

ABDOMEN AGUDO SUBOCCLUSIVO: UNA MANIFESTACION INFRECUENTE DEL ABSCESO PELVICO POST APENDICECTOMIA



Dra. Candia Guillermina, Dra. Hughes Victoria,
Dra. Martiarena Rosario, Dra. Arro Carolina, Dr. Schlain Sergio

INTRODUCCIÓN

El absceso intraabdominal es una complicación postoperatoria frecuente de la apendicetomía por peritonitis. Estas colecciones dependiendo del tamaño y la localización pueden requerir de una reintervención quirúrgica. El absceso pélvico es frecuente, sin embargo, no es habitual que debido a la gran dimensión del mismo se manifieste como abdomen agudo suboclusivo dejando en segundo plano al cuadro infeccioso subyacente.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 21 años sin antecedentes médicos; se realiza apendicetomía laparoscópica por apendicitis aguda con peritonitis generalizada. Se indican antibióticos endovenosos por 7 días. Paciente evoluciona favorablemente y se otorga el alta hospitalaria. Consulta a la guardia a los 3 días del alta por presentar dolor abdominal generalizado tipo cólico, vómitos y catarsis negativa. Al examen físico signos vitales normales; abdomen distendido, doloroso, timpanismo aumentado.



Fig. 1

Laboratorio: leucocitosis.
Radiografía de abdomen: Niveles hidroaéreos (Fig.1).
Tomografía de abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso: a nivel de pelvis menor se observa imagen compatible con posible absceso, no descartando origen colónico (Fig. 2, 3)
Laparoscopia exploradora: múltiples adherencias y distensión de asas intestinales, que imposibilitan la correcta semiología. Conversión. Se desbloquea importante absceso pélvico, colon sigmoidees adherido a las paredes del mismo. Abundante salida de liquido purulento. Se realiza lavado y colocación de drenaje.

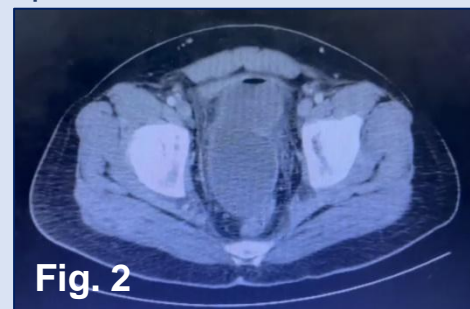


Fig. 2



Fig. 3

DISCUSIÓN

La forma de presentación mas frecuente de los abscesos abdominales es el cuadro infeccioso, solo cuando tienen un tamaño mayor pueden generar síntomas compresivos. Si bien el manejo de elección es el drenaje percutáneo, la cirugía es una opción segura cuando no hay certeza diagnostica y la localización no hace seguro el abordaje miniinvasivo. La correcta interpretación del cuadro clínico y de los estudios complementarios son la clave para una resolución exitosa.