

CASOS CLÍNICOS

Drenaje y aspiración asistidos por imagen: alternativas conservadoras frente a cirugía en los abscesos pélvicos

V. Zornoza-García, A. Luengo-Tabernero, A. Fernández-Corona, M. Suárez-Mayor y C. González-García

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo asistencial de León. León. España.

ABSTRACT

A possible complication after surgery is infection. An abscess is an infection localized in the surgical site. We present the case of a patient who was diagnosed with bilateral abscesses in the lymphadenectomy area, around the iliac vessels. Administration of wide spectrum intravenous antibiotics produced no response and image-guided aspiration was performed. This technique proved successful in the treatment of our patient, avoiding the need for open surgery.

The major advances achieved in imaging techniques have aided progress in interventional radiology. The combination of gynecology and radiology could provide effective and relatively non-invasive treatments, which were unthinkable until a few years ago.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la formación de un absceso es de fácil diagnóstico gracias al desarrollo de las técnicas de imagen. El tratamiento no está protocolizado y, teniendo en cuenta la clínica del paciente, será posible optar por una opción médica, quirúrgica o intermedia entre éstas, el drenaje y la aspiración guiados por imagen, ambos asociados al tratamiento antibiótico.

CASO CLÍNICO

Mujer de 48 años, diagnosticada de carcinoma de endometrio e intervenida por vía vaginal de histerec-tomía con doble anexectomía asistida por laparoscopia. Se realizó muestreo ganglionar bilateral de las cadenas ilíacas comunes, internas, externas y obtura-

trices. Como antecedentes, sólo se encontró un leve descenso en la actividad de protrombina, secundario a déficit de factor VII.

El tercer día postintervención la temperatura ascendió a 38,2 °C, con un hemograma de control, sedimento de orina y exploración vaginal normales. Se solicitó radiografía torácica, ecografía vaginal, nuevo sedimento de orina, hemograma, pruebas de coagulación y hemocultivos, y ante la normalidad de todas las pruebas, se inició empíricamente el tratamiento con antibióticos intravenosos: clindamicina 600 mg/6 h y gentamicina 80 mg/8 h.

Al quinto día la paciente presentó abdominalgia difusa y continuó con temperaturas entre 37,6 y 38 °C. La ecografía abdominal resultó normal, la bioquímica mostró elevación leve de las transaminasas y la tomografía computarizada (TC) abdominopélvica reveló una colección pélvica bilateral con abundante gas, compatible con absceso bilateral, posterior a los vasos ilíacos externos, en el lado derecho, de 4,5 × 3,5 cm y en el lado izquierdo, de 4 × 3,5 cm (fig. 1).

Ante la persistencia de esta situación clínica, después de 2 semanas de tratamiento antibiótico con clindamicina, gentamicina y ampicilina, se decidió drenar bajo control radiológico.

Tras la aspiración de los abscesos guiada por TC se objetivó una franca y pronta mejoría clínica, manteniéndose la paciente apirética los 5 días que continuó hospitalizada.

DISCUSIÓN

El abordaje terapéutico de los abscesos posquirúrgicos no ha sido un tema tan estudiado en ginecología como pueda serlo en cirugía general¹. Tenemos experiencia en el tratamiento de abscesos tubáricos, en la enfermedad pélvica inflamatoria², pero hay escasa bibliografía acerca de los abscesos producidos como consecuencia de una intervención.

Aceptado para su publicación el 18 de enero de 2007.



Fig. 1. Tomografía computarizada: colección pelviana bilateral.

La formación de una colección infectada es una complicación posible de cualquier cirugía. En nuestro caso se produjo en estructuras profundas de difícil acceso, como son las fosas ilíacas en las regiones de la linfadenectomía. En estas ocasiones comenzamos a trabajar conjuntamente con otros profesionales, como los radiólogos intervencionistas³.

McFadzean et al, en 1953, publicaron el tratamiento de varios abscesos piógenos de hígado mediante aspiración cerrada y antibióticos⁴. Pero hasta los años ochenta la opción más utilizada era el tratamiento antibiótico, único o combinado con la cirugía abierta. Es a partir de entonces cuando comenzó a realizarse con más frecuencia el drenaje de estas colecciones sustituyendo así el bisturí por las agujas y los trócares^{3,5}.

En las últimas 2 décadas se ha observado un gran avance en las técnicas de imagen, como la ecografía, la TC y la resonancia magnética, lo que permite el diagnóstico y localización de las colecciones^{1,3,6}.

Según el tamaño y la localización del absceso, hay varias opciones⁷:

A. Punción o «trócar», para colecciones grandes y superficiales.

– Trócar simple: se introduce el catéter con su cánula metálica y estilete hasta la colección.

– Tándem-trocar: se punciona la colección con una aguja localizadora y después se introduce el catéter en paralelo.

B. *Seldinger*, para colecciones de acceso más difícil: se inserta una aguja hueca en la cavidad del absceso y se coloca una guía metálica a su través, después se retira la aguja y se coloca el catéter sobre la guía hasta llegar al absceso. Esta técnica permite utilizar dilatadores para facilitar el drenaje.

Dentro de estos procedimientos, según el volumen del absceso, hay 2 posibilidades^{3,8}:

– Aspirar toda la colección y retirar el catéter en único tiempo.

– Dejar un drenaje para que en los días sucesivos se consiga eliminar todo el contenido.

Algunos autores proponen como límite los 3 cm, aconsejando dejar el drenaje si es de mayor tamaño⁹. Si la colección presenta tal viscosidad que resulta difícil su aspiración, se puede introducir en ella agentes fibrinolíticos que resuelvan el problema^{4,6}.

Estas técnicas son asistidas por imagen, siendo las más utilizadas la ecografía y la TC, lo que permite evitar la lesión de estructuras próximas. Son realizadas por ginecólogos o radiólogos intervencionistas^{3,7}.

Las complicaciones de la aspiración y el drenaje asistidos por imagen son infrecuentes si se realiza por personal experto, las más frecuentes son el dolor en la zona de punción, la hemorragia y la mala posición del catéter¹⁰.

Se ha comprobado una mayor eficacia en el tratamiento combinando el drenaje-aspiración con los antibióticos previos, durante y posteriores a la intervención^{6,9,11}.

En cuanto al tratamiento antibiótico exclusivo, para ser eficaz, debe tener una importante actividad bactericida y buena penetración en los tejidos. El contenido anaerobio en la colección, un pH bajo y una importante estructura proteínica son factores de mala respuesta^{7,11}. Se ha descrito que el tratamiento único con antibiótico ha sido suficiente en abscesos < 6,5 cm, siempre y cuando el paciente no presente una temperatura > 38,5 °C¹².

Estas infecciones suelen ser polimicrobianas, y los patógenos más comúnmente encontrados son *Escherichia coli* y *Bacteroides fragilis*. Por ello han de administrarse al paciente antibióticos de amplio espectro por vía intravenosa. Varias alternativas podrían incluir: ampicilina, gentamicina y metronida-

zol; piperacilina y tazobactam, e imipenem y cilastatina¹³.

RESUMEN

Una posible complicación después de cualquier cirugía es la infección, y el absceso es una forma de infección localizada en el lugar donde se ha trabajado. En el caso que se presenta la paciente fue diagnosticada de abscesos bilaterales en las regiones de las linfadenectomías de los vasos ilíacos. La administración de antibióticos intravenosos de amplio espectro no halló respuesta y se optó por la aspiración guiada por imagen, que consiguió una rápida mejoría de la paciente, evitando someterla a cirugía. Los grandes avances en las técnicas de imagen han facilitado el progreso en radiología intervencionista, y trabajando conjuntamente ginecólogos y radiólogos se podrá optar a tratamientos eficaces y poco invasivos que hasta hace unos años eran impensables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bufalari A, Giustozzi G, Moggi L. Postoperative intraabdominal abscesses: percutaneous versus surgical treatment. *Acta Chir Belg*. 1996;96:197-200.
2. O'Neill M, Rafferty E, Lee S, Arellano R, Gervais D, Hahn PF, et al. Transvaginal interventional procedures: aspiration, biopsy, and catheter drainage. *Radiographics*. 2001;21:657-72.
3. Jaffe T, Nelson R, DeLong D, Paulson E. Practice patterns in percutaneous image-guided intraabdominal abscess drainage: survey of academic and private practice center. *Radiology*. 2004;233:750-6.
4. Gregorio M, Miguelena J, Medrano J. Drenaje de colecciones abscesificadas abdominales. Ventajas del uso de fibrinolíticos. *Cir Esp*. 2005;77:315-20.
5. Scanlan K, Propeck P, Lee F. Invasive procedures in the female pelvis: value of transabdominal, endovaginal, and endorectal US guidance. *Radiographics*. 2001;21:491-506.
6. Maher M, Gervais D, Kalra M, Lucey B, Sahani D, Arellano R, et al. The inaccessible or undrainable abscess: how to drain it. *RadioGraphics*. 2004;24:717-35.
7. Gervais D, Brown S, Connolly S, Brec S, Harisinghani M, Mueller P. Percutaneous imaging-guided abdominal and pelvic abscess drainage in children. *RadioGraphics*. 2004;24:737-54.
8. Wroblecka JT, Kuligowska E. One-step needle aspiration and lavage for the treatment of abdominal and pelvic abscesses. *AJR Am J Roentgenol*. 1998;170:1197-203.
9. Cahill A, Baskin K, Kaye R, Fitz C, Towbin R. Transgluteal approach for draining pelvic fluid collections in pediatric patients. *Radiology*. 2005;234:893-8.
10. Harisinghani M, Gervais D, Hahn P, Cho C, Jhaveri K, Varghese J, et al. CT-guided transgluteal drainage of deep pelvic abscesses: indications, technique, procedure-related complications, and clinical outcome. *Radiographics*. 2002;22:1353-67.
11. Sauermann R, Karch R, Langenberger H, Kettenbach J, Mayer-Helm B, Petsch M, et al. Antibiotic abscess penetration: fosfomycin levels measured in pus and simulated concentration-time profiles. *Antimicrob Agents Chemother*. 2005;49:4448-4.
12. Kumar RR, Kim JT, Haukoos JS, Macias LH, Dixon MR, Stamos MJ, et al. Factors affecting the successful management of intra-abdominal abscesses with antibiotics and the need for percutaneous drainage. *Dis Colon Rectum* 2006; 49(2): 183-9.
13. Erasmo A, Crisóstomo A, Yan L, Hong Y, Lee K, Lo C. Randomized comparison of piperacillin/tazobactam versus imipenem/cilastatin in the treatment of patients with intra-abdominal infection. *Asian J Surg*. 2004;27:227-35.