



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-691 - COLECCIÓN NECRÓTICA RETROPERITONEAL POSAPENDICECTOMÍA: UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE

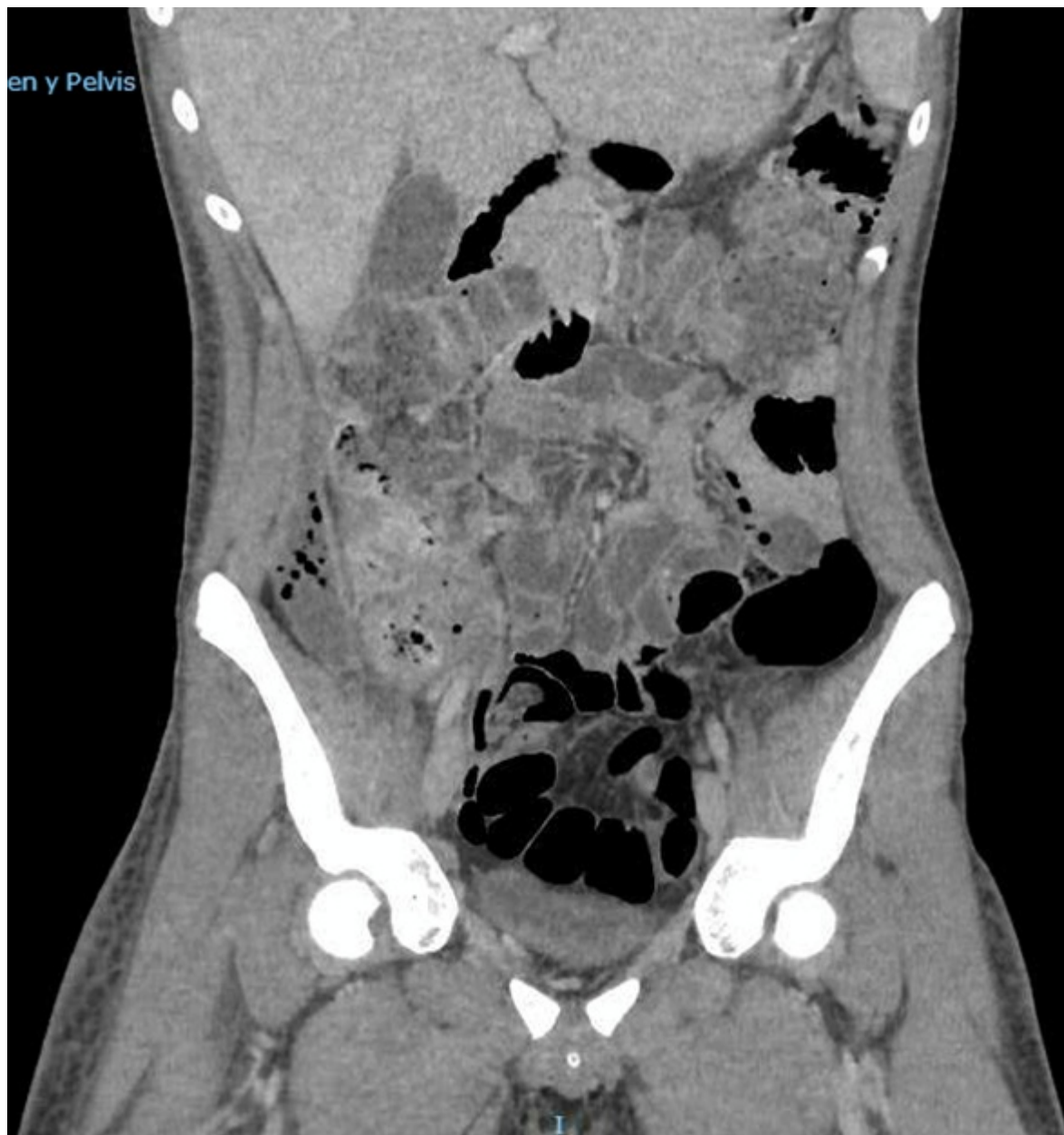
Bonilla Cózar, Miguel Ángel; Fernández Holgado, Cristina; Soler Frías, Joan R; Perea del Pozo, Eduardo; Martínez Casas, Isidro; Durán Muñoz-Cruzado, Virginia; Pareja Ciuró, Felipe

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: La apendicitis aguda (AA) es una de las patologías abdominales más frecuentes, con una incidencia del 10% en la población general, y mayor prevalencia entre los 10 y 30 años. El tratamiento, principalmente quirúrgico, y el manejo precoz mejora el pronóstico. Las complicaciones posapendicectomía prevalecen en ancianos, comórbidos, inmunodeficientes o en AA complicada. Entre ellas, destacamos la infección del sitio quirúrgico (1,2-20%) y la intraabdominal (2-30%). Otras menos frecuentes son la obstrucción intestinal (2,8%), sepsis (0,43%) o infección por *C. difficile* (0,35%).

Caso clínico: Varón de 15 años que acude a Urgencias en múltiples ocasiones por dolor abdominal asociado a fiebre. No es hasta el quinto día de inicio de la clínica cuando es diagnosticado de AA, siendo posteriormente intervenido mediante apendicectomía laparoscópica sin incidencias, con alta a las 24 horas. Al cuarto día posoperatorio, desarrolla un cuadro febril y orquialgia derecha, sugestivo de funículo-epididimitis complicada con piocele. A pesar de drenaje quirúrgico y antibioterapia intravenosa, presenta una evolución tórpida con signos de infección necrotizante. Se realiza una tomografía computarizada urgente donde se evidencia una importante colección necrotizante retroperitoneal que abarca desde región suprarrenal hasta la bolsa escrotal derecha, con afectación muscular asociada (fig.), precisando dos intervenciones, y realizándose desbridamiento de partes blandas a nivel escrotal y lavado más drenaje retroperitoneal. Tras resolución del cuadro infeccioso por *E. coli* multisensible y *S. anginosus*, presenta evolución favorable. No obstante, el defecto de partes blandas es tal que no es subsidiario de cierre por segunda intención (fig.). Se coordina el cierre con cirugía plástica, realizándose cobertura mediante colgajo de avance escrotal en el 33.º día posoperatorio. Posteriormente, es dado de alta con tratamiento antibiótico oral. En la revisión poshospitalización se verifica adecuada evolución.



Discusión: La colección necrótica retroperitoneal y la fascitis necrotizante posapendicectomía son complicaciones infrecuentes ($< 0,02\%$) pero graves. Factores como la fragilidad del paciente, la perforación apendicular y el retraso terapéutico pueden provocar una destrucción rápida de los tejidos blandos y retroperitoneo, conllevando una emergencia quirúrgica. El diagnóstico precoz basado en la sospecha clínica y la confirmación tomográfica con la presencia de aire retroperitoneal son claves. El tratamiento requiere un manejo multidisciplinar que incluye desbridamiento quirúrgico precoz agresivo, antibióticos de amplio espectro, medidas de soporte, siendo fundamental un manejo proactivo y temprano, así como revisiones quirúrgicas planificadas y coordinadas para mejorar el pronóstico, como recomiendan las guías World Society of Emergency Surgery (WSES), Surgical Infection Society Europe (SIS-E) o Surgical Infection Society America (SIS-A).