

---

# Reflexiones sobre absceso retroperitoneal, a propósito de un caso. Hospital Luis Vernaza

## Considerations of retro peritoneal abscess, case report Luis Vernaza Hospital

Wilson Ramón Solórzano Looor \*  
Letty Martitza Chacón López \*\*  
Viana Susana Ballesteros Alcívar \*\*  
Carlos Lorenzo Iturralde Hinostriza \*\*

### Resumen

*Los abscesos en espacios retroperitoneales no son comunes, surgen principalmente de lesiones o infecciones en estructuras adyacentes; abscesos del aparato digestivo por apendicitis retrocecal, pancreatitis, diverticulitis, traumatismos, abscesos de vías genitourinarias por pielonefritis, abscesos del raquis.*

*Reportamos el caso de una paciente que ingresa a sala de clínica por presentar dolor lumbar, dolor y distensión abdominal, fiebre, escalofrío, anorexia. En los exámenes de laboratorio llamó la atención una leucocitosis de 14.000 x c, segmentados 76%, linfocitos 24%, glicemia de 200 mg/dl. En orina se reportó leucocituria, piuria, bacteriuria. En promedio un médico clínico necesitaría 12.7 días para diagnosticar un absceso retroperitoneal, lo cual contribuye a la elevada tasa de mortalidad (25 al 50%) asociada con esta patología.*

**Palabras claves:** absceso retroperitoneal, pielonefritis, drenaje quirúrgico, vía transperitoneal, vía extraperitoneal.

### Summary

*The abscesses on retroperitoneal space are not common, they come mostly from injuries or infections of near structures, digestive abscesses due to retrocecal appendicitis, pancreatitis, diverticulitis, traumatismos, abscesses of the genitourinary system due to pielonefritis, abscesses of the backbone.*

*We report the case of a patient who enters the clinical service, presenting lumbar and abdominal pain, abdominal distention, anorexia. In the laboratory exams, it was interesting to find leucocytosis of 14.000, 76% segmented, 24% lymphoid cells, 200mg/dl glycemia. In urine we reported leucocytes, piocytes, bacteria. In average a medical doctor will need 12.7 days to diagnose a retroperitoneal abscesses which contributes to a high mortality rate (25 to 50%) associated with this pathology.*

---

### Introducción

El retroperitoneo es un espacio verdadero ubicado entre la cavidad peritoneal y la pared posterior del cuerpo; el diafragma constituye su límite superior y los músculos elevadores de la pelvis constituyen el límite inferior. Este espacio se divide en compartimiento anterior y posterior; el primero incluye estructuras entre el peritoneo posterior y la fascia perinéfrica (páncreas, parte del duodeno, colon ascendente y descendente). El compartimiento posterior contiene las suprarenales, los riñones y los espacios perinéfricos (3, 5). Los abscesos en espacio retroperitoneales no son comunes, surgen principalmente de lesiones o

infecciones en estructuras adyacentes: absceso del aparato digestivo por apendicitis retrocecal, pancreatitis, cáncer de páncreas, úlceras posteriores penetrantes, enteritis regional, diverticulitis, enfermedad del tracto biliar, traumatismos, abscesos de vías genitourinarias por pielonefritis y abscesos del raquis por osteomielitis o infecciones del espacio de los discos intervertebrales (3, 4, 8).

La incidencia más alta se observa en pacientes de 30 a 60 años, inmunodeprimidos, con enfermedades agudas o como complicación posterior a una cirugía de órganos de este espacio (1, 2).

---

\* Médico Residente 2. Postgrado de Cirugía General. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador

\*\* Médico Cirujano. Guayaquil – Ecuador

Aunque es posible que no presente síntomas, puede manifestarse dolor en el 60% de los casos, referido a la parte más baja de la espalda, la cadera, el muslo, la rodilla, el abdomen o en flancos; además existe fiebre, escalofrío, anorexia, pérdida de peso, náuseas y vómitos. El análisis de sangre revelará leucocitosis, el de orina puede ser normal hasta en un 40% incluso en patologías genitourinarias.

La radiografía de tórax presenta elevación diafragmática ipsilateral con o sin atelectasia y derrame pleural. La radiografía simple de abdomen incluye presencia de gas extraintestinal en el absceso, desplazamiento de los órganos adyacentes (riñón, colon) y borramiento de la sombra del psoas. La tomografía computarizada (TC) tiene una gran sensibilidad; ayuda a definir la localización y extensión del proceso, que a veces presenta el signo "burbuja de jabón" indicativo de abscesificación a este nivel, de posible contenido líquido vertido a retroperitoneo (3, 6).

El tratamiento consiste en drenaje quirúrgico, eliminación de la fuente de lesión y terapia antimicrobiana. Es posible utilizar la vía transperitoneal en abscesos retroperitoneales anteriores o la retro o extraperitoneal para lesiones de compartimiento posterior. Hay que reseca todo el tejido necrótico, desbridar el compartimiento afecto y realizar un adecuado drenaje (7, 8).

### Caso

Se trata de mujer de 47 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, de 10 años de evolución, no controlada. Consulta por presentar dolor lumbar, dolor y distensión abdominal; fiebre, escalofrío y anorexia.

Al examen físico: paciente lúcida, taquicárdica, hemodinámicamente inestable, con temperatura axilar de 38.3°C. Al examen abdominal destaca dolor abdominal difuso, acentuado en fosa iliaca derecha y ruidos hidroaéreos disminuidos. En los exámenes complementarios se observó un hematócrito de 36%, leucocitos de 14.000, segmentados de 76%, linfocitos de 24%, glicemia de 200mg/dl, úrea de 30mg/dl y creatinina de 1,0mg/dl. El sedimento de orina reportó leucocituria, piuria, bacteriuria. Se efectuó antibiótico-terapia, control metabólico y pase a sala de clínica el 20 de Junio del 2002.

La evolución en esta área de hospitalización sala fue tórpida con picos febriles de hasta 39.2°C, por lo que fue trasladada al servicio de emergencia el 22 de Junio, donde solicitan un ECO abdominal con reporte de: presencia de líquido libre en espacio Morrison (figura 1).

**Figura 1**

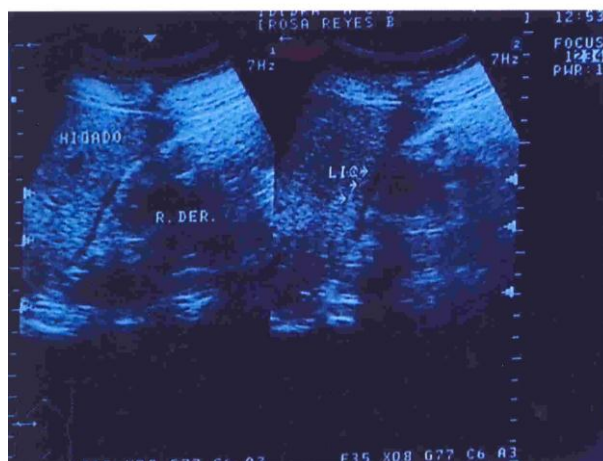


Figura1: Eco abdominal en el que se observa presencia de líquido libre en espacio de Morrison.

Razón por lo cual se decide realizar laparotomía exploradora, encontrándose absceso retroperitoneal tabicado el mismo que es drenado; se toma muestra para cultivo; se deja dren en zona del absceso y es transferida a sala de cirugía con nutrición parenteral, control metabólico y antibiótico terapia la cual consistió en: ciprofloxacina 400mg IV cada 12 horas y clindamicina 600mg IV cada 8 horas. El cultivo reportó E. Coli.

En el postoperatorio intermedio, la paciente continuó clínicamente inestable, razón por la cual el 28 de junio se solicita TC abdominal, la misma que reporta un pequeño derrame pleural derecho (figura 2), colección subcapsular hepática con nivel hidroaéreo (figura 3), pequeños quistes y alteración del parénquima renal derecho. Se decide inmediatamente reexplorar a la paciente encontrándose 2 fistulas colónicas; al explorar retroperitoneo se observa un absceso de 10cm de diámetro del que se aspiró aproximadamente 450cc de pus; se realizó colostomía, se deja dren y se continúa con igual esquema de antibióticoterapia. A las 24 horas del postoperatorio inmediato la paciente muere por presentar falla multiorgánica.

**Figura 2**

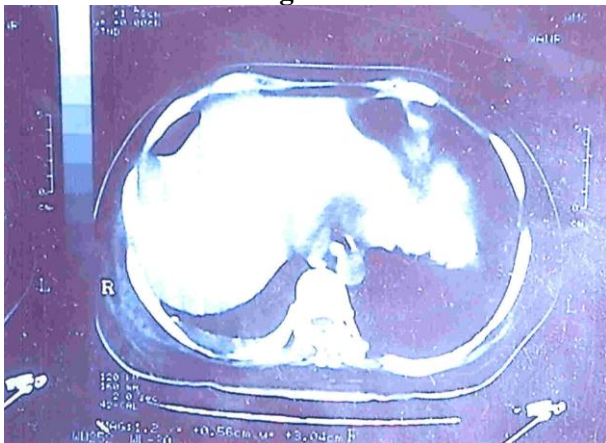


Figura 2: TC Abdominal que presenta derrame pleural derecho.

**Figura 3**

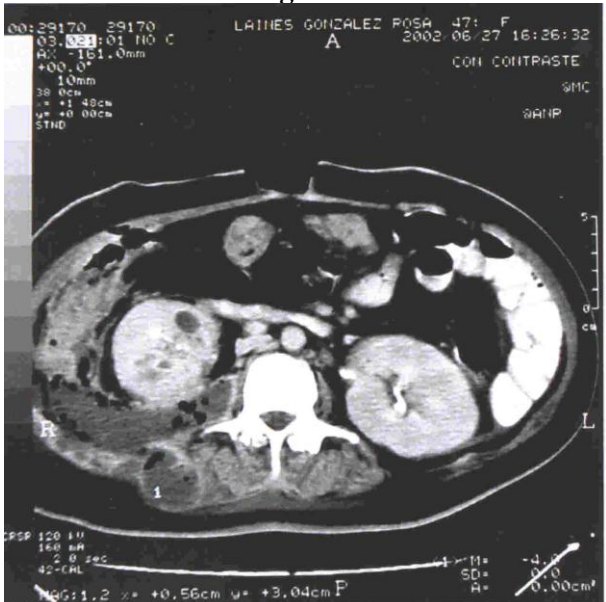


Figura 3: La imagen de TC demuestra la presencia de gas en retroperitoneo (signo de la burbuja de jabón) pequeños quistes y alteración del parénquima renal derecho.

## Discusión

De acuerdo al estudio, el médico clínico necesita de 12.7 días para diagnosticar un absceso retroperitoneal, lo cual contribuye a la elevada tasa de mortalidad (más del 50%) (8).

Se debe incluir en las probabilidades diagnósticas de todo paciente que presente dolor abdominal, fiebre, bacteriuria, piuria, leucocituria, con deficiencias inmunológicas, al absceso retroperitoneal a los cuales se solicitará desde un inicio una TC por su alta sensibilidad, para de esta forma disminuir la alta tasa de mortalidad en esta patología (1, 6), reduciendo el tiempo indicado. Los abscesos retroperitoneales constituyen una complicación frecuente de la cirugía, especialmente

cuando se origina por la infección de un órgano ubicado en este espacio; incluso se han reportado casos de esta patología posterior a esfinterotomía endoscópica o apendicectomía laparoscópica (2, 6).

## Conclusión

En todo paciente inmuno comprometido, existe alteración en el mecanismo de defensa del huésped, por lo tanto son más susceptibles de presentar complicaciones infecciosas entre las que se cuenta al absceso retroperitoneal.

La TC es uno de los exámenes de gabinete más idóneos para su diagnóstico.

Puede intentarse el drenaje guiado con TC, pero a menudo es insuficiente para drenar estas colecciones multiloculares en forma adecuada.

El tratamiento comprende el drenaje quirúrgico por la vía más idónea, eliminación de la fuente de infección y terapia antimicrobiana.

## Referencias bibliográficas

1. Bustamante M, Paredes J, Potel J: Absceso tuberculoso retroperitoneal. *Enfermedades Digestivas, España* 87 (1): 70-71, 1995
2. Fernández F, Martín J, Pallarés H y col: Absceso retroperitoneal tras esfinterotomía endoscópica: una complicación grave y poco frecuente. *Enfermedades Digestivas, España* 89 (2): 139-141, 1997
3. Lawrence W: Diagnóstico y tratamiento quirúrgicos. 5ª ed, *El Manual Moderno, México* 395-396, 1987
4. Philip K, Jack L, Alvan R y col: *El Manual Merck de diagnóstico y tratamiento*. 8ª ed, Doyma, España 63, 1990
5. Sabiston D: *Tratado de patología quirúrgica*. 15ª ed, Interamericana, México 880-881, 1999
6. Sciarraffia C, Soto G, Mariani V y col: Absceso retroperitoneal: una complicación infrecuente de la apendicetomía laparoscópica. *Rev Chilena de Cirugía, Chile* 54 (4): 401-403, 2002
7. Schwartz S: *Principios de cirugía*. 6ª ed, Interamericana, Mc Graw Hill, México 1519, 1995
8. Zinner M: *Operaciones Abdominales de Maingots'*. 10ª ed, Panamericana, Argentina 661-662, 2000

**Dra. Letty Chacón López**  
**Teléfono: 593-04-2489254**