

Título: Escolar con dolor abdominal y fiebre post-apendicectomía.

García García S., Gómez Puche F., Gracia Baena C., Pérez Pérez MC. HCUVA. Murcia, España.

INTRODUCCIÓN

Los abscesos intraabdominales postapendicectomía constituyen una de las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes, causando mayores tasas de reingreso y hospitalizaciones más prolongadas.

RESUMEN DEL CASO

Escolar de 7 años que acude por fiebre de hasta 40°C. Intervenido de apendicitis gangrenosa hace 12 días. Refiere dolor en fosa ilíaca derecha, sin vómitos, diarrea ni otra sintomatología. Diuresis normal. No ambiente epidémico familiar. En la exploración física destaca taquicardia y abdomen globuloso con dolor a la palpación en punto de McBurney. Ante estos hallazgos se realiza analítica sanguínea, con elevación de reactantes de fase aguda y leucocitosis marcada con predominio neutrofílico. Coagulación normal. Se solicita radiografía de tórax (normal), y ecografía abdominal, en la que se observa cambios inflamatorios en la grasa locorregional en fosa ilíaca derecha, en relación a la cirugía reciente, así como leve cantidad de líquido libre en espacio rectovesical. Se extrae hemocultivo y se inicia antibioterapia con cefotaxima y metronidazol. Durante las 48 horas iniciales presenta mala respuesta clínica y síndrome de respuesta inflamatoria con desarrollo de insuficiencia prerrenal, que se corrige satisfactoriamente. En control ecográfico se visualiza colección intraparenquimatosa derecha, con alteración renal cortical generalizada y bilateral, así como pielectasia bilateral. Ante foco de pielonefritis bilateral con colección en polo superior derecho en contexto de postoperatorio de apendicitis gangrenosa retrocecal, se consensúa con Infectología Infantil añadir meropenem durante 10 días al tratamiento previo, presentando evolución satisfactoria, sin necesidad de drenaje quirúrgico. En controles analíticos se normaliza la función renal y la leucocitosis, así como negativización de reactantes.. Se descarta realización de TAC abdomino-pélvico por excelente evolución clínica. El paciente es dado de Alta con tratamiento antibiótico oral y continuando revisiones periódicas.

CONCLUSIONES / COMENTARIOS

La infección urinaria ascendente, la diseminación hematógena o la contaminación por una infección adyacente (como es el caso de nuestro paciente), son los mecanismos más comunes en la génesis del absceso perirrenal/pielonefritis. La selección de un tratamiento empírico inicial depende de la sospecha del origen de la infección. En caso de infección por contigüidad o metástasis sépticas, la etiología es polimicrobiana, por lo que la cobertura antibiótica debe incluir patógenos aerobios y anaerobios. Existen diferentes enfoques terapéuticos para el manejo de abscesos renales, pero parece razonable inicialmente el uso de antibióticos parenterales y, en caso de mala evolución, optar por drenaje quirúrgico o ecoguiado.