

Absceso abdominal perigástrico: drenaje endoscópico transgástrico

Daniel Correa, Javier Sánchez Alipio, Javier Areta, Fabiana Miele, Oscar Sabas Otta

Resumen

El método de elección de los drenajes de los abscesos abdominales es el drenaje percutáneo; pero cuando esta vía se torna dificultosa o la ruta para su realización no es segura, el drenaje endoscópico puede ser una alternativa segura.

Se presenta un caso de drenaje de un absceso perigástrico, de difícil acceso percutáneo en una paciente de 48 años, que ingresa con fiebre y dolor abdominal generalizado de predominio en abdomen superior de dos días de evolución, acompañado de vómitos, taquicardia, palidez de piel y mucosas. Como antecedentes se destacaba una poliquistosis renal y hepática, siendo tratada ésta última con técnica de fenestración. En TC de abdomen con contraste se evidencia gran colección interpuesta entre colon transverso y estómago, dificultando su abordaje percutáneo.

La evaluación endoscópica muestra posibilidades de drenaje transgástrico mediante abordaje de su cara anterior. Se realiza punción con aguja de esclerosis extrayendo material purulento. Posteriormente se realiza apertura con bisturí y electrocauterio monopolar, ampliándose con papilotomo y se deja drenaje tipo *pig-tail* para lavados. La evolución clínica fue satisfactoria. Se realizan cavitografía y TC de control previa extracción de drenaje, procediéndose al alta hospitalaria a los 14 días post-procedimiento.

Palabras clave

Absceso perigástrico, drenaje percutáneo dificultoso, drenaje endoscópico transgástrico.

Summary

The method of choice for drainage of abdominal abscesses is, nowadays, percutaneous drainage; but when this route becomes difficult or it is not safe, the endoscopic drainage can be a safe alternative.

A case of drainage of a perigastric abscess in a 48-year-old patient is discussed. The patient clinically presented with fever and upper abdominal pain of two days of evolution, accompanied of vomiting, tachycardia, and skin and mucous paleness. The clinical history reported polycystic kidney and liver; being treated of the latest with fenestration technique. In CT of abdomen with contrast a big collection interposed between transverse colon and stomach is demonstrated, making hard its percutaneous drainage.

The endoscopic evaluation shows transgastric drainage possibilities in its anterior surface. Puncture is performed with sclerosis needle extracting all the purulent material. Later opening is realized with knife and monopolar electrocautery, being extended with papilotom and leaving a pig-tail drainage for lavage. The clinical evolution was satisfactory. Control cavitogram and CT were performed previous to drainage removal. The patient was discharged 14 days after the procedure.

Key words

Perigastric abscess, difficult percutaneous drainage, endoscopic transgastric drainage.

Introducción

Los abscesos abdominales son una de las principales complicaciones de la cirugía del abdomen y su tratamiento pasó por las diferentes etapas de la evolución de la cirugía, siendo actualmente resuelto en su mayoría mediante técnicas mínimamente invasivas, de las cuales el método de elección es la cirugía percutánea guiada por imagen (1-5). Existen escasos reportes de drenajes de abscesos abdominales guiados por vía endoscópica hacia una víscera hueca (6-10).

Caso clínico

Mujer de 48 años de edad que consulta por dolor abdominal y fiebre de dos días de evolución. Como antecedente de su enfermedad actual: fue operada hace 23 días de un quiste simple hepático sintomático de 18 cm de diámetro efectuándosele fenestración por videolaparoscopia, siendo portadora además de una poliquistosis hepática y renal, e insuficiencia renal crónica en diálisis desde hace 1 año.

Al examen físico se objetiva: fiebre de 39° C, frecuencia cardiaca de 94 pulsaciones por minuto, palidez de piel y mucosas; dolor generalizado a la palpación abdominal con predominio en hipocondrio derecho sin reacción peritoneal y a la auscultación, presencia de ruidos hidroaéreos.

Los datos de laboratorio son: hematocrito 28 %, hemoglobina 6,5 gr/dL, glóbulos blancos 21.500 cel/ml, neutrófilos 88 %. Se toman muestras para hemocultivo y urocultivo y se solicitan radiografías simples de tórax y abdomen, siendo la primera de aspecto normal y en la segunda muestra sensación de masa en cuadrante superior izquierdo del abdomen, con colapso de cavidad gástrica, quedando sólo un área longitudinal radiolúcida, aerocolia de colon derecho y asas de intestino delgado dilatadas (Fig.1). La ecografía abdominal muestra poliquistosis hepática y renal.

Con sospecha de foco infeccioso intrabdominal se inicia tratamiento empírico con antibioterapia (ciprofloxacino + ornidazol), siendo transfundida con 2 unidades de sangre. En la TC abdominal (Fig. 2) se observa una colección homogénea de 15x17x8 cm, volumen estimado de 780 cc en situación retrocólica, que desplaza y comprime la luz gástrica, constatándose en el hemocultivos gérmenes Gram negativos.

Evaluada la TC abdominal se considera carencia de una ventana segura para el drenaje percutáneo dada la ubicación retrocolónica de la colección. Se decide realizar una endoscopia digestiva alta para valorar la posibilidad de drenaje por esta vía. En la endoscopia se aprecia el abombamiento de pared anterior de cuerpo gástrico, con desaparición de pliegues y sin signos de infiltración mucosa (Fig. 3).

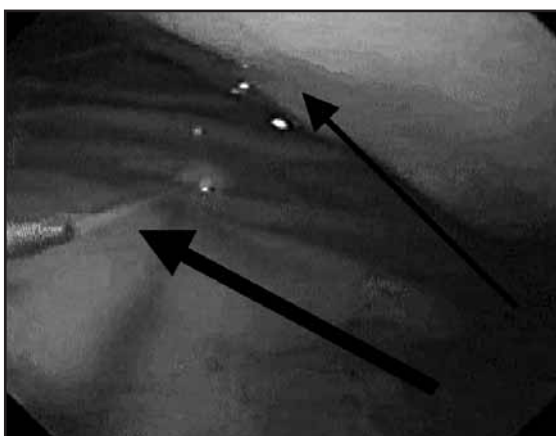


Figura 1. Radiografía de abdomen en bipesdestación muestra estómago colapsado quedando columna aérea en toda su longitud (flecha).

Figura 2. TC abdominal mostrando gran colección con refuerzo periférico interpuesto entre el colon transverso (flecha fina) y el estómago (flecha gruesa), el cual está colapsado en toda su extensión.

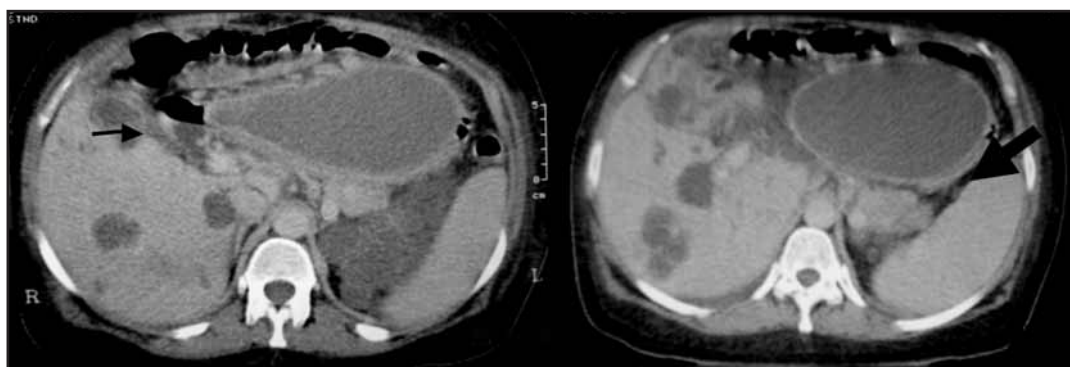


Figura 3. Abombamiento pared anterior (flecha fina) y material aspirado por punción transendoscópica (flecha gruesa).

I

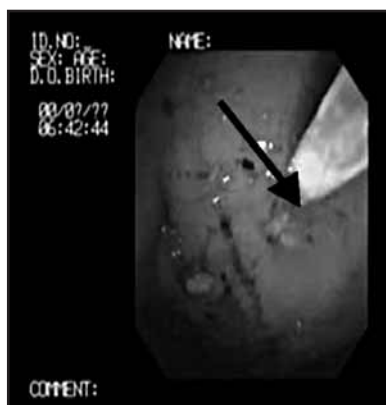


Figura 4. Apertura de pared gástrica con bisturí (flecha).



Figura 5. Características de material evacuado.



Figura 6. Ingreso de catéter.

Técnica

Con aguja de esclerosis 23G se realiza punción sobre el área más prominente de la pared anterior del estómago, obteniéndose material purulento; luego con cuchilla de precorte de papilotomía se comienza a realizar apertura utilizando corte y coagulación monopolar (Fig.4). Se accede a la cavidad y se amplía la apertura con papilotomo hasta un centímetro de diámetro; a través del canal del mismo se coloca alambre guía de 0.035". Evacuado todo el contenido posible (Fig.5), se coloca catéter de drenaje *pig-tail* tipo nasobiliar de 7,5 F con la asistencia de la guía instalada (Fig.6), realizándose en los días siguientes lavados diarios con solución fisiológica a baja presión.

La paciente presenta remisión del cuadro febril a las 48 h post-drenaje y habiendo remitido la leucocitosis, se realiza radiografía simple de abdomen con incidencia anteroposterior apreciando ampliación de la cavidad gástrica (con mayor contenido aéreo) estando el extremo del catéter *pig-tail* paralelo a la curvatura menor. En el estudio radiológico con contraste a través del catéter, se obtuvo el relleno de la cavidad residual del absceso con posterior reflujo de contraste hacia el estómago (Fig. 7).

El hemocultivo fue positivo frente a *Pseudomonas aeruginosa* y el cultivo del contenido del absceso fue positivo para *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus*.

A los 7 días post-drenaje se solicita TC de abdomen de control (Fig. 8), observándose colapso de cavidad del absceso. Se extrae el drenaje al 11° día de su colocación y se completa antibioterapia, otorgándole el alta al 14° día.

Discusión

Hoy en día las alternativas de los drenajes de los abscesos abdominales son varias, y dentro del abordaje mínimamente invasivo, el drenaje percutáneo es el método estándar establecido sin discusión y su efectividad está bien documentada en múltiples estudios

retrospectivos y prospectivos (1, 5, 11); pero a veces la ubicación de la colección es compleja dentro del abdomen, por estar rodeada de órganos que no pueden ser atravesados o porque la ruta para el drenaje percutáneo no es segura o es dificultosa, siendo éste abordaje no factible. En ciertas circunstancias y de acuerdo a la localización de la colección puede plantearse entonces el abordaje mínimamente invasivo de las mismas a través de una vía endoscópica como alternativa. La mayor experiencia en este sentido ha sido establecida en el drenaje de los pseudoquistes y las colecciones pancreáticas (12, 13, 14). Es así que guiados por nuestra experiencia previa en el drenaje de este tipo de colecciones y frente a la circunstancia planteada de difícil accesibilidad por vía percutánea en el presente caso, decidimos emplear dicha vía.

Siguiendo la experiencia de los drenajes de los pseudoquistes pancreáticos, en la cavidad de la lesión recomendamos dejar un catéter tipo *pig-tail* para realizar lavados periódicos con el objetivo de remover detritus o aplicar fibrinolíticos en las colecciones complejas (11) y además nos sirve para realizar cavitogramas y evaluar la cavidad residual del absceso. No creemos necesarios cerrar la apertura de la pared gástrica con clips, porque cuando se extrae el catéter el trayecto o comunicación entre las dos cavidades (absceso y gástrica) ya está establecido y servirá para seguir drenando hacia la luz de la víscera hueca, evitando de esta manera la formación de una nueva colección o recidiva de la misma.

Siguiendo la línea de la mínima invasión, la cirugía a través de orificios naturales (NOTES) sigue desarrollándose; y cada vez, aparecen más publicaciones de cirugías como colecistomías, apendicectomías con resultados alentadores. Lo que hicimos con nuestra paciente es una cirugía a través de un orificio natural, por lo que creemos que hoy en día, prácticamente todos los abscesos y/o colecciones abdominales se pueden resolver con la mínima agresión, inclusive sin incisiones en la piel.

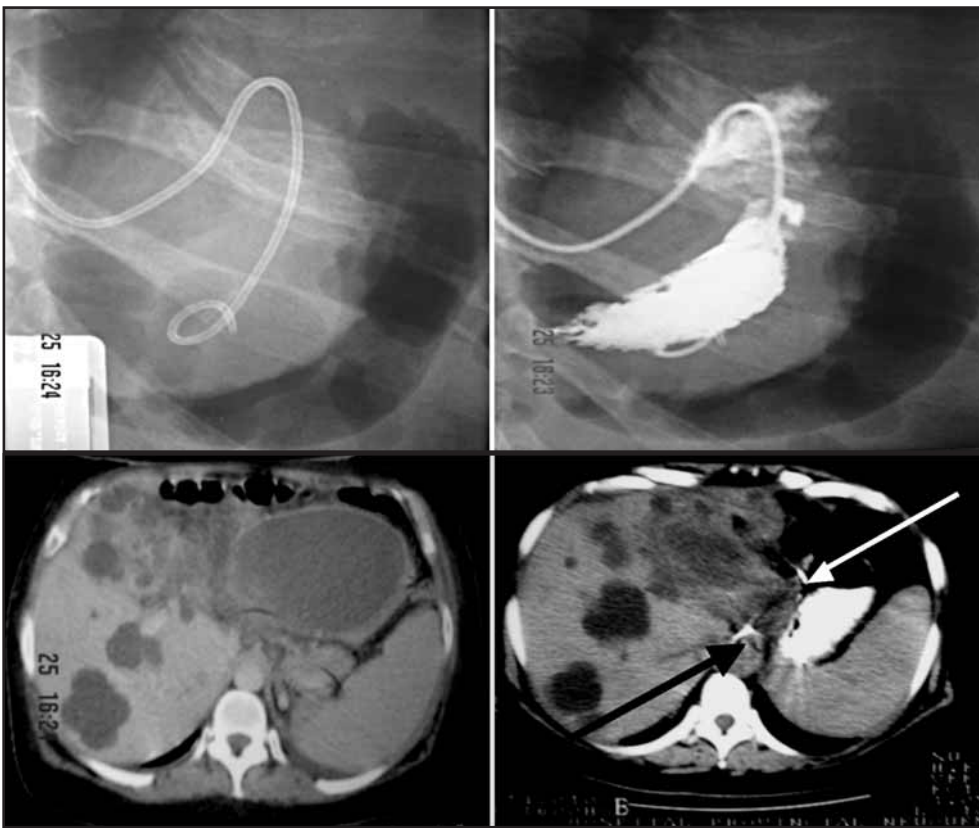


Figura 7.
a) Radiografía simple mostrando catéter y cavidad gástrica, b) Cavitograma.

Figura 8.
a) TC pre-drenaje, b) TC post-drenaje; Catéter atravesando pared gástrica (flecha blanca) y su ingreso en cavidad del absceso (flecha negra).

Referencias Bibliográficas

1. Álvarez Rodríguez J. Procedimientos invasivos no quirúrgicos en patología abdominal aguda. Relato Oficial de la AAC, 1995.
2. Lambiase RE, Deyoe L, Cronan JT, et al. Percutaneous drainage of 335 consecutive abscesses: results of primary drainage with one-year follow-up. *Radiology* 1992; 184: 167.
3. Hemming A, Davis NL, Robins RE. Surgical versus percutaneous drainage of intra-abdominal abscesses. *Am J Surg* 1991;161: 593-5.
4. Gerzof SG, Robbins AH, Johnson WC, Birkett DH, Nabseth, DC. Percutaneous catheter drainage of abdominal abscesses: a 5 year experience. *N Engl J Med* 1998;305:653-7.
5. Giménez ME. Drenaje percutáneo de las colecciones abdominales. En: Programa de actualización en cirugía, Tercer Ciclo, Módulo I, Panamericana, 1999. p. 59-90.
6. Goulet CJ. Endoscopy transgastric drainage of a subphrenic abscess. 2007;65(4). Brief report.
7. Lee DH, Cash BD, Womeldorph CM, Horwhat JD. Endoscopic therapy of a splenic abscess: definitive treatment via EUS-guided transgastric drainage. *Gastrointest Endosc* 2006; 64(4):631-4.
8. Saftoiu A, Iordache S, Popescu C, Ciurea T. Endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration used for the diagnosis of a retroperitoneal abscess. A case report. *J Gastrointest Liver Dis* 2006; 15(3):283-287.
9. Berthold G, Wanzar I, Jünemann K. Therapeutic strategy of transgastral stenting in retrogastral abscesses. *Zentralbl Chir* 2002; 127(5): 457-9.
10. Seewald S, Brand B, Omar S et al. EUS-guided drainage of subphrenic abscess. *Gastrointest Endosc* 2004; 59: 578-580.
11. De Gregorio MA, Miguelena JM, Medrano J. Drenaje de colecciones abscesificadas abdominales. Ventajas del uso de fibrinolíticos. *Cirugía Española* 2005; 77(6):115-120.
12. Messmann H, Holstege A, Leser HG, Zirngibl H, Gmeinwieser J, Schomerich J. Endoscopic drainage of a pancreatic abscess with a transduodenal naso-pancreatic catheter. *Endoscopy* 1995;27:466.
13. Binmoeller KF, Walter A, Seifert H, Soehendra N. Endoscopic therapy for pancreatic abscess. *Gastrointest Endosc*. 1995 Sep;42(3):273-5.
14. McClave SH, McAllister EW, Karl RC, Nord HJ. Pancreatic abscess: ten-year experience at the University of South Florida. *Am J Gastroenterol*. 1986 Mar;81(3):180-4.