



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## V-070 - TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE INFECCIÓN ABDOMINAL COMPLICADA

Otegi, Ibai; Sainz, Beatriz; Palomo, Alberto; Chaveli, Carlos; de Miguel, Mario; Esquiroz, Irene; Goikoetxea, Andrea; Mateo, Janire  
Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

### Resumen

**Introducción:** Presentamos dos casos de pacientes con infección abdominal complicada en forma de abscesos en los que se realiza un drenaje por vía laparoscópica.

**Casos clínicos:** Caso 1: mujer de 68 años con antecedentes médicos de HTA, obesidad, diabetes y dos episodios previos de diverticulitis aguda no complicada. Intervenida de apendicitomía, ooforectomía derecha, Nissen y úlcera duodenal por laparotomía media. Diagnosticada y tratada de forma ambulatoria de episodio de diverticulitis aguda no complicada. A los 10 días de acude a Urgencias por aumento de dolor abdominal y fiebre de 38 °C. Presenta datos de SIRS (fiebre, taquicardia y leucocitosis) con irritación peritoneal en los cuadrantes inferiores del abdomen. Se realiza TC abdominal hallando engrosamiento mural de 6 cm de sigma en relación con diverticulitis, una colección con nivel hidroaéreo y capsula realizada (absceso) situada en la línea media del mesenterio de 5 × 7 × 11 cm. Se desestima drenaje del absceso por punción radioguiada por interposición de asas intestinales. Se opta por tratamiento quirúrgico urgente realizando un abordaje laparoscópico. Se colocan tres trócares y se objetiva un plastrón formado por epiplón y asas de intestino delgado y peritonitis purulenta. Se realiza adhesiolisis y se accede al absceso en la raíz mesentérica del colon sigmoide. Se obtienen muestras para cultivo, se realiza lavado de la cavidad peritoneal y se coloca drenaje de tipo Blake en el absceso. En el cultivo del pus se obtuvo; *Escherichia coli*, *Enterobacter asburiae*, *Candida albicans* y *Streptococcus oralis*. La paciente fue tratada en el postoperatorio con nutrición parenteral total y antibioterapia intravenosa de amplio espectro durante 15 días presentando buena evolución clínica. En el control radiológico realizado previo al alta se objetiva desaparición completa del absceso intraabdominal. Caso 2: varón de 48 años sin antecedentes de interés que acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal de diez días de evolución, localizado en fosa ilíaca derecha, acompañado de fiebre. La analítica muestra una leucocitosis marcada (22.000) con elevación de los reactantes de fase aguda (PCR 192; PCT 6,54). Se realiza TC abdominal en el que se observa un absceso de 11 × 4 × 4 cm en fosa ilíaca derecha, de probable origen apendicular. Ante la imposibilidad de drenar dicho absceso de forma percutánea (por falta de acceso) se decide drenaje por vía laparoscópica. Se colocan tres trócares para abordaje de fosa ilíaca derecha encontrando un gran absceso retrocecal, sin poder localizar el apéndice. Se realizan lavados abundantes y se coloca un drenaje tipo Jackson-Pratt. La evolución postoperatoria del paciente es favorable con resolución clínica y radiológica del cuadro, siendo dado de alta hospitalaria el décimo día postoperatorio.

**Discusión:** El tratamiento de la infección intraabdominal complicada por vía laparoscópica es factible y seguro, tratándose de una herramienta excepcionalmente útil para el drenaje de colecciones intraabdominales no accesibles por vía percutánea.