

# Supuración extraperitoneal como complicación de un absceso isquiorrectal. Reporte de caso

Alejandra Liz, Fabio Madera, Juan Carlos Folonier

Servicio de Cirugía General, Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Montevideo, Uruguay.

## RESUMEN

Excepcionalmente, los abscesos anorrectales profundos pueden diseminarse al espacio extraperitoneal. Dada la clínica inespecífica y poco orientadora, el retraso diagnóstico puede llevar a cuadros sépticos graves. Presentamos un paciente con una supuración extraperitoneal secundaria a un absceso anorrectal profundo, que requirió un abordaje quirúrgico combinado perianal clásico y extraperitoneal por vía abdominal. Pese a su baja frecuencia, los abscesos anorrectales con extensión hacia el espacio supraelevador y extraperitoneal deben considerarse como diagnóstico diferencial en los pacientes con dolor abdominal o sepsis. La antibioticoterapia y el drenaje quirúrgico adecuado son los pilares fundamentales del tratamiento.

**Palabras clave:** Absceso isquiorrectal; Absceso anorrectal profundo; Absceso supraelevador; Supuración extraperitoneal

## ABSTRACT

*Exceptionally, deep anorectal abscesses may extend into the extraperitoneal space. Given the non-specific and non-guiding clinical symptoms, the delay in diagnosis can lead to serious septic conditions. We present a patient with extraperitoneal suppuration secondary to a deep anorectal abscess, which required a classic combined perianal and extraperitoneal abdominal surgical approach. Despite its low frequency, anorectal abscesses with extension to the supralevator and extraperitoneal space should be considered as a differential diagnosis in patients with abdominal pain or sepsis. Antibiotic therapy and adequate surgical drainage are the mainstays of treatment.*

**Keywords:** Ischioanal Abscess; Deep Anorectal Abscess; Supralevator Abscess; Extraperitoneal Suppuration

## INTRODUCCIÓN

Los abscesos anorrectales profundos pueden tener presentaciones poco frecuentes, con diseminación del proceso infeccioso a lugares atípicos como el espacio extraperitoneal. En estos casos, la clínica es inespecífica y poco orientadora y el retraso diagnóstico puede llevar a cuadros sépticos graves.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 52 años, apendicectomizado, obeso, hipertenso y diabético, consultó en el servicio de urgencias por cuadro de 48 hs de evolución de dolor hipogástrico y fosa ilíaca derecha (FID) y fiebre de 39° C. No presentaba alteraciones del tránsito digestivo ni urinario, ni repercusión general. La semana previa al ingreso había presentado dolor anal agudo por el que no consultó. Negó traumatismos anoperineales. Se encontraba, lúcido, eupneico, taquicárdico, hemodinámicamente estable, normotenso, febril e hiperglucémico. Presentaba dolor abdominal con defensa en hipogastrio y FID sin crepitación ni

tumoraciones. Evidenció dolor al tacto rectal en el sector derecho, sin tumoraciones.

Los exámenes de laboratorio mostraron leucocitosis con neutrofilia y proteína C reactiva elevada. La tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis mostró gas a nivel del espacio perianal derecho extendiéndose por el espacio supraelevador derecho, hacia los espacios de Bogros y Retzius. No se evidenció líquido libre ni colecciones (Fig. 1).

Se comenzó tratamiento médico de soporte y antibioticoterapia empírica y se realizó una exploración combinada, perianal y del espacio extraperitoneal en block quirúrgico. Se colocó al paciente en posición ginecológica. La exploración visual de la región perianal no mostró alteraciones. Se realizó una punción con aguja fina sobre la piel perianal del lado derecho guiados por la imagen tomográfica, obteniendo pus que se envió a cultivo. Se completó el drenaje del absceso mediante una incisión perianal derecha, identificando la cavidad del absceso que ocupaba la fosa isquiorrectal y parecía extenderse por encima del músculo elevador del ano, dejando un drenaje a dicho nivel. Posteriormente, se realizó un abordaje del espacio extraperitoneal por una incisión mediana, sin abordar la cavidad peritoneal. Se encontró supuración del espacio prevesical que se extendía hacia la FID, el flanko derecho (FD) y hacia abajo se comunicaba con el espa-

*El autor declara ausencia de conflictos de interés.*

*Alejandra Liz*

*alejandraaliz@montevideo.com.uy*

*Recibido: julio de 2021. Aceptado: noviembre de 2021.*

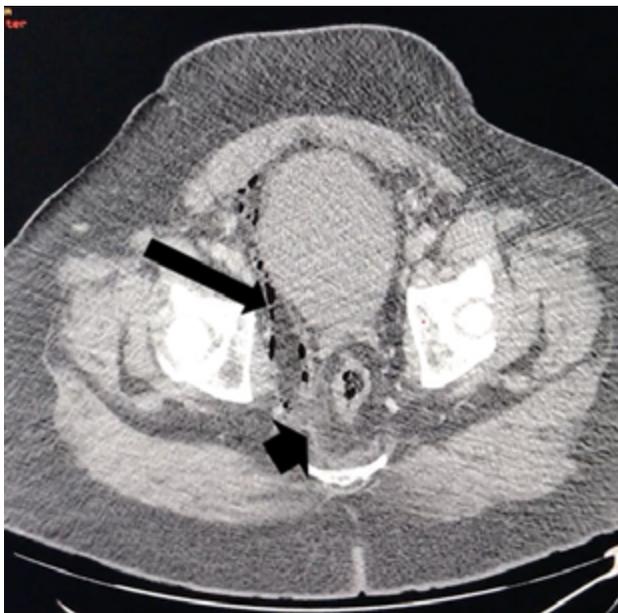


Figura 1: Corte tomográfico de la pelvis menor. Se observa gas que se extiende por el espacio extraperitoneal en el sector lateral derecho (flecha), con alteración de la grasa del espacio supraelevador derecho (punta de flecha).



Figura 2: Progresión de la celulitis en el flanco derecho que sobrepasa la zona inicialmente marcada.

cio supraelevador derecho. Luego del lavado y aspirado, se cerró la pared dejando un drenaje dirigido hacia el espacio supraelevador.

A las 48 hs, agregó celulitis de FID y FD, taquicardia, deterioro de la función renal y coagulopatía (Fig. 2). Se realizó un drenaje complementario mediante un abordaje extraperitoneal del flanco en block quirúrgico, evacuando la supuración y colocando un nuevo drenaje. Buena evolución y alta a los 15 días del ingreso. Durante el seguimiento, completó los estudios de valoración de su enfermedad perianal, identificándose el trayecto fistuloso y el orificio interno. Se realizó tratamiento en dos etapas, con sedal transesfinteriano y posteriormente fistulotomía. Buena evolución, sin recurrencia ni incontinencia.

## DISCUSIÓN

Los abscesos y las fístulas perianales son enfermedades benignas y su causa más frecuente es el origen criptoglandular. Resultan uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de cirugía y urgencias. Habitualmente determinan una enfermedad localizada en la región perianal. Si bien las secuelas de la enfermedad y las derivadas de sus tratamientos pueden empobrecer la calidad de vida, rara vez ocasionan complicaciones graves con riesgo de muerte. La extensión de la supuración en sentido ascendente al espacio supraelevador y extraperitoneal es rara y su presentación clínica poco orientadora. Esto determina una dificultad diagnóstica con el consiguiente retraso en el tratamiento y la elevación de la morbilidad.<sup>1,2</sup>

Los abscesos anorrectales se clasifican en perianales, isquirrectales, interesfintéricos y supraelevadores. La mayoría se encuentra por debajo del músculo puborrectal, el cual ejerce de barrera evitando la extensión cefálica de los abscesos. Pero, si no se tratan oportunamente, un absceso anorrectal puede extenderse hacia el espacio supraelevador. Su incidencia se reporta en 1-9 % en las distintas series. La potencial diseminación letal de un absceso perianal profundo hacia el retroperitoneo es extremadamente rara, habiéndose publicado casos esporádicos.<sup>3</sup> Esta extensión de la infección a distancia de la región perianal subraya la complejidad de los planos anatómicos y conexiones de los espacios retroperitoneal y extraperitoneal. Anatómicamente, el espacio supraelevador es el compartimiento pelviano por encima del músculo elevador del ano que comunica anteriormente con el espacio de Retzius, lateralmente con el espacio de Bogros y posteriormente con el espacio retroperitoneal infrarrenal. Así, la infección puede diseminarse directamente a través de estos compartimentos.<sup>1,2,4</sup> La familiaridad de los cirujanos con estos espacios y sus comunicaciones es crítica para el diagnóstico y tratamiento precoz de estas infecciones complejas.<sup>4</sup>

El drenaje de los abscesos hacia estos espacios no dan síntomas locales clásicos, como tumoración perianal dolorosa, secreción y fiebre. Las infecciones extraperitoneales son paucisintomáticas debido a la topografía profunda de la infección y a que la respuesta inflamatoria del retroperitoneo es bastante más limitada que la del peritoneo. Frente a la infección pueden presentar síntomas larvados, como dolor pelviano inespecífico, constipación, dificultad en la micción y fiebre.<sup>2</sup> El diagnóstico se complejiza aún más debido a que las causas más frecuentes de infecciones retroperitoneales incluyen infecciones renales, osteomielitis, carcinoma colorrectal, diverticulitis, enfermedad de Crohn, pancreatitis y apendicitis.<sup>3</sup> Por lo tanto, para el

diagnóstico de estos pacientes se imponen los estudios de imagen. La TC es una herramienta útil para la evaluación de la región retroperitoneal al observar la alteración de los planos anatómicos extraperitoneales, identificando cambios en la densidad de los espacios celulograsos y la presencia de gas, orientadores de infección. Asimismo, contribuye a descartar diagnósticos diferenciales.<sup>1</sup> La resonancia nuclear magnética (RNM) también es útil, sobre todo en la evaluación de la región perianal y perirrectal, identificando la topografía del absceso y la presencia de trayectos fistulosos.<sup>5</sup>

El abordaje terapéutico admite distintas modalidades e implica el tratamiento de la supuración anorrectal y la infección extraperitoneal. La variedad de las opciones terapéuticas puede deberse a que existen pocos casos publicados. El tratamiento del absceso anorrectal se realiza en forma clásica con el drenaje quirúrgico a través de la piel perianal o la pared rectal, según la topografía del absceso. De encontrarse trayectos fistulosos, debe dejarse un sedal de drenaje para control de la supuración.<sup>1</sup> Si bien hay reportes de drenajes percutáneos de abscesos supraelevadores, el *gold standard* es el drenaje quirúrgico y el desbridamiento. Esto se debe a que la supuración del espacio extraperitoneal suele ser difusa más que una colección definida. Algunos autores realizan exclusivamente el drenaje del espacio supraelevador a través de una incisión en la piel perianal, atravesando la fosa isquiorrectal

y llegando al espacio supraelevador a través del músculo elevador del ano. Sin embargo, cuando la supuración es extensa, como en el caso presentado, se recomienda un abordaje complementario extraperitoneal. Varios abordajes han sido propuestos, ya sea a través de una incisión mediana infraumbilical o un abordaje extraperitoneal de los flancos.<sup>1</sup> En ambos casos debe evitarse la apertura del peritoneo debido al riesgo de peritonitis secundaria y no deben drenarse estos abscesos a través de la cavidad peritoneal.<sup>2,3</sup> Okuda et al.<sup>3</sup> utilizan un abordaje extraperitoneal a través de una incisión mediana infraumbilical. Este tiene la ventaja de poder drenar el espacio retroperitoneal en forma bilateral en el caso de ser necesario y acceder fácilmente al espacio de Retzius y el supraelevador. Dada la extensión de la supuración hacia la FID y el FD y el compromiso del estado general, en el caso que se presenta se realizó un tratamiento combinado.

## CONCLUSIÓN

A pesar de su baja frecuencia, creemos que los abscesos anorrectales con extensión hacia el espacio supraelevador y extraperitoneal deben considerarse como diagnóstico diferencial en los pacientes con dolor abdominal o sepsis.

La corrección de las disfunciones, el diagnóstico por TC, la antibioticoterapia y el drenaje quirúrgico adecuado son los pilares fundamentales del tratamiento.

## REFERENCIAS

1. Oikonomou C, Alepas P, Gavriil S, Kalliouris D, Manesis K, Bouboulis P, Filippou D, Skandalakis P. A rare case of posterior horseshoe abscess extending to anterolateral extraperitoneal compartment: anatomical and technical considerations. *Ann Coloproctol* 2019; 35:216-20.
2. Papadopoulos SK, Andreas D, Kleoniki K, Dimitri F. Extraperitoneal spread of anorectal abscess: a case report and literature review. *Ann Coloproctol* 2020. doi: 10.3393/ac.2020.01.20.
3. Okuda K, Oshima Y, Saito K, Uesaka T, Terasaki Y, Kasai H et al.
4. Midline extraperitoneal approach for bilateral widespread retroperitoneal abscess originating from anorectal infection. *Int J Surg Case Rep* 2016;19:4-7.
5. Mentzer CJ, Yon JR, King R, Warren JA. Complex perirectal abscess extending to the preperitoneum and space of Retzius. *GHS Proc* 2016;1:49-51.
6. Hamza E, Saeed MF, Salem A, Mazin I. Extraperitoneal abscess originating from an ischiorectal abscess. *BMJ Case Rep* 2017 doi:10.1136/bcr-2016-218229.

## COMENTARIO

Se presenta el caso de un paciente con una evolución poco frecuente de un absceso anorrectal. Esto implica una dificultad en su diagnóstico, lo que puede retrasar el inicio del tratamiento y/o la decisión de una cirugía, empeorando el pronóstico de una patología potencialmente mortal.

En esta oportunidad el paciente presentaba tres características que suelen observarse en estos enfermos: sexo masculino, diabetes y obesidad. Las decisiones del equipo tratante fueron acertadas y permitieron una correcta evolución. Cabe mencionar la importancia de abordarlo tanto por vía perianal como extraperitoneal y ser muy cuidadosos en el seguimiento, ya que como fue el en este caso, es habitual la necesidad de un nuevo drenaje quirúrgico.

Sebastián Guckenheimer  
Hospital Dr. I. Pirovano, C.A.B.A., Argentina.