirar las sondas para cierre por 2da. intención. Egreso 13 días después, para un total de 78 en la estadía hospitalaria.

Amado Guevara reporta un plastrón abscedado apendicular abierto al psoas en un niño de 6 años aislando un raro anaerobio facultativo gramnegativo, el *Chromobacterium violaceum*,² en tanto que Herrera reportó el debut de un plastrón apendicular con una ureterohidronefrosis bilateral en un niño de 10 años con neutropenia congénita.³

Antecedentes y resultados

En los inicios de los 70 del siglo XX, se realizaba lavado peritoneal terapéutico en peritonitis extensas con toma de más de 2 compartimientos con Nelaton gruesa subdiafragmática bilateral y 2 sondas colectoras gruesa, una en el Douglas y otra en el PD.

El lavado, de solución salina, 2 L en 15 min, se repetía cada 2 h y en todo momento las colectoras abiertas y las irrigadoras al terminar el arrastre servían a su vez de colectoras. En las primeras 24 h, 16 a 24 L (dado que si existía secuestro se espera un tiempo más y a veces se acudía a maniobras de aspiración ante de recomenzar el lavado peritoneal) y en los días siguientes 12 a 16 y 8 a 12, si el líquido no se mantenía incoloro se mantenía par de días más a 8 L; lo que acarrearía grandes disionía y necesidad de pasar con frecuencia más de 150 mEq de potasio. Los antibióticos, penicilina cristalina 30 millones, 3 g de quemicitina y a veces kanamicina intravenosa, y por eso y para proteger las suturas, con el auxilio de los anestesiólogos, se utilizaba de rutina prostigmina intravenosa.

Pese a no haber nutrición parenteral total, se asistió a una caída drástica de la mortalidad. Otros empleaban 1 o 2 sondas, a veces las cerraban intermitente, y solo 4 a 8 L. De estos se recogieron abscesos tabicados palpables en la pared abdominal, lugar por donde se pasaba 1 o 2 sondas rectales insertando en una un catéter irrigador con resolución del problema, si no existían otras colecciones.

Hoy se emplea abdomen abierto, lavado peritoneal programado o a demanda con el apoyo de los avances en anestesiología y de la nutrición parenteral total (NPT); sin embargo, en ocasiones (el éxito del lavado transoperatorio o posoperatorio radica en un volumen adecuado para el arrastre) al igual que los años 70, se pudo usar 1 o 2 sondas colectora y catéter irrigador, pero es la primera vez que se utiliza en el retroperitoneo. Ello se debe a que la apendicitis retrocecal solo ocurre en un 4 % de la apendicitis y el retroperitoneo resulta un espacio potencial y distensible y por eso difícil que se produzca en él una masa fija por un proceso fibrinoplástico.⁴

DISCUSIÓN

Todo absceso debe ser drenado y siempre por el lugar con mayor declive y signos flogístico. En el absceso intraperitoneal o retroperitoneal también esto debe cumplirse y en este caso, al decidirse la celiotomía quizás era posible la vía lumbar o la evolución en breve a una probable fístula lumbar.

El procedimiento descrito de incisión y colocación de sondas y catéter es el primigenio o prístino de los actuales y más sofisticados, donde no resulta imperativo el contacto del absceso, intraperitoneal o retroperitoneal con la pared externa pues la tomografía computadorizada o la ecografía con más limitantes sirven de guía imaginológica para el abordaje mínimamente invasivo o videoasistido, incluso estos procedimientos, combinados o no a laparotomía, se han reportados para la vía retroperitoneal en el absceso pancreático.⁵

La vía percutánea tradicional solo puede demandar anestesia local, pero suele requerir una ejecución más tardía al necesitar el contacto con la pared abdominal con la elevación potencial de la morbilidad y mortalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mederos Curbelos O. Flemón apendicular y fístula colónica tardía en una hernia incisional. Arch Cir Gen Diag. [monografía en Internet] 2006, Jun. 19. Disponible en: <http://www.cirugest.com/revista/2006-06-19.htm>
2. Guerra A, Salomán M, Oliveros M, Guevara E. Sepsis por *Chromobacterium violaceum* pigmentado y no pigmentado Rev Chil Infect. 2007;24(5):402-6.
3. Herrera I, Hdez Silverio N, Lupián P, Domenech E. Ureterohidronefrosis bilateral secundaria a un plastrón apendicular en un paciente con neutropenia congénita. Canarias Pediátrica. 2000;24(1):109-13.
4. Sabiston DC. Tratado de Patología Quirúrgica. 13era Ed. México: Nueva Ed. Interamericana; 1988; pp. 986-96.

5. Tenner S, Bank P. Acute pancreatitis nonsurgical management. World J Surg. 1997;21: 143-8.

Recibido: 26 de diciembre de 2008.
Aprobado: 16 de marzo de 2009.

Luis M. Pita Armenteros. Hospital Docente Clínicoquirúrgico «Joaquín Albarrán».
Avenida 26 e Independencia, Puentes Grandes. Playa. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: luis.pita@infomed.sld.cu