

Abscesos subfrénicos retroperitoneales

Dr. URUGUAY LARRE BORGES,* Dr. SILVIO MELOGNO **
y Br. CARLOS CARRERA ***

Dentro de las colecciones subfrénicas las de origen y topografía retroperitoneal son las menos conocidas por el cirujano general. Ello en parte es debido a la menor frecuencia con que se presentan estos procesos si los relacionamos con los abscesos de situación intraperitoneal de 7 % a 15 % según Maingot (6) y Pi-

quand (12). En segundo lugar la precocidad en la intervención de los cuadros apendiculares ha llevado a disminuir la importancia que ellos presentaban como factor patogénico en el desarrollo de esta complicación. En los momentos actuales es el urólogo quien tiene más oportunidad de observar esta patología ya sea como complicación evolutiva de las afecciones renales o en el postoperatorio de las mismas.

Hemos tenido oportunidad de tratar dos abscesos subfrénicos retroperitoneales cuyo conocimiento aporta datos interesantes en cuanto a patogenia, evolución y tratamiento, por lo que realizaremos un resumen de los mismos.

Presentado en la Sociedad de Cirugía el 5 de mayo de 1971.

Docente adscripto de cirugía. Cirujano auxiliar.
Practicante interno (Fac. Med. Montevideo).

1.—H.T. Hombre de 48 años. Procedente de Montevideo. Ingresa por cuadro febril y toque del estado general. La enfermedad actual comienza, hace 25 días que registra fiebre vespertina de hasta 40 grados a ganchos y acompañada de chuchos de frío y sudoración profusa.

Repercusión sobre el estado general: astenia, adelgazamiento. Desde hace tres días nota tumefacción a nivel de la zona de lumbotomía conjuntamente con dolor local.

A.P. Hace 10 meses se le practicó nefrectomía derecha por neoplasma de riñón (adenocarcinoma).

Examen: Visto al cuarto día del ingreso, enfermo lúcido con facies terrosa, mucosas pálidas notorio adelgazamiento. Se queja de dolor profundo a nivel de la fosa lumbar derecha e hipocondrio derecho que aumenta con la tos.

Abdomen: blando, cicatriz operatoria de lumbotomía derecha sin alteración de los planos cutáneos, depresible, dolor a la palpación profunda en fosa lumbar derecha en donde parece palpase un empastamiento de límites no precisos y que se pierde bajo la parrilla costal en su límite superior y en el inferior se prolonga hasta el flanco derecho. Se palpa hígado con borde inferior de caracteres normales a 3 centímetros del reborde costal, el borde superior y lateral están dentro de la topografía normal y en la parte posterior se aprecia un área de macidez basal aumentada.

P.P.: Polipnea de 32 respiraciones por minuto, sin síndrome funcional de insuficiencia respiratoria. Movilidad disminuida en base derecha, no hay diferencia en los perímetros torácicos. A la auscultación respiración de base derecha disminuida sin signos físicos de derrame pleural o condensación parenquimatosa.

Cardiovascular: Pulso de 100 p.m. regular sincrónico bien golpeado. P.A. 14 de máx. y 8 de mín. Corazón, tonos y silencios normales.

Exámenes complementarios: La cuadrícula muestra repetidos ascensos febriles en pico de hasta 40 grados. Hemograma: discreta anemia.

R. X. de tórax: se observa un ascenso del hemidiafragma derecho a expensas de un sector posterior el que presenta incursión respiratoria muy disminuida a radioscopia, no hay imagen hidroaérea suspendida, campos pleuropulmonares normales (1 y 2). Se aprecia una opacidad de la Fosa Lumbar derecha de contraste no homogéneo y límites inferiores no precisos, sin que pueda afirmarse la presencia de un cuerpo extraño.

Con el diagnóstico de colección supurada retroperitoneal se aborda al enfermo a través de la cicatriz de lumbotomía. Se cae en una cavidad anfractuosa que da salida a una gran cantidad de pus (200 cc.) que se extiende desde el diafragma tomando la fosa lumbar derecha hasta el límite superior de la fosa iliaca interna y se detiene lateralmente en la columna en su sector interno y en el flanco en el externo. Dentro de ella se extraen restos de acúmulos grasos de 3 a 4 cm. de diámetro, constituidos por grasa suelta de consistencia aumentada y aspecto necrótico. Debido a un sangrado profuso se procede a drenar la cavidad con mecha de gasa alrededor de un tubo de goma. El antibiograma reveló la presencia de gérmenes del grupo estreptococo.

La evolución posoperatoria inmediata es buena desapareciendo los elementos del cuadro infeccioso y cerrando lentamente la cavidad. La evolución alejada es mala falleciendo al año y medio como resultado de la generalización neoplásica.

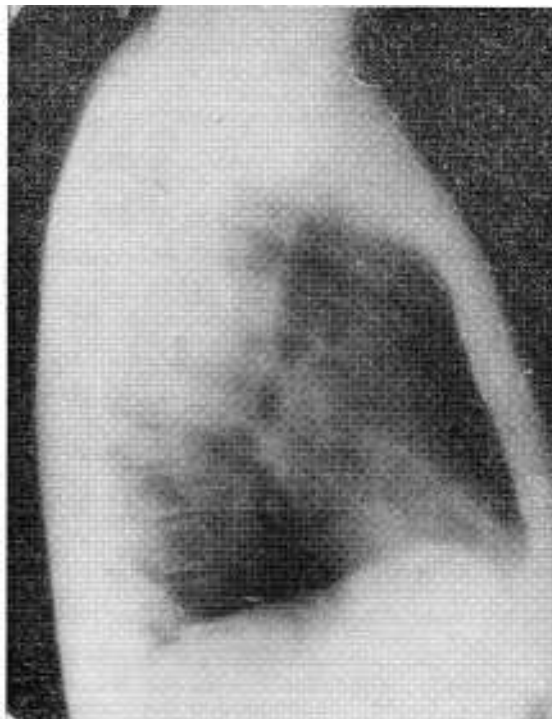


Fig. 1.— Ascenso del hemidiafragma derecho a expensas de su sector posterior.



Fig. 2.— Frente de la anterior.

2.—M.C. de U. Mujer de 34 años. Procedente de Montevideo. Es vista a los 12 días del postoperatorio de una pielotomía renal derecha por litiasis múltiple. El motivo de consulta lo constituye, la aparición de un cuadro febril caracterizado por la presencia de picos febriles de 38 a 40 grados de tem. axilar acompañados por chuchos de frío y sudoración profusa. Se plantea la posibilidad de la existencia de una colección supurada retroperitoneal.

Examen: Enferma lúcida, febril, fascies terrosa, mucosa pálida y sudorosa. Se queja de dolor en fosa lumbar derecha, profundo y permanente, que aumenta con los movimientos de la tos y respiración profunda.

Abdomen: blando, depresible, borde inferior de hígado palpable con caracteres normales a 4 cm. de borde costal. Limite superior, existe un área de madsidez que se extiende hasta unos 5 cm. por encima de los límites normales en los sectores laterales y posteriores. En fosa lumbar derecha en la cicatriz de lumbotomía no existen alteraciones de los planos cutáneos.

P.P.: Polipnea de 30 respiraciones por minuto sin síndrome funcional de insuficiencia respiratoria. Macidez de base derecha con murmullo alvéolo-vesicular conservado. Disminución del murmullo vesicular en fondo de saco izquierdo. Radioscópicamente se observa ascenso marcado del hemidiafragma derecho con ausencia de motilidad. La radiografía agrega un discreto proceso reaccional y borramiento del fondo de saco pleural izquierdo (Figs. 3 y 4). Pensando que pueda tratarse de una colección sufrénica en etapa de celulitis y no habiendo recibido la enferma tratamiento previo se decide instituir dicho tratamiento con antibióticos en forma intensa durante 48 a 72 horas y observar la evolución del cuadro. A pesar que se asiste a un descenso gradual de la temperatura se mantienen los signos físicos y radiológicos incambiados. A las 48 horas aparece dolor en flanco y fosa iliaca interna constatándose a ese nivel la presencia de una tumefacción profunda por lo que se decide la intervención inmediata. Esta se practica bajo anestesia general por la misma incisión de lumbotomía drenándose dos logias profundas independientes en situación peri y pararenales. Una de ellas a topografía alta subfrénica de unos 150 cm. cúbicos de contenido líquido purulento y otra a topografía baja peri e infrarenal que presentaba dos prolongamientos: uno hacia abajo a la fosa iliaca interna que llegaba hasta el limite superior del estrecho pelviano, y otro interno que se prolongaba hacia la izquierda de la línea media. Se realiza drenaje con tubo independiente de ambas cavidades.

La evolución postoperatoria inmediata es buena, desaparición del cuadro infeccioso. Mantiene una buena diuresis de alrededor de 1000 cc. pero drena abundantemente por la herida por lo que se piensa en la existencia de una fistula urinaria la que no se observa en el urograma de excreción pero cuya persistencia motiva la realización de un cateterismo ureteral derecho. Luego de esta maniobra cesa en forma paulatina el drenaje por la herida.

La enferma es dada de alta a los 20 días del postoperatorio en buenas condiciones, persistiendo una cavidad posterior que desaparece en los días sucesivos.

Para comprender mejor los hallazgos haremos una breve reseña anatómica sobre los espacios retroperitoneales.

Son espacios potenciales que se localizan entre el peritoneo y la fascia transversal, situados en inmediata relación con el diafrag-



FIG. 3.— Proceso reaccional y borramiento del fondo de saco pleural izquierdo.



FIG. 4.— Frente de la anterior.

ma. Este en su parte superior a partir del ligamento coronario del hígado está recubierto por la fusión de estas dos láminas conjuntamente con el límite superior de la fascia renal. Estas 3 formaciones se van separando entre sí a medida que descienden creando así los espacios retroperitoneales, uno anterior y otro posterior.

Espacio anterior.—Limitado adelante por el peritoneo y atrás por la hoja anterior de la fascia renal, no tiene un límite inferior real. Es ocupado por el tejido celuloadiposo subperitoneal estando en relación directa con órganos abdominales tales como: duodeno, páncreas, parte del colon (ascendente y descendente y de manera indirecta con el resto de estos segmentos intestinales) y el cecoapéndice. Esto explica el origen frecuente en dichos órganos de los procesos subfrénicos retroperitoneales a topografía anterior.

Espacio posterior.—La fascia renal en su desdoblamiento alrededor del riñón determina la formación de los espacios perinefríticos anterior y posterior. Al igual que el anterior, sus límites inferiores no son netos, continuándose con el tejido celular retroperitoneal pudiendo el mismo difundir sus procesos de y hacia zonas distantes como el tejido celular pelviano. Los procesos supurativos, tanto los localizados en los espacios anteriores como posteriores pueden extenderse de un área perinefrítica a otra en sus sectores inferiores. No en los superiores, más allá de la línea media pero la mayoría de las infecciones están limitadas a un solo lado.

El órgano que domina estos espacios y del cual deriva casi toda la patología es el riñón, desempeñando un papel secundario las supra-renales y los grandes vasos aorta y cava.

Comentarios.—No pretendemos realizar un estudio completo del tema, sino recalcar como ya se expresó, algunos aspectos de interés que surgen de nuestras observaciones.

En cuanto al momento de aparición de la afección en el primer caso fue alejado a los 10 meses del acto quirúrgico. Si bien este hecho es raro, no es excepcional y se presenta en el 10 al 15 % de las colecciones subfrénicas según Neuhoef (7). En el segundo caso la afección se manifestó a los 12 días del postoperatorio lo que se observa en el 80 % de los casos encontrados en la literatura que establecen como límite entre dos a tres semanas (7, 6, 9 y 13). Ello en parte está en relación con la causa que motivó el desarrollo del proceso: constitución de un absceso crónico en el primer caso, alrededor de restos grasos que actúan como verdaderos cuerpos extraños. La facilidad de sufrir procesos necróticos que presenta la grasa perirrenal que los llevan a constituir formaciones de tipo secuestro es lo que ha motivado que la mayoría de los cirujanos practiquen la extracción de la misma, cuando se presenta abundante, como complemento de la cirugía renal.

En el segundo caso la causa de la afección como posteriormente se manifestó, la constituyó una fístula secundaria a la pielotomía lo que nos explica la aparición precoz del proceso.

En el plazo que media entre el comienzo de los síntomas y el tratamiento quirúrgico puede ser peligrosamente extendido mediante el uso indiscriminado de antibióticos que, sin resolver un problema terapéutico exponen al mismo a la aparición de complicaciones. Ejemplo de ella es nuestro primer caso en el que se realizó tratamiento con antibióticos durante 28 días, cuando ya había evidencia de una colección constituida (repercusión sobre estado general, dolor permanente, fiebre de tipo supurativo, ascenso e inmovilidad del hemidiafragma derecho). Ello lo expuso entre otras, complicaciones (pleuropulmonares, mediastinales, etc.) a la probable ruptura del absceso en la cavidad peritoneal por la extensión del proceso al flanco (5).

Creemos que la administración durante 48 a 72 horas de antibióticos en el segundo caso estableciendo un control clínico del mismo, si bien puede estar justificado por el hecho de que solo un tercio de las infecciones subfrénicas llegan a la formación de abscesos colectados, fue errónea y expuso a este enfermo a las complicaciones arriba mencionadas. La equivocación surgió en que no se valoró en todo su significado la realización durante el acto quirúrgico previo de una pielotomía.

Del segundo caso destacamos la existencia de colecciones múltiples e independientes retroperitoneales, hecho que aunque no frecuente debe ser tenido en cuenta durante 1 acto quirúrgico.

La topografía que adquieren las colecciones tratadas pueden explicarse por un estudio anatómico normal, pero no debemos olvidar que estamos frente a "espacios o lechos residuales" (Del Campo) creados por una intervención quirúrgica previa (Nefrectomía, en el primer caso, liberación y apertura de la vaina renouretal en el segundo) "que llevan a la comunicación de la logia renal con otros espacios" (2).

Finalmente insistimos en la evolución inferior que pueden tomar estas colecciones constituyendo verdaderas supuraciones masivas retroperitoneales (14) extendiéndose en su sector inferior al tejido celular pelviano como lo han recalcado F. Mendy (8) y A. Chifflet (3). La bilateralidad del proceso es referida por varios autores, ella se realizaría por la parte inferior a través de los espacios prevertebrales y esto fue verificado en nuestra segunda observación.

CONCLUSIONES

1.— Si bien la complicación se presenta por lo general en la segunda o tercera semana del postoperatorio su aparición más tardía debe ser tenida en cuenta en las posibilidades diagnósticas.

2.— El empleo indiscriminado de antibióticos lejos de constituir el tratamiento adecuado de esta afección, las expone a la aparición de complicaciones.

3.— La topografía, número y extensión de los procesos si bien guarda una relación anatómica, no se debe olvidar que ésta está modificada por el acto quirúrgico.

SUMARIO

Sobre dos casos de abscesos sufrénicos retroperitoneales se realizan consideraciones patológicas diagnósticas y terapéuticas.

RESUMEN

A propósito de dos observaciones, los autores hacen una breve reseña de la patología y clínica de los abscesos subfrénicos retroperitoneales. Realizan asimismo una reseña anatómica de dichos espacios.

RÉSUMÉ

Se basant sur 2 observations, les auteurs font un bref exposé de la pathologie et de la clinique des abcès sousphréniques rétroperitoneaux. Description anatomique correspondante.

SUMMARY

The authors have made a brief compilation of pathological and clinical aspects of subphrenic retroperitoneal abscesses, including two case histories. The paper contains the anatomical review thereof.

BIBLIOGRAFIA

1. BERENS, GRAY y DOECKERTY. Subphenic Abscess. *Surg. Gyn. Obs.* 96: 463, 1953.
2. CENDAN, J. Flemón perinefrítico. *Ed. Rosgal. Montevideo*, 1944.
3. CHIFFLET, A. Anatomía del contenido pelviano masculino. *Ed. Rosgal. Montevideo*, 1956.
4. JORGE, J. Consideraciones clinicoradiológicas y tecnicoquirúrgicas sobre los abscesos subfrénicos. *XIII Cong. Arg. de Cir.* 154, 1941.
5. LARGHERO IBARZ, P. Peritonitis purulenta e hidática por quiste hidático de riñón. *Arch. Urug. de Med. y Cir.* 1: 138, 1940.
6. MAINGOT, R. Operaciones Abdominales. *Gráfica Argentina*, 1957.
7. MAQUIEIRA, G. Colecciones Subfrénicas. Tesis de doctorado. *Montevideo*, 1962.
8. MENDY, F. Vaina supra-reno-ureteral. Trabajo de adscripción urológica. 1957.
9. OCHSER, A. and GRAVES, A. Subphrenic Abscess. *Ann. of Surg.* 98: 961, 1933.
10. OCHSER, A. The value of extirpations drainage in subphrenic abscess. *Surgery* 43: 319, 1958.
11. PAITRE, F. y GIRAUD, D. Práctica Anatómicoquirúrgica. *Ed. Salvat*, 1941.
12. PIQUAND, G. Les abscess Sous-phrenique. *Rev. De Chir.*, 1: 156, 1909.
13. SCHIAPPAPIETRA, T. Absceso subfrénico. *XIII Cong. Arg. de Cir.* 110, 1941.
14. STEVENSON, E. and OZERANT, R. Retroperitoneal space Abscesses. *Surg. Gyn. Obst.*, 128: 1202, 1969.

DISCUSION

DR. CENDAN.— En realidad no tenemos nada que agregar a lo que ha dicho el Dr. Larre Borges; sus conclusiones son, a nuestro modo de ver, muy completas. Solamente hemos deseado comentar estas observaciones tan interesantes porque surgen algunos elementos importantes a recordar.

En primer lugar, en el caso del primer enfermo que presenta, tratándose de un neoplasma de riñón es evidente que la técnica quirúrgica seguida fue una técnica bastante incompleta. La cirugía del neoplasma de riñón supone la extirpación, no solo del riñón, sino de la cápsula perirrenal, es decir, que hay que pasar por detrás del Zuckerkandl y por delante hay que extirpar incluso el peritoneo parietal, ya que el espacio pararenal anterior es prácticamente virtual y muy fácilmente puede ser invadido por el proceso. Incluso la extirpación de la vaina ureteral con el uréter en estos casos exige la extirpación, diríamos sistemática, del peritoneo parietal.

Justamente el no usar una técnica adecuada produjo la complicación que a posteriori llevó al flemón perinefrítico al dejar grasa perirrenal seguramente desvitalizada, y es sabido que la grasa perirrenal tiene que ser extirpada en todas las operaciones renales en las cuales es necesaria una liberación un poco extensa, lo que trae como consecuencia las lesiones de los vasos de la grasa perirrenal, y como consecuencia la necrosis. Es necesaria la extirpación de esa grasa, no solo como profilaxis del proceso, sino porque de hecho esa grasa también puede estar invadida.

En cuanto al segundo caso es también un caso muy interesante que demuestra cómo los progresos en ciertos aspectos de la Medicina significan a veces modificaciones de la patología. En la época en que nosotros tuvimos mucho contacto con los procesos supurados de la fosa lumbar, no veíamos flemones perinefríticos que tuvieran así, como en el caso del Dr. Larre Borges, dos localizaciones como si fuera dos focos infecciosos que hubieran logrado su limitación a expensas de una terapéutica antibiótica previa.

Por eso yo creo que la terapéutica antibiótica puede ser defendida como un medio lógico de obtener la limitación de un proceso que en otras circunstancias puede ser mucho más invasor, y por lo tanto mucho más agresivo.

En cuanto a la prolongación del proceso supurado hacia el lado opuesto, a la pelvis sobre todo, creo que está perfectamente explicado por las maniobras operatorias que generalmente provocan planos de clivaje que son los que después va a seguir el proceso de infección. El encontrar una propagación supurada hacia el lado opuesto, en los flemones lumbares, es una cosa tan rara en las afecciones renales que de hecho cuando uno encuentra eso siempre piensa en otros orígenes de proceso supurativo, y en especial los de origen osteopático, vertebral, osteomielitis, procesos sobre infectados bacilares, etc.

Me parece que las observaciones que ha traído el Dr. Larre Borges son muy interesantes porque vuelven a traer el problema con nuevos puntos de vista en función de los adelantos que tiene la cirugía.