

Absceso retroperitoneal y fascitis de pared abdominal por apendicitis aguda complicada: Reporte de un caso.

Retroperitoneal absceces and abdominal wall fascitis by complicated acute appendicitis: A case report

Walter Vera-Portilla¹, A. Ailyn Wong-Leyva², Kevin Valdivia-Velarde², Angel F. Vera-Portilla²

Resumen

La apendicitis aguda retrocecal perforada puede dar lugar a un absceso retroperitoneal. Presentamos el caso de un paciente varón de 66 años, obeso y diabético, que acudió por dolor y tumoración lumbar, y antecedente previo de dolor abdominal. Se realiza una tomografía donde se evidencia un absceso retroperitoneal con compromiso de partes blandas, y bolsa escrotal derecha. Se ingresa a sala de operaciones y se evidencia un apéndice retrocecal digerida en su extremo distal, evidenciando salida de pus al aperturar retroperitoneo y realizar una incisión lumbar e inguinal derechas. El paciente recibió antibióticoterapia y curaciones, y tuvo una buena evolución. El absceso retroperitoneal secundario a apendicitis aguda es una infección quirúrgica rara y grave, y que la misma ocasione una fascitis necrotizante es excepcional. Por lo que debe incluirse dentro de las posibilidades diagnósticas en todo paciente inmunosuprimido, con dolor lumbar y antecedente de dolor abdominal; requiriendo inicialmente una tomografía.

Palabras clave: *Absceso retroperitoneal, apendicitis retrocecal, fascitis necrotizante.*

Abstract

The retroperitoneal abscess can be secondary to retrocecal appendicitis. We present the case of a 66 years old male, obese and diabetic, who presented with pain and lumbar mass, and a previous history of abdominal pain. A tomography showed a retroperitoneal abscess with soft tissue and a right scrotal bag. He was admitted to the operating room and a retrocecal appendix with distal end digested was evidenced, and when we opening the retroperitoneum and making a right lumbar and inguinal incision the pus leakage was showed too. The patient received antibiotic therapy and cures, and had a good evolution. Retroperitoneal abscess secondary to acute appendicitis is a rare and serious surgical infection, and it causes necrotizing fasciitis is exceptional. Therefore, it should be included within the diagnostic possibilities in all immunosuppressed patients with low back pain and a history of abdominal pain; and they will required a CT scan.

Keywords: *Retroperitoneal abscess, retrocecal appendicitis, necrotizing fasciitis.*

Introducción

La incidencia de apendicitis aguda complicada es alta, y de antibióticos, en la formación de abscesos intra-abdominales un retraso en el diagnóstico e intervención quirúrgica lleva a un aumento de los costos, como el aumento en la duración de uso y en la estancia hospitalaria; así como, en la mortalidad y morbilidad⁽¹⁾.

¹Médico Especialista en Cirugía General, Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa-Perú. ²Médico Residente de Cirugía General, Universidad Nacional de San Agustín, Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa-Perú.

WVP: <https://orcid.org/0000-0003-3578-5218>, AAWL.: <https://orcid.org/0000-0001-7083-0390>. KVV: <https://orcid.org/0000-0001-5229-3720>, AFVP: <https://orcid.org/0000-0002-4128-8990>

La apendicitis aguda complicada se relaciona con: el IMC, la edad avanzada, y la posición del apéndice⁽¹⁾. El apéndice se encuentra típicamente en el intraperitoneo, ya sea anterior o retrocecal; sin embargo, el 30-65%, puede estar oculta en una ubicación retroperitoneal⁽²⁾. Además, la posición más frecuente es la retrocecal, y su diagnóstico se retrasa por presentar síntomas y signos atípicos⁽¹⁾; también cuando se perfora, puede dar lugar a un absceso retroperitoneal^(1,3).

El absceso retroperitoneal (AR) es una colección purulenta que ocupa dicho espacio, constituye una infección grave que pone en riesgo la vida del paciente si no se drena oportunamente^(1,4). Es infrecuente^(1,5,6) pero con implicaciones potencialmente letales⁽⁷⁾. El diagnóstico clínico es dificultoso y se plantea en no más de 50% de los pacientes cuando es de localización perirrenal^(1,4), debido a que puede variar desde ser asintomático hasta un shock séptico; por lo que, las manifestaciones clínicas no siempre reflejan la gravedad de la infección⁽⁷⁾. Los pacientes pueden manifestar dolor referido a región lumbosacra, la cadera, el muslo, la rodilla, el abdomen o en flancos; además de fiebre, escalofrío, anorexia, pérdida de peso, náuseas y vómitos^(8,9). Y al examen físico, dolor a la palpación y presencia de una masa en región lumbar^(1,4,7). El análisis de sangre revelará leucocitosis, y el de orina puede ser normal, incluso en patologías genitourinarias⁽⁸⁾.

La incidencia más alta de AR se observa entre los 30-60 años, inmunodeprimidos, o como complicación posterior a una cirugía de órganos en este espacio⁽⁸⁾. La etiología más frecuente es polimicrobiana⁽⁴⁾, siendo *Escherichia coli* y *Peptostreptococcus* los agentes más frecuentes⁽⁶⁾.

La mayoría de los casos el AR es secundario, por lo que se debe investigar el foco de origen^(1,4). Surge principalmente de lesiones o abscesos del aparato digestivo por apendicitis retrocecal, pancreatitis, cáncer de páncreas, úlceras posteriores penetrantes, enteritis regional, diverticulitis, enfermedad del tracto biliar, traumatismos, abscesos del raquis⁽⁸⁾. Además, el AR secundario a apendicitis aguda es una infección quirúrgica relativamente rara, pero grave^(1,2,5). Ya que, al estar oculta en la ubicación retroperitoneal, podría alterar la presentación clínica, y dificultar el diagnóstico con una presentación tardía, y aumentar las complicaciones⁽²⁾.

La fascitis necrotizante se origina por la gangrena del tejido subcutáneo y piel adyacente generada por la endoarteritis obliterativa de las arterias subcutáneas locales⁽¹⁰⁾. Es más frecuente en hombres, mayores de 50 años, alcohólicos, inmunodeprimidos, con traumas locales, infecciones genitourinarias, y diabetes⁽¹⁰⁾, siendo esta última el principal factor

predisponente⁽¹¹⁾. Su evolución es progresiva, caracterizándose por malestar general, fiebre, eritema, hipersensibilidad local, endurecimiento del área afectada, crepitación, además de presentar leucocitosis, hiperglucemia, alteraciones hidroelectrolíticas, anemia, y en algunos casos shock séptico⁽¹⁰⁾. Y el que sea ocasionada por patología abdominal como la apendicitis complicada⁽¹⁰⁾ o diverticulitis complicada⁽⁹⁾, es excepcional.

Los estudios pueden revelar elevación diafragmática ipsilateral, derrame pleural y borramiento de la sombra del psoas^(8,9). Con la aplicación del ultrasonido y la Tomografía (TC) se facilita el diagnóstico y el tratamiento de los abscesos retroperitoneales^(1,6). La TC es considerada como el estándar de oro, ya que define la extensión y localización del proceso⁽¹²⁾. Es así que, en una apendicitis aguda perforada, se presenta típicamente con aire intraperitoneal, aire extraluminal o formación de abscesos⁽¹⁾, representados por el signo de “burbuja de jabón”⁽⁸⁾.

El tratamiento comprende el drenaje por punción o quirúrgico, eliminación de la fuente de lesión y terapia antimicrobiana⁽⁶⁻⁸⁾. La primera elección es el drenaje percutáneo^(4,6). Pero, la intervención quirúrgica es de elección para un absceso retroperitoneal secundario a patología gastrointestinal, prefiriendo la vía transabdominal, ya que permite el tratamiento de la enfermedad subyacente⁽¹²⁾. Así también, para los pacientes con alto riesgo quirúrgico, el drenaje percutáneo, serviría como medida temporal⁽¹²⁾. Simultáneamente, debe realizarse un cultivo y antibiograma para el uso adecuado de antimicrobianos⁽⁵⁾ y tratar cualquier causa subyacente para prevenir la recurrencia y la progresión clínica en curso⁽⁶⁾.

El absceso retroperitoneal secundario a apendicitis aguda es una infección quirúrgica relativamente rara y grave^(1-3,5), además, que la misma ocasione una fascitis necrotizante que comprometa bolsa escrotal derecha, es aún más raro⁽¹⁰⁾. Por lo que el objetivo fue presentar el caso particular de un paciente con dicha complicación en ausencia de síntomas abdominales.

Reporte de caso

Presentamos el caso de un paciente varón de 66 años con antecedente de obesidad y diabetes. Acude por presentar malestar general y tumoración dolorosa en región lumbar derecha desde hace 2 días, en emergencia se evidencia tumoración de 15x20cm, asociada a signos flogósicos locales y crépitos a la palpación, ubicada en región lumbar derecha que llega hasta flanco derecho, y otra tumoración inguinal derecha

de 5cm, de iguales características; sin ningún dato positivo al examen de abdomen. La analítica muestra 28 700 leucocitos, glucosa 296, Procalcitonina 1.24, INR 1.21, prueba rápida para COVID-19 IgM e IgG positivos; y la ecografía mostró edema de pared abdominal en flanco y región lumbar derecha (Figura 1) y ausencia de líquido libre. Motivo por el cual, es catalogado inicialmente como un absceso de pared abdominal, probable fascitis necrotizante. Durante su hospitalización, paciente refiere que 7 días antes de su ingreso presentó dolor abdominal epigástrico que luego “migra” a FID, pero que cedió espontá-

neamente. Por lo que se decide realizar una tomografía, la cual mostró una colección retroperitoneal y proceso inflamatorio de partes blandas en región lumbar (Figura 2), y compromiso de bolsa escrotal derecha (Figura 3). Decidiendo su ingreso a sala de operaciones, se evidenció apéndice retrocecal, con perforación a 2cm de la base, y sus dos tercios distales digeridos en retroperitoneo; además de un fecalito libre, y escaso líquido libre en cavidad. Abierto retroperitoneo se apreció salida de pus con mal olor; al realizar incisión relajante en flanco derecho se evidencia TCSC edematizado, músculos

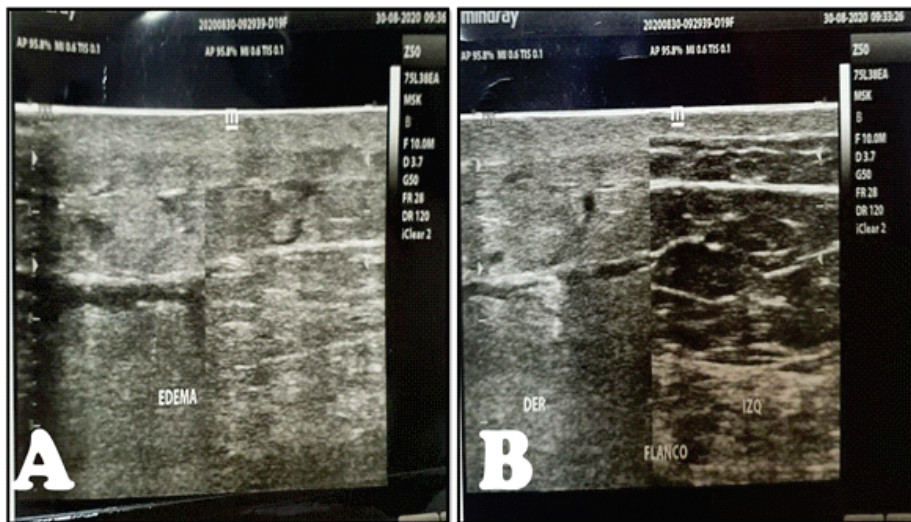


Figura 1. Ecografía de pared abdominal. A nivel de partes blandas de flanco derecho se evidencia: **A.** Aumento de grosor y ecogenicidad de TCSC. **B.** Imágenes lineales anecogénicas de aspecto reticulado en relación a edema que se extiende hasta región lumbar ipsilateral.

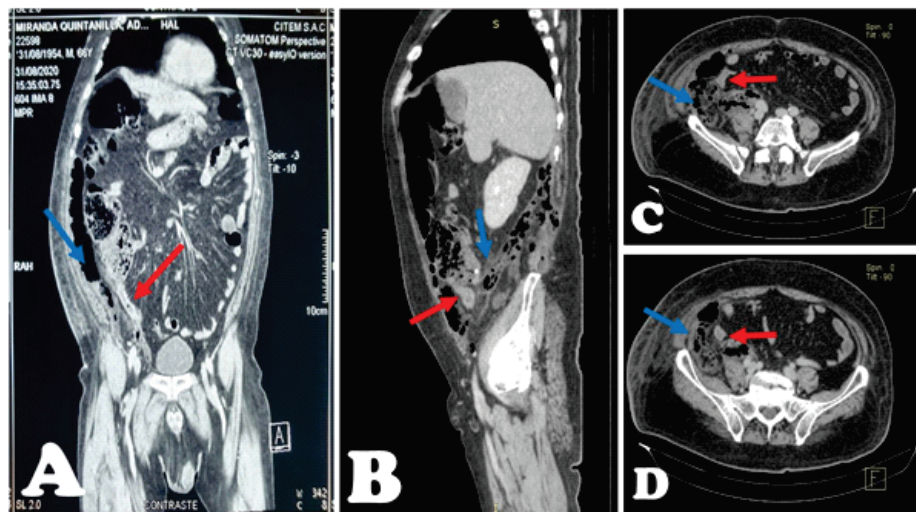


Figura 2. TC abdominal. Flecha Azul, proceso inflamatorio de partes blandas de región lumbar derecha. Y colección heterogénea con aire en espacio retroperitoneal, por detrás de colon ascendente. Flecha roja, imagen cilíndrica con engrosamiento periférico, contenido heterogéneo y aire en su interior proveniente de ciego, sugerente de apéndice cecal. **A.** Corte coronal. **B.** Corte Sagital. **C.** Corte transversal. **D.** Corte transversal un segmento más abajo.

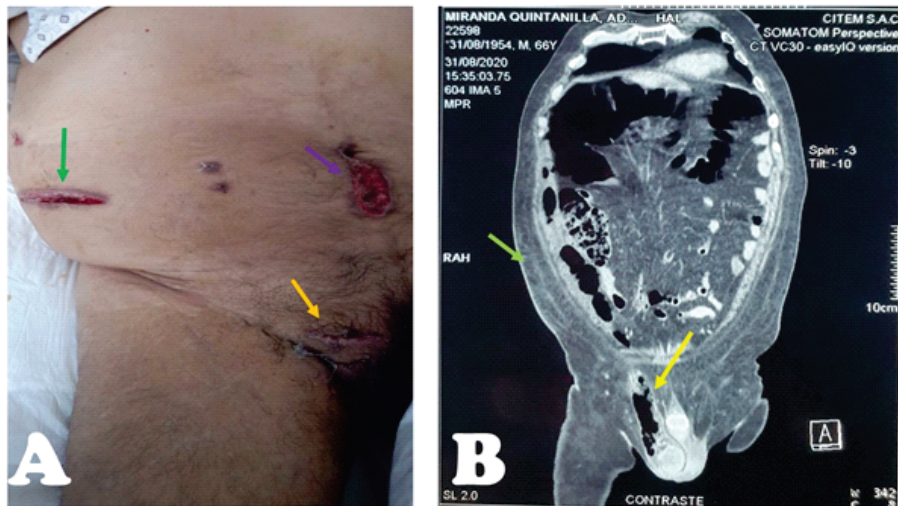


Figura 3. A. Flecha verde oscuro: incisión lumbar, flecha naranja: incisión inguinal, flecha morada: incisión mediana infraumbilical. **B. TC abdominal, Corte coronal,** Flecha verde claro, proceso inflamatorio de partes blandas de región lumbar derecha, Flecha amarilla: colección heterogénea con aire en su interior que compromete hasta bolsa escrotal derecha.

desvitalizados, y salida de pus a presión, que disecaba espacio preperitoneal llegando a retroperitoneo ipsilateral, no lográndose identificar más estructuras por abundante tejido desvitalizado. Además, se realizó incisión sobre región inguinal derecha (Figura 3), hasta apertura de cordón espermático, obteniéndose pus y TCSC adyacente desvitalizado, sin aparente compromiso genital.

Paciente recibió antibiótico terapia de amplio espectro y se obtuvo cultivo de la colección evidenciándose a *E.coli*,

sensible a vancomicina y meropenem. Además, recibe curaciones quirúrgicas en dos oportunidades más. Paciente cursa con buena evolución, siendo dado de alta a los 30 días. Posteriormente ingresa 18 días después, por presentar fiebre, y la ecografía mostró (Figura 4) colecciones pequeñas en heridas de incisiones previas; y al mismo tiempo urología objetiva una orquitis derecha. Por lo cual recibe antibiótico terapia y curaciones locales, siendo dado de alta a los 5 días de su hospitalización, sin complicaciones.

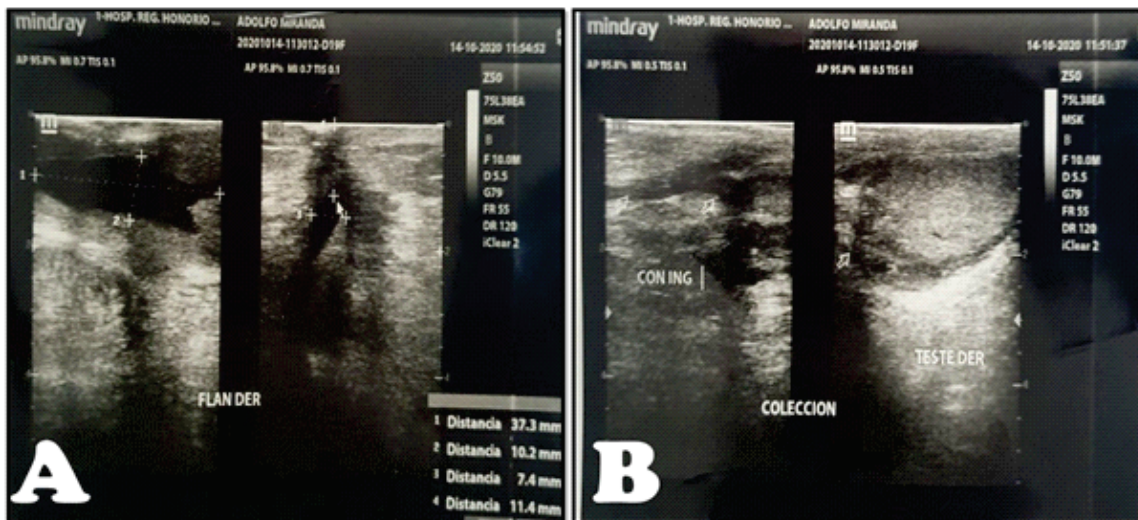


Figura 4. Ecografía de partes blandas. A. En flanco derecho: Imagen anecogénica en flanco derecho, a 11mm de profundidad, de bordes definidos, irregulares, en relación a seroma, que mide 37x10x7mm, con volumen aproximado de 1.34cc, con aumento de ecogenicidad de TCSC adyacente. **B. En FID:** imagen hipoeogénica de bordes mal definidos, irregulares, de contenido aparentemente líquido denso, que se extiende desde TCSC a planos musculares, llegando hasta conducto inguinal y de este hasta región escrotal, de 23x11x30mm, con un volumen aproximado de 3.9cc.

Discusión

La formación del AR sigue siendo una de las complicaciones más graves y raras de la apendicitis aguda^(1,2,5) y siempre se asocia a la perforación del apéndice retrocecal⁽¹²⁾. Puede no presentarse con los síntomas abdominales clásicos⁽¹³⁾, y ocasionar molestias abdominales atípicas y menos graves. Esto puede retrasar el diagnóstico, y contribuir a una mayor tasa de complicaciones y mortalidad⁽⁹⁾. Una ruptura apendicular de este tipo conduciría clásicamente a dolor lumbar^(2,13) o dolor en la flexión de la cadera debido a la inflamación del músculo psoas⁽¹³⁾. Lo que guarda relación con nuestro caso, en el cual, el antecedente de dolor abdominal no fue importante, siendo el motivo de consulta la tumoración lumbar derecha, la cual presentó endurecimiento y crepitación, y que generó la sospecha de la fascitis necrotizante⁽¹⁰⁾.

El diagnóstico en ausencia de síntomas es difícil, pudiendo acudir tardíamente simplemente por una tumoración en muslo⁽¹³⁾, o como en nuestro caso, por una tumoración en región lumbar derecha, sin referir molestias abdominales, la cual era una fascitis necrotizante.

La progresión más lenta del dolor, menos náuseas y vómitos, una menor temperatura y leucocitosis y hallazgos positivos en el análisis de orina son rasgos distintivos de la apendicitis retrocecal⁽¹⁾. Por lo tanto, se debe sospechar de todo paciente que presente dolor abdominal, fiebre, bacteriuria, piuria, leucocituria^(8,9), y sea inmunocomprometido, requiriendo un estudio tomográfico inicial⁽⁸⁾. Siendo el diagnóstico y tratamiento tempranos, la clave para reducir la morbilidad y la mortalidad⁽¹⁾. En nuestro caso, el paciente era obeso y diabético⁽⁶⁾, y la sospecha se debió al antecedente de dolor abdominal; no se obtuvo un examen de orina, el cual pudo ser negativo^(4,9), pero se logró intervenir tras la confirmación tomográfica.

La rotura retroperitoneal puede presentarse como un absceso apendicular, un absceso retroperitoneal, un absceso perirrenal⁽¹³⁾. El AR, a través de las comunicaciones anatómicas congénitas, tiene el potencial de propagarse rápidamente al espacio perinéfrico, al músculo psoas, a la pared abdominal lateral y a las extremidades inferiores^(1,9). Además, la fascitis necrotizante suele propagarse desde el retroperitoneo al espacio extraperitoneal paravesical, pudiendo descender a través del canal inguinal, acumulándose en el escroto infectando con ello la fascia de Dartos⁽¹⁰⁾. Puede haber extensión del proceso séptico, en el espacio retroperitoneal contralateral, por diseminación hematógena, así como infección pulmonar⁽¹²⁾; por lo que la neumonía y la insuficiencia

respiratoria pueden ser una complicación frecuente con alta mortalidad⁽¹²⁾.

Existen reportes de apendicitis aguda complicadas con AR, pero solo unos pocos con abscesos que se extiende hasta el muslo^(3,9), el espacio perirrenal, el mediastino⁽³⁾, o región inguinal y perineal⁽¹⁰⁾; y en nuestro que se extendió por la pared abdominal, hasta región inguino-escrotal derecha.

La tomografía computarizada tiene mayor rendimiento que la ecografía⁽¹⁾, y sirvió para identificar la colección heterogénea con aire en espacio retroperitoneal detrás de colon ascendente que comprometía hasta bolsa escrotal derecha.

En la mayoría de los casos, el tratamiento inicial incluye antibióticos de amplio espectro como los carbapenémicos debido a que se trata de una sepsis grave, la carga de microorganismos es alta, y estos antibióticos tienen un índice bajo de resistencia⁽⁶⁾. Posteriormente la elección de antibiótico dependerá del cultivo y resultados de sensibilidad obtenidos⁽⁶⁾. En nuestro caso el germen aislado fue *E. Coli*^(5,8,12), pero fue sensible a vancomicina y meropenem.

La intervención quirúrgica es el tratamiento de elección para un absceso retroperitoneal secundario a patología gastrointestinal⁽¹²⁾. La cirugía es más beneficiosa que el drenaje percutáneo, para pacientes en condiciones críticas como apendicitis perforada, diverticulitis o malignidad⁽¹²⁾. Al mismo tiempo, para la fascitis necrotizante el debridamiento radical de todas las áreas con necrosis evidente es lo indicado⁽⁹⁻¹¹⁾.

En nuestro caso se trató de una apéndice retrocecal retroperitoneal perforada⁽⁴⁾, ya que la salida de pus se evidenció al aperturar retroperitoneo; además no se identificaron los dos tercios distales de la apéndice por encontrarse digerida, y se halló un coprolito libre⁽¹⁾. Posterior a la intervención el paciente evolucionó favorablemente, sin requerir ostomias⁽¹⁾, ventilación mecánica⁽²⁾ o ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos⁽¹⁰⁾; ni una reintervención por la persistencia del absceso^(2,10).

Conclusiones

La formación de abscesos retroperitoneales es una de las complicaciones más graves pero raras de la apendicitis aguda y siempre está asociada con la perforación de un apéndice retrocecal debido a un retraso en el diagnóstico y tratamiento^(1,4,12). Además, que dicha perforación, produzca una fascitis necrotizante que compromete bolsa escrotal derecha, es excepcional⁽¹⁰⁾. Por lo tanto, dichos pacientes deben someterse

a una tomografía computarizada para encontrar el origen de la infección y elegir la mejor manera de drenar el absceso^(1,3). Así también, se prefiere la vía transabdominal, ya que permite el tratamiento de la enfermedad subyacente⁽¹²⁾.

Por lo tanto, debe incluirse en las probabilidades diagnósticas al absceso retroperitoneal, a todo paciente inmunosuprimido que consulten por tumoraciones lumbares, y que tengan antecedentes de dolor abdominal hace una semana, requiriendo inicialmente una TC.

Agradecimientos

A las doctoras Ada Chirinos Apaza y Patricia Marquez Diaz, médicos asistentes del Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital III Yanahuara, por su apoyo en la lectura e interpretación de las imágenes tomográficas.

Referencias bibliográficas

- Fonseca M, Yugsi M, Castillo P.** Perforación duodenal por absceso retroperitoneal secundario a una apendicitis aguda perforada. *MEDICINCIAS UTA.* 2020;4(3):91-6. doi: 10.31243/mdc.uta.v4i3.356.2020
- Nahas A, Abderahman A, Kharaba A.** A snake in the grass: retroperitoneal abscess due to perforated appendicitis-management, approach and recommendations. *JSCR.* 2019;2019(5):1-3. doi: 10.1093/jscr/rjz163
- Litkouhi B, Huang AS, Lundy DJ, Solis M.** Perforation of a Retrocecal Appendix Resulting in Retroperitoneal Air: A Case Report. *Case Rep Radiol.* 2013;2013:1-3. doi: 10.1155/2013/584925
- Bahamondes ML, Lopez De Maturana L. JC.** Absceso retroperitoneal. Comunicación de dos casos y revisión de la literatura. *Rev Chil Infectol.* 2001;18(2):147-52. doi: 10.4067/S0716-10182001000200009
- Barrabí Díaz A, Marquéz Hernández J, Salvador Reyes Balseiro E, Armas Pérez BA.** Retroperitonitis después de una apendicitis aguda no complicada. *MediSan.* 2014;18(4):573-577.
- Arrabal-Polo MA, Arrabal-Martin M.** Retroperitoneal abscess in the anterior para-renal space in a healthy patient. *Eur Surg - Acta Chir Austriaca.* 2012;44(5):349-350. Doi: 10.1007/s10353-012-0150-3
- Capitán Manjón C, Tejido Sánchez Á, Piedra Lara JD, Martínez Silva V, Cruceyra Betriu G, Sánchez AR, et al.** Retroperitoneal abscesses: analysis of a series of 66 cases. *Scand J Urol Nephrol.* 2003;37(2):139-44. doi: 10.1080/00365590310008884.
- Solórzano Looor WR, Chacón López LM, Ballesteros Alcívar VS, Iturralde Hinostriza CL.** Reflexiones sobre absceso retroperitoneal, a propósito de un caso. *Hospital Luis Vernaza. Rev "Medicina".* 2002;8(4):283-285.
- Amitai A, Sinert R.** Necrotizing Fasciitis as the Clinical Presentation of a Retroperitoneal Abscess. *J Emerg Med.* 2008;34(1):37-40. doi: 10.1016/j.jemermed.2007.03.048
- Arroyo RM, Silva SM.** Gangrena de Fournier en un paciente post operado de apendicitis aguda retrocecal perforada: informe de caso [Tesis]. Universidad Privada Antenor Orrego; 2020. Available from: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/6530>
- Devia MC, García Casilimas GA, Rodríguez Vera AM, Jaramillo MC, Redondo AS, Flórez PC, et al.** Gangrena de Fournier en una mujer joven, reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Médica Sanitas.* 2016;19(3):151-158.
- Ofrim OI, Legrand MJ.** Retroperitoneal abscess resulting from perforated retrocecal appendicitis: A case report. *Acta Chir Belg.* 2013;113(2):149-51. doi: 10.1080/00015458.2013.11680902
- Nanavati AJ, Nagral S, Borle N.** Retroperitoneal perforation of the appendix presenting as right thigh abscess. *Int Surg.* 2002;87(2):61-64. doi: 10.1155/2015/707191

Contribución de autoría: Walter Vera-Portilla, A. Ailyn Wong-Leyva, Kevin Valdivia-Velarde, Angel F. Vera-Portilla han participado en la concepción del artículo, recolección de datos, redacción, revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final.

Conflicto de interés: El autor y coautores no tienen conflicto de interés con la publicación de este trabajo.

Financiamiento: Autofinanciado

Citar como: Vera-Portilla W., y cols. Absceso retroperitoneal y fascitis de pared abdominal por apendicitis aguda complicada: Reporte de un caso. *Diagnóstico(Lima).* 2021;60(2):113-118.

DOI: 10.33734/diagnostico.v60i2.289

Correspondencia: Angel Vera Portilla. **Correo electrónico:** angel.veraportilla218@gmail.com