

Absceso Abdominal en Paciente Octogenario

Instantánea Clínica

Carlos Ramírez Alvarado¹, Olga Cristina Chamberlin Varela² y Luis Gerardo Domínguez Carrillo³

¹ Oncología Quirúrgica. Catedrático de la Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato. México

² Radiólogo Intervencionista. Hospital Ángeles León, León, Guanajuato. México

³ Especialista en Medicina de Rehabilitación. Catedrático de la Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato. México

Fecha de recepción del manuscrito: 28/Febrero/2020

Fecha de aceptación del manuscrito: 26/Mayo/2020

Fecha de publicación: 31/Mayo/2020

DOI: 10.5281/zenodo.3875218

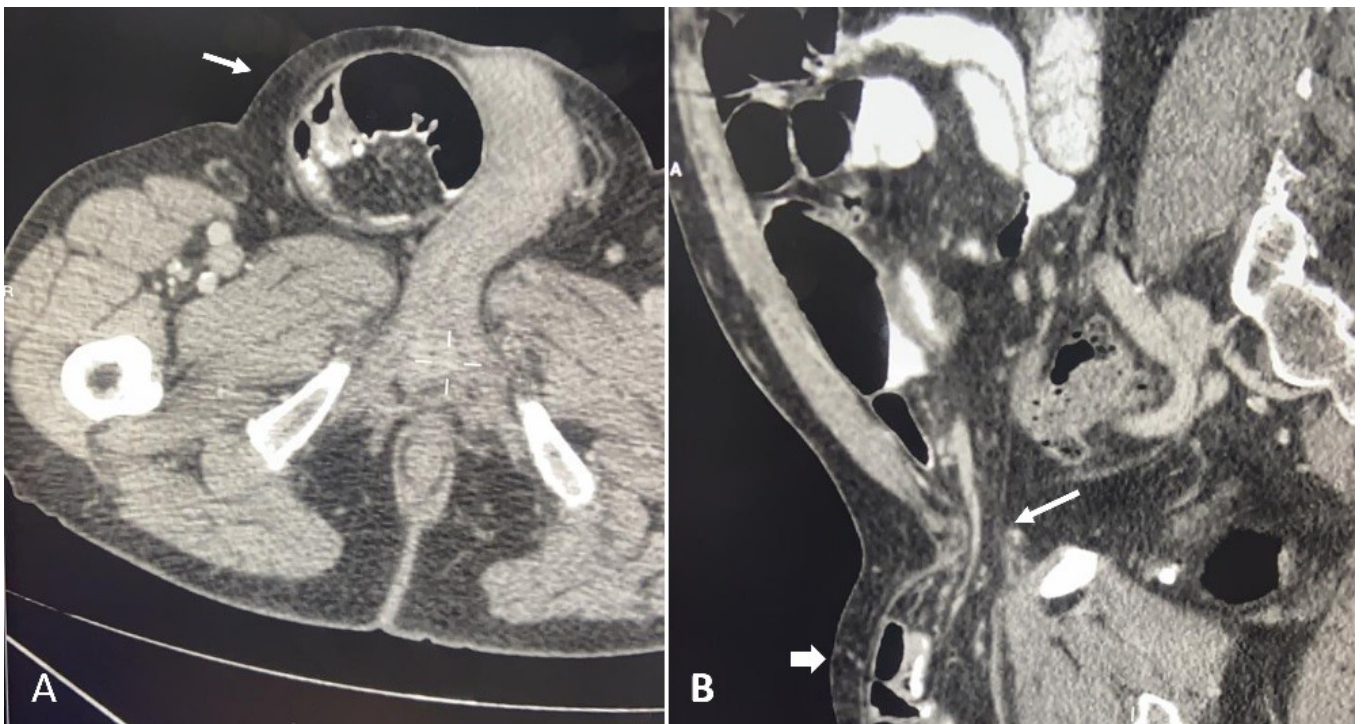


Figura 1: Tomografía computarizada simple de abdomen, mostrando: corte axial (A) hernia inguinal derecha con distensión de asa abdominal herniada; en (B) corte sagital, mostrando anillo inguinal y hernia inguinal derecha (flechas).

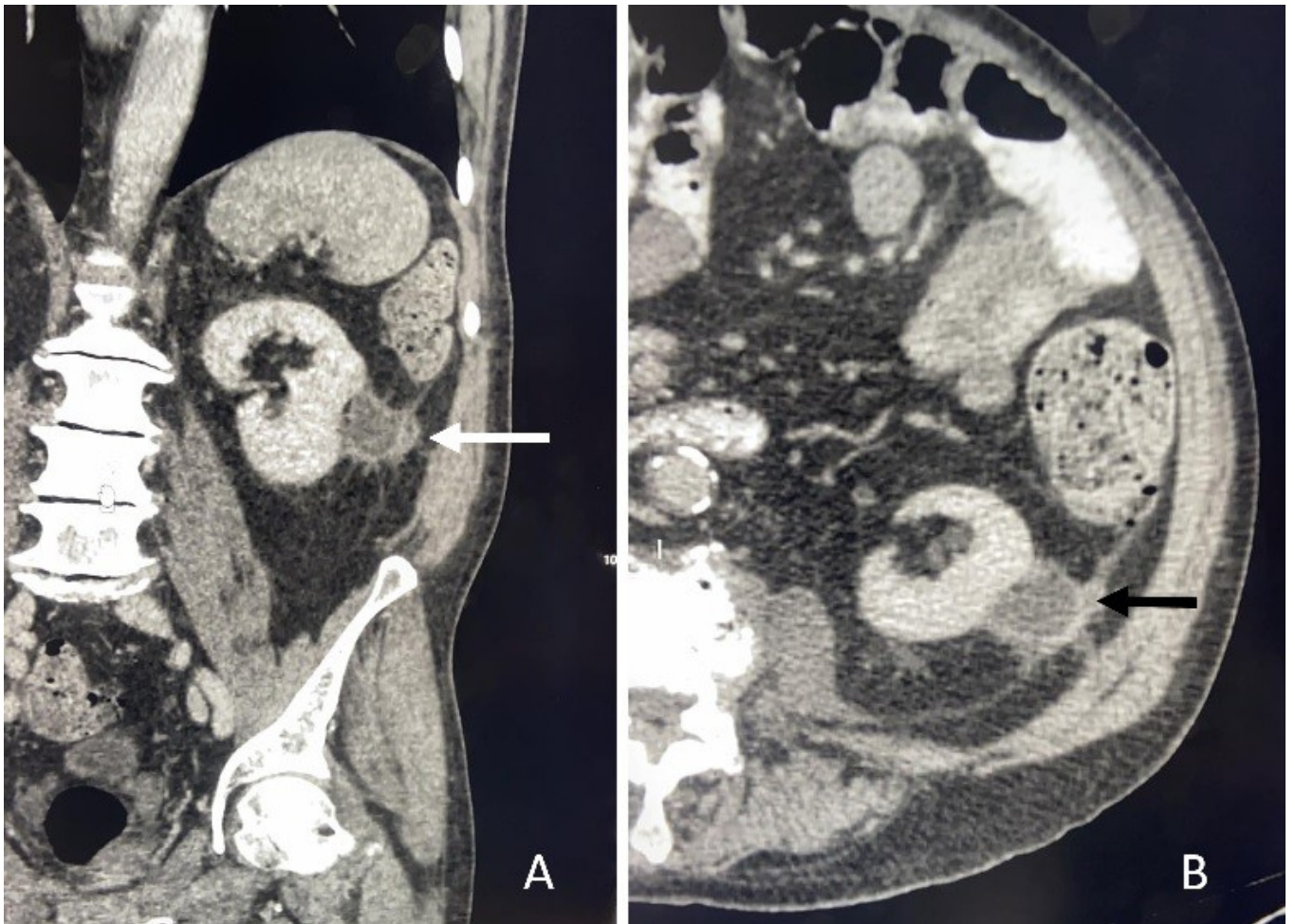


Figura 2: Radiografía lateral de columna lumbosacra, mostrando en (A) osteosíntesis de columna lumbo/sacra, con fijación de L4-L5-S1, en acercamiento (B) se observa calcificación marginal de anillo disTomografía computarizada de abdomen, con doble contraste (oral e intravenoso), mostrando: tanto en corte frontal (A) como en corte axial (B) presencia de colección para renal izquierda (flechas).

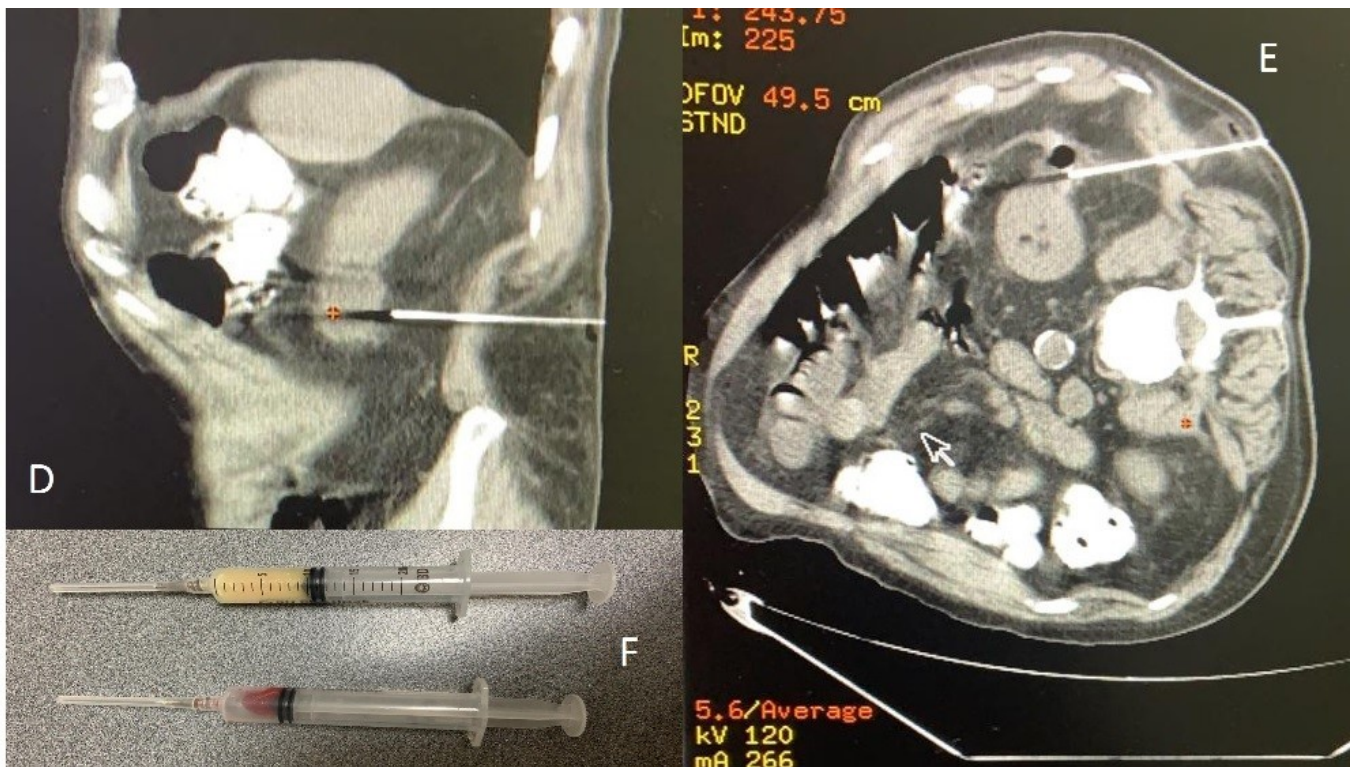


Figura 3: Imágenes de punción guiada por tomografía computarizada, de colección para renal izquierda, paciente en decúbito lateral derecho; en corte sagital (D) y en corte axial (E); extrayendo 10 c.c. de secreción purulenta (F).

Masculino de 85 años, con diagnóstico de Trastorno neurocognitivo mayor por enfermedad de Alzheimer de 5 años de evolución y hernia inguinal derecha de 6 meses de evolución, quien acude a urgencia por cuadro de dolor abdominal de 6 horas de evolución acompañado de distensión abdominal y náuseas sin llegar al vómito. A la exploración dirigida: Temp 36.7°C; TA 150/90 mmHg; FC 100 l/min; FR 25 r/min; mucosas orales secas; abdomen con gran distensión abdominal y presencia de gran hernia inguinal derecha, ausencia de ruidos peristálticos, abdomen a tensión con timpanismo generalizado, con dolor difuso que no permite mayor exploración; con diagnóstico de oclusión intestinal por hernia inguinal estrangulada, se hospitaliza, se coloca sonda nasogástrica y reposición de líquidos, se efectúa tomografía simple de abdomen (Figura 1) mostrando hernia inguinal mencionada; 2 horas después con disminución de distensión abdominal se procede manualmente a reducir la hernia inguinal, a las 2 horas siguientes en nueva exploración, se escucha peristalsis, el abdomen blando, sin datos de irritación peritoneal; a las 24 horas de hospitalización se encuentra febrícula de 37.2°C y leucocitosis de 12,000 10^3 / μ L con neutrofilia, sin sintomatología agregada; por lo que se solicita tomografía computarizada con doble contraste (Figura 2) encontrando colección yuxta renal izquierda, originado por perforación de divertículo posiblemente durante la intensa distensión por gases del tubo digestivo. Se prescribió ciprofloxacina 400 mg/TID en infusión y metronidazol 500 mgs/ TID en infusión, y telmisartan 40 mgs; 24 horas después con paciente asintomático se procedió a punción guiada por tomografía de colección yuxta renal izquierda, extrayendo 10 cm de secreción purulenta (Figura 3); el cultivo reportó: *Escherichia coli*, el antibiograma resultó reportó sensibilidad a fosfomicina y ciprofloxacina; 2 días después con paciente asintomático se da de alta con medicación vía oral; 10 días después con nueva tomografía abdominal normal, se realizó corrección de hernia inguinal y colocación de malla de polipropileno, dándose de alta 24 horas después sin complicaciones, a 3 semanas de seguimiento el paciente asintomático.

Los pacientes de la tercera edad requieren vigilancia estrecha ante la presencia de febrícula, ya que pueden no elevar temperaturas de manera importante, por otra parte el hecho de agregarse trastorno neurocognitivo, dificulta el diagnóstico de abdomen agudo, por lo que ante la mínima sospecha clínica, debe descartarse con estudios de gabinete y laboratorio.

Desde los estudios iniciales publicados en 1980, el drenaje radiológico percutáneo se considera el tratamiento de primera línea de las colecciones pre y postoperatorias infectadas alcanzando éxito en más del 80% de los pacientes.^{1,2} La mortalidad por abscesos no drenados se estima entre 45 y 100%. El drenaje percutáneo guiado por radiología se puede realizar con intención curativa o para mejorar el estado del paciente antes de cirugía.³ La imagen transversal, utilizando ultrasonido y la tomografía computarizada, ha cambiado el manejo de las complicaciones postoperatorias.⁴ El drenaje percutáneo es realizado con mayor frecuencia por radiólogos intervencionistas y la obtención de imágenes es esencial tanto para el mapeo así como para guiar la punción y el dre-

naje de las colecciones intraabdominales, ya que permite la identificación de estructuras anatómicas adyacentes y la determinación de la mejor vía de acceso. La colaboración entre el cirujano y el radiólogo intervencionista es esencial para optimizar el tratamiento y evitar, si es posible, la cirugía.

REFERENCIAS

- [1] Robert B, Yzet T, Regimbeau JM. Radiologic drainage of post-operative collections and abscesses. *J Visceral Surgery* 2013; 150: (Supp) S11-S18.
- [2] Perdigón-Castañeda GM, Escobar-Hernández N, Ochoa-García A, Sánchez-Sánchez RA, et al. Punción y drenaje de colecciones tóraco-abdominales en servicios de radiología intervencionista. *An Radiol Méx* 2016;15:4-8.
- [3] Shahnazi M, Khatami A, Jamzad A, Shohitavi S. Safety and Efficacy of Percutaneous CT-Guided Drainage in the Management of Abdominopelvic Abscess. *Iran J Radiol.* 2014;11: e20876. doi: 10.5812/iranjradiol.20876.
- [4] Anbumani S, Anita Soundarapandian A. A Study of Ultrasound and CT Guided Therapeutic Drainage of Intra-Abdominal Collections and Abscesses. *Int J Contemp Med Surgery Radiol*; 2018; 3: 126-130.