

## CASOS CLÍNICOS

# Absceso retroperitoneal: una complicación infrecuente de la apendicectomía laparoscópica

Drs. CARLOS SCIARAFFIA M, GONZALO SOTO D, VERÓNICA MARIANI M,  
LUIS GUTIERREZ, MICHEL MARIN

Servicio de Emergencia, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile

### RESUMEN

Los abscesos retroperitoneales postapendicectomía son infrecuentes, y generalmente se asocian a apéndices de ubicación retrocecal. La descripción de abscesos retroperitoneales secundarios a la cirugía laparoscópica son excepcionales. No hemos encontrado publicaciones que refieran la aparición de estos abscesos luego de una apendicectomía por vía laparoscópica. Reportamos dos casos operados en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile que presentaron esta complicación. Se trataba en ambos casos de pacientes inmunocompetentes, con apendicitis no complicada, al momento de la cirugía. El estudio post operatorio con Tomografía Axial Computada reveló la presencia de abscesos retroperitoneales.

PALABRAS CLAVES: **Absceso retroperitoneal, apendicitis aguda, cirugía laparoscópica**

### SUMMARY

Retroperitoneal abscesses following an appendectomy are infrequent. They are generally found in cases of retrocecal appendices. Retroperitoneal abscesses following laparoscopic surgery are exceptional. We have not found published reports of such an instance. We communicate the cases of 2 patients operated on the Hospital Clínico de la Universidad de Chile who presented with this infrequent complication. Both patients were immunocompetent with non-complicated appendicitis at the time of surgery. The postoperative CT scan revealed retroperitoneal abscesses.

KEY WORDS: **Retroperitoneal abscesses, acute appendicitis, laparoscopic surgery**

### INTRODUCCIÓN

Los abscesos post apendicectomía clásica son generalmente intraabdominales o supraaponeuróticos, y se explican fácilmente por la persistencia de bacterias y su proliferación en los espacios mencionados. Se originan del proceso apendicular inicial y, en el caso de los abscesos intraabdominales, de su perforación y contención por asas intestinales y epiplón.<sup>1</sup>

La ubicación de estos abscesos residuales en el retroperitoneo es poco frecuente y se relaciona más frecuentemente con apendicitis de localización retrocecal.<sup>2</sup>

En lo que respecta a la cirugía laparoscópica, no hemos encontrado en la literatura descripciones de abscesos retroperitoneales luego de la exéresis apendicular.

### OBJETIVO

El objetivo de este reporte es informar dos casos clínicos de abscesos retroperitoneales secundarios a apendicectomías realizadas sin incidentes por vía laparoscópica.

**Caso 1:** Se trata de una mujer de 80 años, con antecedentes de daño orgánico cerebral, hiperten-

sión arterial, e hipotiroidismo en tratamiento con carbamazepina, amitriptilina, propranolol, levotiroxina y cardioaspirina. Consultó por un cuadro de dos días de dolor abdominal epigástrico que se localizó en fosa ilíaca derecha. Al examen físico la paciente estaba lúcida, bradipsíquica, hemodinámicamente estable con una temperatura axilar de 37,8°C y rectal de 38,5°C. Al examen abdominal destacaba un dolor abdominal difuso, mayor en fosa ilíaca derecha, con Blumberg (+).

Los exámenes de laboratorio fueron un hematocrito de 39%, leucocitosis con 11.200 glóbulos blancos. El sedimento de orina fue normal.

Se realizó una apendicectomía por vía laparoscópica sin incidentes, confirmando el diagnóstico de apendicitis aguda no complicada.

Se efectuó profilaxis con uso de Cefazolina 1 g iv preoperatorio. Los hallazgos operatorios consistieron en un apéndice cecal libre en posición descendente anterior fibrinoso, sin necrosis ni perforación. No existía líquido libre.

El informe anatómopatológico describió una apendicitis aguda y una peritonitis fibrinopurulenta.

La evolución postoperatoria fue tórpida, con una paciente desorientada, febril con curva séptica en aguja hasta 39°C. Interpretado inicialmente como un cuadro neumónico intrahospitalario, se trató con Ciprofloxacino 200 mg/12 h iv y Metronidazol 500 mg/8 h iv. Por la persistencia del cuadro febril, se decidió realizar una Tomografía Axial Computada (TAC) que informó colecciones tabicadas retrocecal, retrocolónica, y pararenal derecha, de 5x12 cm, con contenido líquido (Figura 1). No se evidenció líquido libre intraabdominal.

Con el diagnóstico de absceso retroperitoneal se decidió realizar una laparotomía exploradora. Los hallazgos consistieron en un absceso retroperitoneal tabicado que se drena ampliamente; se colocó un drenaje en la zona del absceso. El muñón apendicular estaba indemne.

Se mantuvo en tratamiento con Ciprofloxacino y Metronidazol intravenosos. Evolucionó desorientada, con un examen abdominal normal, pero febril hasta 38,5°C, y el drenaje daba salida a un líquido seropurulento. Se realiza un cambio de antibióticos a Sulperazona 3 g/12 h iv. Por la persistencia del cuadro febril, se decidió realizar una TAC al 5° día post operatorio. Esta mostró un absceso pararenal derecho de 5x7 cm que se drenó bajo TAC en dos oportunidades con salida de 75 cc de líquido purulento del que se tomó cultivo. Este informó *Staphylococcus aureus*.

La evolución fue positiva con una progresiva disminución del cuadro febril, disminución de los parámetros infecciosos y del compromiso de con-



Figura 1. Se observa una colección líquida retrocecal al 10° día postoperatorio.

ciencia. Se retiraron los drenajes al 12° día postoperatorio y se decidió su alta al 16° día postoperatorio.

**Caso 2:** El segundo caso trata de una mujer de 21 años, sana que presentaba un cuadro de dolor abdominal epigástrico irradiado posteriormente a fosa ilíaca derecha de 12 horas de evolución.

Al examen físico, la paciente estaba hemodinámicamente estable, pero febril con una temperatura axilar de 37,6°C y una temperatura rectal de 38,6°C. Al examen abdominal destacaba una leve resistencia muscular y un signo de Blumberg positivo en la fosa ilíaca derecha, siendo el resto del abdomen indoloro. El examen ginecológico fue normal.

Entre los exámenes de laboratorio destacaba un recuento de leucocitos, hematocrito, y examen de orina normales.

Se ingresó con el diagnóstico de una apendicitis aguda, por lo que se decidió realizar una apendicectomía por vía laparoscópica.

Se utilizó una profilaxis antibiótica con Cefazolina 1 g iv en el preoperatorio, y los hallazgos consistieron en un apéndice cecal libre, inflamado, necrótico, pero sin perforación. El estudio anatómopatológico confirmó el diagnóstico.

Evolucionó su postoperatorio inmediato en forma satisfactoria, sin fiebre, por lo que se dio de alta al 2° día postoperatorio.

Reingresó al 9° día postoperatorio por un cuadro febril hasta 38,5°C, y con dolor en la fosa lumbar derecha, por lo que se realiza una TAC abdominal que informó una colección 4x5 cm líquida paracecal (Figura 2).

Se decidió reexplorar a la paciente, encontrando una cavidad abdominal sin pus, con un muñón apendicular sano. Al revisar el retroperitoneo se



Figura 2. Colección paracecal al 9° día postoperatorio.

observó un absceso de 6 cm de diámetro del que se aspiró aproximadamente 500 cc de pus. Se realizó un aseo y drenajes y se inició tratamiento antibiótico con Cefotaxima 1g/12 h iv y Metronidazol 500 mg/8 h iv.

La evolución fue satisfactoria por lo que se decidió su alta al 4° día postoperatorio con su drenaje *in situ*.

Se completó un tratamiento de 10 días. Se retiró el drenaje al 14° día postoperatorio, y se dio de alta definitiva a las tres semanas.

### DISCUSIÓN

Los abscesos retroperitoneales constituyen una complicación frecuente de la cirugía, especialmente cuando ésta se origina por la infección de un órgano ubicado en esta cavidad como es el caso del traumatismo duodenal, de las lesiones del colon derecho, del psoas, etc.<sup>3</sup>

En el caso de la apendicitis aguda constituye una de sus complicaciones. Sin embargo, son casos especiales secundarios a apendicitis de ubicación retrocecal.<sup>2,4</sup>

La descripción de abscesos retroperitoneales secundarios a la cirugía laparoscópica es una excepción, y en la revisión de la literatura sólo hemos encontrado un caso debido aparentemente a la permanencia de un cálculo vesicular en la cavidad abdominal luego de una colecistectomía laparoscópica.<sup>5</sup>

En el caso de la apendicectomía laparoscópica, no pudimos hallar la descripción en la literatura de esta complicación, por lo que consideramos oportuno comunicar estos dos casos clínicos.

La escasa experiencia en el tema, y el reducido número de casos que presentamos, no nos permite sacar conclusiones respecto de la fisiopatología de esta complicación. Por ello, sólo nos

limitaremos a exponer algunos puntos que nos parecieron importantes y proponer una hipótesis con respecto a la patogenia de esta complicación.

El apéndice estaba libre intraperitoneal y sin contacto con el retroperitoneo. Por ello, nos parece que el origen del absceso retroperitoneal en estos casos difiere de la patogenia clásicamente postulada en la que generalmente se requiere de la ubicación retrocecal del apéndice para contaminar ese espacio.

Segundo, en ninguno de los dos casos existía el antecedente de alguna patología que implicara un compromiso de la inmunidad.

Tercero, no existía en los casos que describimos, un proceso apendicular avanzado y complicado con una peritonitis localizada o un plastrón que favorecerían la aparición de algún absceso residual.

Cuarto, en ambos casos se usó la profilaxis antibiótica habitual del Hospital para los casos de apendicitis aguda.

Por lo anterior, es que postulamos que la aparición de esta complicación pudiera deberse a factores propios de la cirugía laparoscópica, como ha sido descrito para explicar la diseminación de algunos cánceres,<sup>6</sup> más que a factores del paciente o de la patología apendicular. Específicamente, creemos que la presión del neumoperitoneo pudiera favorecer la migración de bacterias desde el apéndice inflamado hacia el retroperitoneo.

Evidentemente, sólo se trata de una hipótesis que debiera ser explorada con otras investigaciones, no sólo en el caso de la apendicectomía laparoscópica, sino que en todos los casos de cirugía laparoscópica que impliquen un proceso infeccioso o cáncer.

### BIBLIOGRAFÍA

- Berne T, Ortega A: Apendicitis y absceso apendicular. In Nyhus L. El Dominio de la Cirugía, 3ª ed. Editorial Médica Panamericana 1999; 1520-4.
- Shen G, Wong R, Daller J *et al*: Does the retrocecal position of the vermiform appendix alter the clinical course of acute appendicitis?. Arch Surg 1991; 126: 569-70.
- Bahamondes ML, López De Maturana LJC: Absceso retroperitoneal: Comunicación de dos casos y revisión de la literatura. Rev Chil Infectol 2001; 2: 18.
- Grundtitz T, Ryden C, Janzon L: Does the retrocecal position influence the course of acute appendicitis? Acta Chir Scand 1983; 149: 707-10.
- Parra-Davila E, Munshi I, Armstrong J *et al*: Retroperitoneal abscess as a complication of retained gallstones following laparoscopic cholecystectomy. J Laparoendoscopic 1998; 8: 89-93.
- Messing MJ, Flickinger FW, Gallup DG: Retroperitoneal dissemination of cervix cancer following surgical staging. Gynecol Oncol 1994; 53: 269-73.