

Consiste en la colección bien definida de secreción purulenta aislada del resto de la cavidad peritoneal por adherencias inflamatorias, asas de intestino y mesenterio, epiplon mayor u otras vísceras abdominales. Es una infección donde hay microorganismos viables y los polimorfonucleares están dentro de una cápsula fibrosa. El huésped encierra a los microorganismos dentro de un espacio limitado, impidiendo así que la infección se propague.

Los abscesos se desarrollan en 2 situaciones: 1) después de la resolución de una peritonitis difusa en la que persiste una zona de infección localizada que evoluciona a absceso, 2) después de la perforación de una víscera o de una dehiscencia anastomótica bien delimitada por los mecanismos peritoneales de defensa. El 74% de los abscesos intraabdominales son intraperitoneales y suelen tardar entre 1 y 4 semanas en formarse.

La causa mas frecuente en neurocirugía se produce tras la colocación de una derivación en el espacio peritoneal.

Suelen presentar signos localizados y sistémicos de inflamación. Presentan dolor abdominal moderado y localizado a la palpación en el sitio de la infección. Debido a la presencia de adherencias de epiplon, intestino o vísceras adyacentes, con frecuencia se palpa una tumoración difusa mas que una tumoración delimitada.

Los pacientes suelen presentar fiebre, anorexia y leucocitosis con desviación a la izquierda. La presencia de fiebre y leucocitosis persistente es muy sugestiva de infección y debe llevar a realizar investigaciones mas profundas del estado del paciente, ya que el empleo de antibióticos puede enmascarar el cuadro clínico.

El patrón clínico suele ser el de una enfermedad secundaria aguda que aparece tras una enfermedad abdominal primaria o en el postoperatorio de una patología abdominal. Los síntomas y signos locales varían mucho con la localización y la fuente del absceso.

El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y en la confirmación por imagen.

1) Rx simple de abdomen y tórax: Rara vez es diagnóstica. Los datos radiológicos con frecuencia demuestran la presencia de acúmulo de gas extraluminal o de opacidades irregulares de tejidos blandos, cualquiera de los cuales es indicativo de la formación de abscesos. El absceso subfrénico puede originar derrame pleural, elevación del hemidiafragma y atelectasia basal.

2) Estudios isotópicos. Se utilizan con poca frecuencia en estos casos, dado que tienen menor especificidad y sensibilidad y son dificultosos y caros.

3) Ecografía. La ecografía es una exploración rápida y rentable desde el punto de vista diagnóstico pero tiene el inconveniente de que la calidad de los estudios depende mucho del explorador y las imágenes pueden ser poco definidas ante la presencia de gas intestinal en mayor o menor cuantía, siendo difícil estudiar pacientes con heridas abiertas o drenajes.

Es útil en la determinación del tamaño, forma, consistencia y relaciones anatómicas de una masa intraabdominal.. El aspecto de los abscesos varía mucho desde lesiones anecogénicas hasta masas muy ecogénicas, pero típicamente se presentan como una colección de liquido con una pared irregular y la presencia de algunos ecos internos.

4) TAC. Es la técnica mas exacta disponible para el diagnóstico de abscesos intraabdominales. La principal ventaja de la TAC es que muestra independientemente del operador las estructuras intra y retroperitoneales con un alto grado de exactitud y resolución. Por otra parte la definición no se ve obstaculizada por el gas intraluminal y los cambios postoperatorios. Los hallazgos observados

compatibles con un absceso incluyen una masa tisular de baja densidad y una cápsula definible. La TAC puede detectar gas extraluminal, hallazgo muy sugestivo de absceso. El material de contraste intraluminal ayuda a distinguir las asas intestinales de las cavidades del absceso, mientras que el contraste parenteral realza la cápsula circundante y permite así una mas fácil identificación.

El principal tratamiento para cualquier absceso intraperitoneal es el drenaje. El manejo efectivo depende de la localización exacta del absceso, la discriminación entre abscesos únicos y múltiples y el drenaje temprano y adecuado. El tratamiento convencional para los abscesos intraperitoneales ha incluido usualmente el drenaje quirúrgico, pero en la actualidad se ha logrado tratamiento con éxito mediante drenaje percutáneo por catéter. No obstante en el tratamiento del absceso intraperitoneal debemos hablar de antibióticos y drenaje.

Antibioterapia. La administración de antibióticos solos tiene menos posibilidades de ser eficaz por múltiples razones, incluyendo la poca penetración de los antibióticos en el interior del absceso, y la inactivación del antibiótico en el microambiente de la infección (hipoxia y acidosis) e inactividad del fármaco contra grandes inóculos bacterianos. El tratamiento antimicrobiano debe iniciarse inmediatamente después de obtenidas muestras de sangre para cultivo coincidiendo con la fiebre, debiendo cultivarse además el contenido que se extraiga del mismo cuando se realice el drenaje. Los regímenes antimicrobianos serán similares a los comentados en el apartado anterior. Por el contrario el desbridamiento del absceso revierte estas situaciones adversas y aumenta la eficacia de los antibióticos.

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=absceso_intraperitoneal

Last update: **2025/05/03 23:57**

