

Absceso intraabdominal como tumor simulador

Intra-abdominal Abscess as a Simulating Tumor

Rodolfo Suárez Iznaga^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-8740-7644>

Dunia Piquet Cancio¹ <https://orcid.org/0000-0001-5318-0699>

¹Hospital Docente Clínico Quirúrgico Dr. Salvador Allende. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: rodolfoarez@infomed.sld.cu

RESUMEN

El absceso intraabdominal es una acumulación de pus en el abdomen que se encuentra rodeada de tejido inflamado y encapsulado. Los abscesos intraabdominales tienen una tasa de mortalidad del 10 al 40 %.

Se presentó una paciente de 68 años que acude a consulta refiriendo: decaimiento marcado, fiebre vespertina, pérdida de peso, dolor en fosa ilíaca izquierda con irradiación a hemiabdomen izquierdo y sintomatología urinaria de 5 meses de evolución.

Durante las investigaciones se detectan: anemia moderada, imagen de aspecto tumoral en zona de proyección de fosa ilíaca izquierda e infección urinaria. Mediante la tomografía axial computarizada de abdomen contrastado, se define presencia de tumor benigno sin afectar: la pared abdominal, ni el colón descendente y sigmoides. Durante el acto quirúrgico se diagnosticó absceso intraabdominal paracólico en fosa ilíaca izquierda. La paciente recibió tratamiento con antibióticos de amplio espectro. La evolución fue satisfactoria. El absceso intraabdominal es una enfermedad que debe diagnosticarse tempranamente para evitar complicaciones graves.

Palabras clave: absceso intraabdominal; imagen de aspecto tumoral.

ABSTRACT

Intra-abdominal abscess is a collection of pus in the abdomen that is surrounded by inflamed and encapsulated tissue. Intra-abdominal abscesses have a mortality rate of 10 to 40%. A 68-year-old patient is presented who comes to the clinic reporting: marked weakness, evening fever, weight loss, pain in the left iliac fossa with irradiation to the left hemiabdomen and urinary symptoms for 5 months. During the

investigations, moderate anemia, a tumor-like image in the projection area of the left iliac fossa, and urinary infection were detected. Using contrast-enhanced abdominal CT, the presence of a benign tumor is defined without affecting: the abdominal wall, nor the descending colon and sigmoid. During the surgical procedure, a diagnosis was made: paracolic intra-abdominal abscess in the left iliac fossa. The patient was treated with broad-spectrum antibiotics. The patient's evolution was satisfactory. Intra-abdominal abscess is an entity that must be diagnosed early to avoid severe complications.

Keywords: intra-abdominal abscess; tumor-like appearance image.

Recibido: 01/12/2024

Aceptado: 03/12/2024

Introducción

Un absceso intraabdominal es una acumulación localizada de pus dentro del abdomen, que se encuentra rodeado por una pared fibrosa o una cápsula de tejido de granulación. Por su origen se reconocen dos grandes grupos: los obtenidos en la comunidad y los posoperatorios.

Según su localización pueden ser intraperitoneales, viscerales y retroperitoneales y se inicia en forma extrahospitalaria e intrahospitalaria. Asimismo esta enfermedad, puede ser no complicada (limitada a un órgano) y complicada (difusa a todo el peritoneo o localizada en determinado sitio como el absceso intraabdominal). Los abscesos más frecuentes son: absceso subfrénicos, absceso subhepáticos, abscesos abdominales medios (anterasas, fosa ilíaca derecha, fosa ilíaca izquierda), abscesos pélvicos.^(1,2,3,4,5,6,7)

Esta infección puede originarse en cualquier órgano abdominal, como en el apéndice, el colon, el hígado, el páncreas, los ovarios, los riñones, el bazo o el útero. Las causas más comunes de los abscesos intraabdominales incluyen: apendicitis perforada, diverticulitis del colon, infección biliar, pancreatitis, perforación intestinal, trauma abdominal, cirugía abdominal previa e infecciones ginecológicas, como la enfermedad inflamatoria pélvica o las complicaciones posparto.^(1,5,8,9,10)

En algunos casos, los abscesos intraabdominales pueden ser causados por bacterias que se propagan desde otras partes del cuerpo, como una infección en la piel o en el tracto urinario. También hay ciertos factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar un absceso intraabdominal, como tener

más de 50 años, un sistema inmunológico debilitado, diabetes *mellitus*, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa y cáncer.^(7,8,10)

Los síntomas y signos que hacen sospechar de un absceso son la fiebre, generalmente vespertina, leucocitosis, anorexia y el descenso del peso. El examen físico ayuda a precisar la zona dolorosa del abdomen y/o una masa palpable. Esta, por su ubicación hace sospechar el sector anatómico afectado.^(2,3,4,5,10)

La infección intraabdominal constituye un frecuente y grave problema de salud, que exige un tratamiento complejo y multidisciplinario. Su morbilidad y mortalidad siguen siendo altas a pesar de los adelantos científico-técnicos obtenidos por la sociedad.⁽⁷⁾

En ocasiones, el paciente portador de un absceso intraabdominal acude a los servicios de salud con un cuadro clínico: atípico, solapado y que simula otras enfermedades. Pensar en este diagnóstico requiere pericia y trabajo en grupos multidisciplinarios.

Presentación de caso

Paciente femenina con motivo de ingreso decaimiento, de 68 años, fumadora durante 20 años, abandonó el tabaquismo a los 50 años. Presenta antecedentes patológicos personales de hipotiroidismo, hipertensión arterial, diabetes *mellitus*, glaucoma, hernia discal en espacio intervertebral L5-S1, traumatismos reiterados en columna lumbo-sacra asociados a caídas de la paciente, riñón poliquístico izquierdo con sepsis urinaria a repetición, acalasia.

Acude porque en los últimos 10 meses había perdido 60 libras. La paciente estaba presentando desde hacía 6 meses períodos de constipación de hasta 12 días, aunque sus heces fecales se mantenían moldeadas.

Refirió que conjuntamente con estos períodos de constipación, se manifestaba dolor en fosa lumbar izquierda con irradiación a hemiabdomen izquierdo. Hace 5 meses ha estado presentando decaimiento marcado, vértigos y sepsis urinarias a repetición, lo cual ha limitado sus actividades habituales. Además, desde 1 mes antes de la consulta, ha estado presentado orinas fétidas y turbias de forma intermitente. La paciente reportó que llevaba 8 días con fiebre vespertina, la cual cedía con la administración de antipirético.

En los exámenes físico positivo: la piel: persistencia de pliegue cutáneo y pálida; mucosa: ligeramente húmedas y pálidas; abdomen: globuloso, depresible, doloroso en hemiabdomen izquierdo. A la palpación se define masa tumoral que abarca flanco y fosa ilíaca izquierda de ± 8 cm x 10 cm, ligeramente movable,

dolorosa a la palpación, sistema genitourinario: punto pielorrenoureterales anteriores, superior y medio positivos; punto costo-vertebral y costo-muscular izquierdos positivos. Maniobra puño-percusión izquierda positivo. Resto sin alteración.

Estudios de cuerpo de guardia al ingreso: hemograma con diferencial: hemoglobina (7,0 g/L), hematócrito (0,21 /L), leucograma ($16,1 \times 10^9$ /L), linfocito (8,5 %), monocito (5,8 %), granulocitos (85,7 %). Parcial de orina: cituria: leucocitos - 15 000, cilindros-0 y hematíes-0. Radiografía de tórax: sin alteraciones. Radiografía de abdomen simple: sin alteraciones.

Se decide el ingreso de la paciente en Sala del Servicio de Medicina Interna con las siguientes impresiones diagnósticas:

- _ Pielonefritis aguda complicada por posible litiasis renal en riñón izquierdo poliquístico.
- _ Posible anemia grave asociada con cáncer de colon izquierdo.

Se inicia tratamiento con sulfaprim (480 mg) 2 ámpulas diluidas en 100 mL de NaCl 0,9 %, EV c/12 h por 10 días a pasar en 1 h.

Estudios en sala

Estudios sanguíneos: se mantuvo con hemoglobina entre 4g/L y 5g/L. Solo fue posible mejorar los valores de la hemoglobina con múltiples transfusiones de sangre. La leucocitosis a predominio de granulocitos fue persistente. La eritrosedimentación siempre fue superior a 100 mm/h. Los estudios de hemoquímica sanguínea se mantuvieron en el rango de los valores de referencia durante el ingreso hospitalario. Se tomaron muestras para 6 hemocultivos seriados, los cuales fueron negativos.

Urocultivo: No crecimiento bacteriano.

Ultrasonido abdominal: Imagen compleja en fosa ilíaca izquierda de aspecto tumoral; riñón izquierdo poliquístico; se sugiere realizar colonoscopia.

Rectosigmoidoscopia: sin alteración. Se sugiere continuar estudios mediante la colonoscopia.

TAC simple de abdomen: se observó hígado, bazo y páncreas de estructura conservadas. No lesiones focales, ni visceromegalia; riñón izquierdo con múltiples imágenes hipodensas, densidades líquidas (50 UH), redondeadas de aspecto poliquístico: la mayor mide 31 x 29 mm, no litiasis. No se visualiza parénquima renal; riñón derecho estructura normal; no dilatación de vías excretoras, ni litiasis;

en proyección de flanco izquierdo y fosa ilíaca izquierda se observó imagen hipodensa con densidades sólidas (32 - 40 UH), mide 51 x 62, se extiende desde el colon descendente a sigmoides de aspecto tumoral. La lesión impresiona ocluir casi totalmente la luz intestinal. Su centro está a 128 mm del borde anal. El resto sin alteración (fig.1).

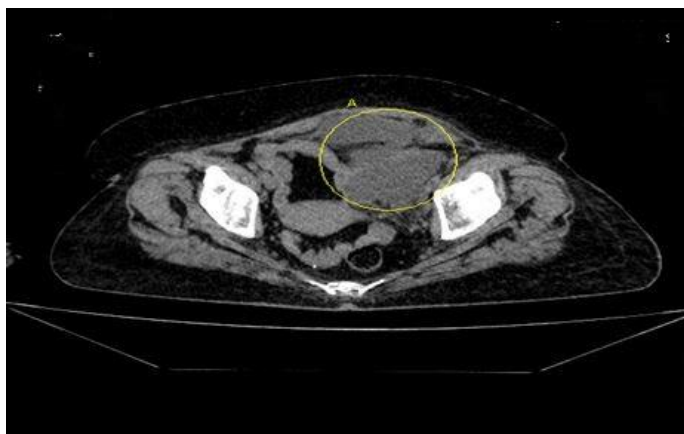


Fig.1- TAC de abdomen simple donde se observa masa tumoral en proyección de flanco izquierdo y fosa ilíaca izquierda.

Se concluye el estudio: lesión de aspecto tumoral en colon descendente y sigmoides; se sugiere la colonoscopia.

Colonoscopia: se visualizó la mucosa del fondo del ciego, la válvula íleocecal y el orificio apendicular, los cuales tienen caracteres normales. A los 45 cm de las márgenes del ano se observó estenosis, la cual por sus características impresiona ser extrínseca. En este tramo se dificulta el paso del equipo, aunque se logra vencer. La mucosa se observó, en algunas áreas, con pérdida del patrón vascular en el cual se toma muestra de esta zona para la biopsia.

Se concluye: colitis inespecífica; estenosis de colon por compresión extrínseca.

Se discute el caso en conjunto con especialistas de Medicina Interna, Gastroenterología y Cirugía. Se plantea; la posibilidad que la paciente sea portadora de un tumor de origen extrínseco al colon. El tumor pudiera estar provocando una estenosis del colon izquierdo. Se sugiere realizar TAC contrastado de abdomen.

Se constata en la sala de hospitalización que la paciente nuevamente presentaba una disminución de su hemoglobina a 4 g/L; no hay evidencia de signos de sangramiento digestivo; se le indican varias transfusiones de glóbulos rojos a la paciente.

TAC de abdomen contrastado con yodo: la lesión descrita en estudio de TAC de abdomen simple, en este estudio se visualiza bien definida. En fase arterial y venosa sus densidades son similares, no hay captación del contraste. Presencia de

imagen en proyección de flanco izquierdo y fosa ilíaca izquierda con densidades bajas (20-30UH), contornos regulares bien definidos. Además, se apreció que la imagen descrita presenta un halo hiperdenso, que limita la lesión con respecto a la pared abdominal y el colon (descendente y sigmoides). La lesión se alarga con medidas de 54 x 60 mm, conformando una interfase que ocupa un plano anterior. La lesión no infiltra estructuras vecinas.

No adenomegalias periaórticas, ni retroperitoneales. Se mantiene hidronefrosis de riñón izquierdo. Por las características de la lesión descrita impresiona un tumor intraabdominal de aspecto benigno (fig.2).

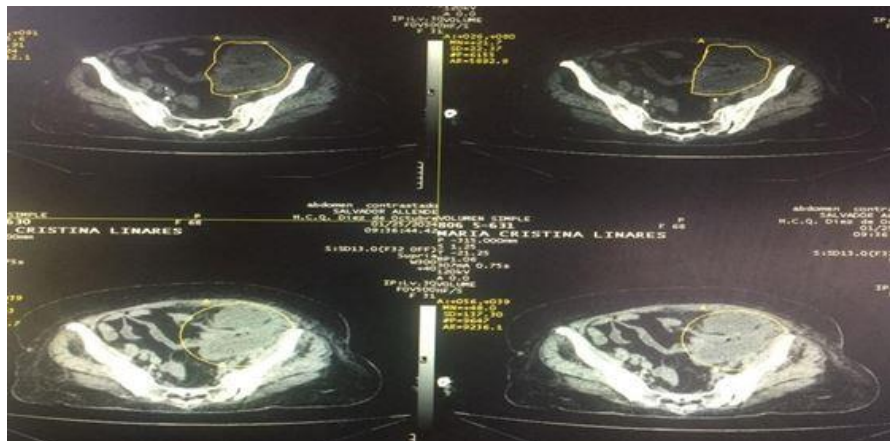


Fig. 2- TAC de abdomen contrastado con yodo donde se visualiza la imagen del tumor intraabdominal.

Se concluye que el tumor intraabdominal de aspecto benigno, no está relacionado con las estructuras intraabdominales. Los médicos de asistencia rediscuten el caso con los especialistas del Servicio de Cirugía. Se decide el traslado del Servicio de Medicina Interna al Servicio de Cirugía, para el tratamiento quirúrgico del tumor. Se valora la posibilidad de estar frente a un mesotelioma.

Se constata durante el acto quirúrgico la presencia de un absceso intraabdominal en fosa ilíaca izquierda paracólico.

Se concluye que la paciente es portadora de un absceso intraabdominal, el cual se le impuso tratamiento con: ceftriaxona 1bb EV c/12 h por 7 días; gentamicina 2 bb EV c/24 h por 7 días; metronidazol 1fco 0,5 % EV c/8 h por 7 días.

La paciente evolucionó satisfactoriamente, por lo que se le dio alta a los 10 días de operada. Se ha mantenido en seguimiento por la consulta externa de cirugía. El alta médica la recibió a los 6 meses de seguimiento, con recuperación total de su estado de salud, ni complicaciones posquirúrgicas.

Discusión

En los abscesos paracólicos, una de las causas más frecuentes son los originados en perforaciones colónicas por diverticulitis aguda junto con los originados en apendicitis aguda perforada. Cuando se trata de un absceso o sea que el proceso está localizado y bloqueado, el drenaje percutáneo es la indicación. En la cirugía convencional se realiza incisión mediana y solo está indicada cuando se trata de una peritonitis difusa o en aquellos casos en que el drenaje percutáneo fue insuficiente.⁽⁹⁾

El grupo multidisciplinario que atendió a la paciente, consideró que las causas más probables del absceso intraabdominal serían: los múltiples traumatismos en fosas lumbares y columna lumbosacra por las caídas de la paciente y/o las sepsis urinarias recurrentes asociadas a los riñones poliquísticos. Entre los factores de riesgo para desarrollar abscesos intraabdominales la paciente presentó antecedentes de diabetes *mellitus* y una edad superior a 50 años. Estas son causas y factores de riesgo recogidas en la literatura internacional.^(2,3,8)

El primer paso en el tratamiento es la estabilización del paciente (administración de fluidos, sondaje nasogástrico) y la antibioterapia intravenosa. El manejo efectivo depende de la localización exacta del absceso, la discriminación entre abscesos únicos o múltiples, el drenaje temprano y adecuado. Después del tratamiento, se considera que el absceso está resuelto cuando ya no hay evidencia clínica ni radiológica de la infección, y los síntomas asociados (dolor, inflamación o fiebre) han desaparecido.^(4,9,10)

La radiografía simple de abdomen y tórax son de interés en la evaluación del paciente. Ellas pueden inducir al diagnóstico, pero no sustituyen a la tomografía computarizada con contraste endovenoso y oral, el cual es el método de elección.⁽¹⁰⁾ En este paciente los estudios radiográficos no contribuyeron a definir diagnóstico, ni conducta. El TAC contrastado demostró ser un estudio definitorio.

La tomografía computarizada con contraste endovenoso y oral es el método de elección para el diagnóstico. Los abscesos se manifiestan por una imagen hipodensa y en algunos casos con niveles hidroaéreos; permite ubicarlos y ver las relaciones con otras vísceras a fin de definir la vía más conveniente para efectuar el drenaje.⁽⁶⁾

La sensibilidad de la tomografía computarizada en el diagnóstico de las colecciones abdominales se sitúa alrededor del 90 %. No se debe olvidar que el diagnóstico definitivo de absceso es clínico y la certeza lo da la obtención de líquido purulento al puncionar una cavidad.⁽⁶⁾

Lo interesante en el caso presentado, es que en un inicio se pensó en las posibilidades diagnósticas de pielonefritis aguda complicada y/o cáncer de colon izquierdo. Al final de las investigaciones, mediante el estudio de la TAC de abdomen contrastado, se comienza a valorar la posibilidad de un tumor benigno. Por la evolución de la paciente y los estudios obtenidos nunca se consideró el diagnóstico de absceso intraabdominal en fosa iliaca izquierdo paracólico. Esto fue un hallazgo durante el acto quirúrgico.

Las complicaciones de un absceso intraabdominal pueden variar desde leves y transitorias hasta graves y potencialmente mortales. Estas pueden afectar la recuperación y el resultado del paciente. La reaparición del absceso después de haber sido tratado y aparentemente resuelto, puede ocurrir debido a la persistencia de la infección original, la presencia de una fuente de infección persistente o la formación de un nuevo absceso relacionado.

En el contexto del tratamiento de abscesos intraabdominales, la mortalidad puede ocurrir debido a: complicaciones graves, infecciones no controladas, fallo orgánico u otras condiciones médicas subyacentes.^(5,8,9,10) En la paciente a pesar del prolongado tiempo de evolución, no hubo complicaciones, algo poco común.

Los abscesos intraabdominales tienen una tasa de mortalidad del 10 al 40 %. La evolución depende, principalmente, de la enfermedad o de la lesión primaria del paciente y de su estado médico general, más que de la localización y el carácter específicos del absceso.^(8,9,10)

El absceso intraadominal de fosa ilíaca izquierda paracólico, en esta paciente, simuló un tumor de colon por sus síntomas y evolución. Su tratamiento efectivo incluyó la cirugía y la antibioticoterapia. La paciente del estudio a pesar de tener varias comorbilidades y un prolongado tiempo de evolución, no tuvo complicaciones posquirúrgicas. Este resultado se pudo lograr porque la paciente recibió una atención de un grupo multidisciplinario de cirujanos, internista, imagenólogos y gastroenterólogos.

Referencias bibliográficas

1. Guerra Macías I. Clasificación de los abscesos intraabdominales. Carta al director. MEDISAN. 2014 [acceso 20/06/2024];18(7).
2. González Rodríguez FG. Protocolo de diagnóstico y tratamiento de los abscesos intraabdominales. Medicina - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2020;13(10):587-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.med.2020.06.008>

3. Umar MB. Intraabdominal Abscesses. Abscess Types, Causes and Treatment. IntechOpen. 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.1002902>
4. Mehta NY, Lotfollahzadeh S, Copelin EL. Abdominal abscess. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 3 June 2023 [acceso 15/06/2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519573/>
5. Ansari P. Intra-abdominal abscesses. In: Rahway NJ, editor. MSD Manual. Merck & Co; 2023. [acceso 13/08/2024]. Disponible: <https://www.msdmanuals.com/professional/gastrointestinal-disorders/acuteabdomen-and-surgical-gastroenterology/intra-abdominal-abscesses>
6. Sartelli M, Chichom-Mefire A, Labricciosa FM, Hardcastle T, Abu-Zidan FM, Adesunkanmi AK, *et al*. The management of intra-abdominal infections from a global perspective: 2017 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections. World J Emerg Surg. 2017 [acceso 13/08/2024];12(1):29. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13017-017-0141-6>
7. Zeynep Akcam F, Ceylan T, Kaya O, Ceylan E, Ridvan Tarhan O. Etiology, treatment options and prognosis of abdominal abscesses: A tertiary hospital experience. J Infect Dev Ctries. 2020;14(1):59-65. DOI: <https://doi.org/10.3855/jidc.11277>
8. Fortea-Sanchis C, Forcadell-Comes E, Escrig Sos J. Factores de riesgo para la aparición de abscesos intrabdominales tras la apendicectomía. Rev Cuban Cir. 2019 [acceso 13/08/2024];58(3). Disponible en: <https://revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/833/448>
9. Méchai F, Kolakowska A, Carbonnelle E, Bouchaud O, Tresallet C, Jaureguay F. Intra-abdominal abscesses: Microbiological epidemiology and empirical antibiotherapy. Infectious Diseases Now. 2023;53(1):104604. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.idnow.2022.08.005>
10. Lian L, Zhao Q, Shan Ma S, Xue B. Carta al editor Causas raras de absceso retroperitoneal: reporte de un caso. Revista asiática de cirugía. 2024;47(1):691-2. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2023.09.176>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.