

APENDICITIS RETROCECAL COMPLICADA EN UNA ADOLESCENTE

COMPLICATED RETROCECAL APPENDICITIS IN AN ADOLESCENT

Carlos Ariel Sosa Martínez^{1*}, Fátima Del Rosario Coronel Soler¹, Bruno Paulino Cabral Delvalle¹

RESUMEN

La apendicitis aguda sigue siendo una patología frecuente en la urgencia de cirugía, y muchas veces, es de difícil diagnóstico. Se reporta el caso de una joven, con apendicitis aguda complicada con fascitis necrotizante.

Palabras claves: apendicitis aguda, fascitis necrotizante.

ABSTRACT

Acute appendicitis continues to be a frequent pathology in the emergency of surgery, and many times, it is difficult to diagnose. The case of a young woman with acute appendicitis complicated with necrotizing fasciitis is reported.

Key words: acute appendicitis, necrotizing fasciitis

INTRODUCCIÓN

La apendicitis es la inflamación aguda del apéndice cecal y una de las causas más frecuentes de cirugía abdominal urgente. Existen muchos casos en que la apendicitis tiene una presentación atípica. El índice de mortalidad puede verse incrementado en los casos complicados. La infrecuencia de apendicitis complicada que lleva a una fascitis necrotizante de desenlace fatal hace que el reporte de este caso sea muy interesante.

¹ Estudiante. Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina. Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad Privada del Este. Sede Pdte. Franco

*Autor de correspondencia: Carlos Ariel Sosa Martínez – Dirección: Avda. Ñe'embucú esq. Ca'azapá, Pdte Franco
E-mail: arielsosa1996@gmail.com

Fecha de recepción: 06-01-2021. Fecha de aceptación: 05-07-2021

REPORTE DE CASO

Paciente femenino, de 15 años, con cuadro de dolor abdominal difuso, más acentuado en región periumbilical, de 4 días de evolución, por lo cual fue medicada con infusiones caseras y medicación no especificada. Tras no mejorar a las 24 hs acude a facultativo y queda internada. Refiere sensación febril no graduada y tumor en región vulvar y muslo derecho, se drena sin mejoría del cuadro (Fig. 1 y 2). En TAC de abdomen (Fig. 3) se constata colecciones e infiltrado a retroperitoneo, espacio prevesical de Retzius y muslo, por lo cual se realiza laparotomía exploradora constatando absceso retrocecal con apéndice de base digerida sin fuga evidenciable. Se realiza drenaje de colección purulenta fecaloidea de pelvis y parietocólico derecho, con drenaje tubular exteriorizado en FID, se procede a necrosectomía de piel y de pared abdominal de Flanco Derecho, FID y pubis, región inguinocrural y tercio proximal cara interna del muslo lado derecho, finalizando con abdomen abierto contenido por compresas y bolsa de Bogotá. (Fig. 4 -6) Mal estado general por el cuadro septico posteriormente ingresa a UTI intubada, sedada, con ARM, hemodinamia inestable con tendencia a hipotensión.

Se realizan lavados de abdomen y se coloca sistema de aspiración cerrado (SIVACO) con buena evolución al inicio de los procedimientos. Luego el cuadro infeccioso progresa con marcada inestabilidad hemodinámica que no responde a expansiones ni a drogas vasoactivas, falleciendo la paciente en cuidados intensivos a los 30 días del postoperatorio.



Fig. 1: Lesiones necróticas y flictenas en la raíz y tercio superior del miembro inferior derecho.



Fig. 2: TAC de tórax donde se observa derrame pleural bilateral.



Fig. 3: TAC de abdomen con neumoperitoneo a nivel de fosa iliaca derecha y región inguinal



Fig. 4: Tejido necrótico, fascia y tejido celular con necrosis. (Incisión por fuera del labio mayor).



Fig. 5: Abdomen abierto, no contenido- Asas ileales expuestas por lavado abdominal y lavado del tercio superior del muslo derecho.



Fig. 6: Tercio superior del muslo derecho post-desbridamiento: Tejido muscular con granulación excipiente. Buena vascularización-fácil sangrado.

DISCUSIÓN – CONCLUSIÓN

La apendicitis aguda perforada que desencadena una infección necrotizante de partes blandas es una afección rara, la misma ocurre a partir de la perforación apendicular a tejidos de pared abdominal, siguiendo un curso rápidamente progresivo. La frecuencia de la perforación apendicular está directamente relacionada con el retraso diagnóstico, y por ende la falta de tratamiento oportuno, este retraso puede ser responsabilidad del paciente o del médico. Habitualmente el diagnóstico se retrasa dada lo inusual de esta complicación.

Requiere tratamiento quirúrgico urgente, con desbridamiento agresivo y antibioticoterapia de amplio espectro. El manejo de esta patología que puede tener consecuencias letales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carlos Ocampo. Apendicitis Aguda. En: Cirugía de Michans. Ferraína P, Oria A. 5° edición. Buenos Aires: El Ateneo; 2008. P. 806-815.
2. Motta-Ramírez GA, Méndez-Colín E, Martínez-Utrera MJ, Bastida-Alquicira J, Aragón-Flores M, Garrido Sánchez GA, Meza-Robles JE. Apendicitis atípica en adultos: Anales de Radiología México 2014; 13:143-165.
3. Sanabria, A; Domínguez LC; Vega V; Osorio C; Serna A; Bermúdez C. Tiempo de evolución de la apendicitis y riesgo de perforación: Revista Colombiana de Cirugía, vol. 28, núm. 1, enero- marzo, 2012, pp. 24-30