

ABSCESO INTRAABDOMINAL EN MUJER JOVEN CON PRESENTACIÓN ATÍPICA

Dra. Balma Tosca Adell¹ / Dra. Belen Gay Gasanz² / Dr. Antonio Jose Arnal Meinhardt² / Dra. María Mercedes Martínez Mendieta¹

1 Médico Residente de MFYC. Hospital de Alcañiz. Alcañiz

2 F.E.A Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital de Alcañiz. Alcañiz

RESUMEN

En el presente artículo se describe el caso de una paciente de 36 años de edad con un absceso intraabdominal a nivel cecal, incidiendo en las características clínicas, las técnicas diagnósticas efectuadas y el tratamiento conservador realizado con antibioterapia de amplio espectro. Este caso pone de relieve la importancia de un enfoque diagnóstico detallado y un manejo clínico personalizado en pacientes jóvenes, especialmente ante síntomas abdominales atípicos.

PALABRAS CLAVE

absceso intraabdominal, diagnóstico atípico, manejo conservador, dolor abdominal, paciente joven

ABSTRACT

This article presents the case of a 36-year-old female patient with an intra-abdominal abscess located at the cecal level, focusing on the clinical characteristics, diagnostic techniques employed, and the conservative treatment approach with broad-spectrum antibiotic therapy. This case highlights the importance of a thorough diagnostic approach and personalized clinical management in young patients, particularly in the presence of atypical abdominal symptoms.

KEYWORDS

intraabdominal abscess, atypical diagnosis, conservative management, abdominal pain, young patient.

Notas Clínicas

INTRODUCCIÓN

Los abscesos intraabdominales representan una entidad patológica significativa en la práctica médica. Esta condición es un desafío diagnóstico y terapéutico que requiere una aproximación multidisciplinaria para su manejo efectivo. Aunque comúnmente asociados con patologías en adultos mayores y pacientes con comorbilidades, los abscesos intraabdominales en pacientes jóvenes sanos presentan particularidades que merecen una atención especial.

El desarrollo de abscesos intraabdominales puede ser el resultado de una variedad de procesos patológicos. Los agentes causales más comunes incluyen bacterias de la flora intestinal, como *Escherichia coli*, enterococos y bacterias anaerobias. La incidencia de estos absce-

sos es más alta en pacientes con antecedentes de patología apendicular, diverticular, enfermedad inflamatoria intestinal, y cirugía abdominal previa. Además, enfermedades ginecológicas como la enfermedad inflamatoria pélvica y ciertas condiciones urológicas, como la pielonefritis complicada, pueden predisponer al desarrollo de abscesos en la cavidad abdominal. Los tumores, tanto benignos como malignos, y condiciones idiopáticas también pueden estar involucrados en la etiología.

A continuación, se presenta una tabla con un resumen de las principales causas etiológicas de los abscesos intraabdominales, los diagnósticos diferenciales, y las técnicas diagnósticas recomendadas para su evaluación.

Causa Etiológica	Posibles Diagnósticos Diferenciales	Técnicas Diagnósticas
Apendicitis	Apendicitis aguda, diverticulitis, enfermedad pélvica	Ecografía, TC abdominal, RM
Diverticulitis	Colitis, enfermedad inflamatoria intestinal, absceso perianal	TC abdominal, enema opaco, colonoscopia
Enfermedad Inflamatoria Intestinal	Colitis infecciosa, enfermedad diverticular, síndrome de intestino irritable	Endoscopia, biopsia, TC abdominal
Causas Ginecológicas	Endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria, quistes ováricos	Ecografía transvaginal, TC, RM
Causas Urológicas	Pielonefritis, absceso renal, cálculos renales	Ecografía, TC, urografía intravenosa
Traumatismo Abdominal	Peritonitis traumática, hemoperitoneo	Ecografía, TC abdominal, laparoscopia
Tumores (benignos o malignos)	Abscesos de origen metastásico, tumores primarios abdominales	Ecografía, TC, biopsia

El cuadro clínico de un absceso intraabdominal puede ser insidioso y variado, pero comúnmente incluye síntomas como dolor abdominal, fiebre, náuseas y malestar general. Estos síntomas, especialmente en pacientes jóvenes, a menudo son atribuidos erróneamente a causas más benignas, lo que puede retrasar el diagnóstico y el tratamiento adecuado. Por lo tanto, es esencial mantener un alto índice de sospecha clínica, especialmente en presencia de fiebre y dolor abdominal localizado, para evitar complicaciones potencialmente graves.

En este contexto, el diagnóstico diferencial de un absceso intraabdominal incluye diversas patologías, como apendicitis complicada, diverticulitis, y enfermedad inflamatoria intesti-

nal, así como causas ginecológicas y urológicas. La combinación de técnicas diagnósticas como la ecografía y la tomografía computarizada (TC) es fundamental para determinar la ubicación exacta, el tamaño del absceso, y su relación con estructuras adyacentes. Una vez confirmado el diagnóstico, el manejo puede ser conservador, con antibióticos de amplio espectro, o invasivo, mediante drenaje percutáneo o intervención quirúrgica, dependiendo de la localización y tamaño del absceso.

INFORME DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 36 años que acude al servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal per-

Notas Clínicas

sistente en la fosa iliaca derecha de 9 días de evolución. El dolor se describe como constante y pulsátil, aliviándose al acostarse en decúbito supino y cediendo temporalmente con Paracetamol y Metamizol. No refiere pérdida de apetito, pero sí sensación nauseosa sin vómitos; sin alteraciones en sus hábitos intestinales ni síntomas urinarios. Se hace mención a un episodio febril con temperatura de 38°C. Durante el examen físico se observa dolor a la palpación en la fosa iliaca y renal derecha, con signo de Blumberg positivo. Las constantes vitales estaban dentro de los rangos normales. En urgencias se realiza una ecografía abdominal que revela la existencia de una colección líquida de 39 mm en la fosa iliaca derecha, adyacente a una estructura tubular, que parece corresponder con el apéndice cecal. Posteriormente, una tomografía computarizada (TC) de abdomen confirma la presencia de un absceso de 42x25 mm en continuidad caudal y medial al polo cecal, con la estructura tubular lateral y caudal al absceso identificada como el apéndice cecal.

Tras el diagnóstico, se inició tratamiento con antibióticos de amplio espectro. Se administró piperacilina-tazobactam (4.5 g cada 8 horas) por vía intravenosa durante los primeros 5 días, tras lo cual se continuó con amoxicilina-ácido clavulánico (875 mg/125 mg) por vía oral cada 8 horas durante 10 días adicionales. Se consideró inicialmente la punción evacuadora del absceso, pero esta opción se descartó debido al tamaño reducido de la lesión (42 x 25 mm) y a la buena respuesta clínica inicial al tratamiento antibiótico.

Se optó por un manejo conservador, que incluyó la hospitalización inicial para monitorización de síntomas y de los parámetros inflamatorios. Las condiciones de alta incluyeron la remisión a su domicilio con seguimiento en consulta de Atención Primaria para control de síntomas y la monitorización de signos de posible complicación. También se programó una revisión en consultas externas de cirugía en un plazo de dos semanas. En los controles posteriores, la paciente presentó una marcada mejoría clínica, sin dolor abdominal residual ni fiebre, y con normalización de los parámetros inflamatorios en análisis de laboratorio.

En pacientes jóvenes, especialmente mujeres, el diagnóstico diferencial de dolor abdominal puede ser extenso e incluir desde condiciones ginecológicas hasta gastrointestinales y urológicas. En este caso, la ausencia de una historia clara de patología apendicular, la localización del dolor y la presencia de fiebre podrían haber sugerido múltiples etiologías, lo que hace que el diagnóstico de un absceso intraabdominal sea más complejo.

La ecografía y la tomografía computarizada fueron fundamentales para llegar a un diagnóstico definitivo. Estas herramientas de imagen no solo confirmaron la presencia del absceso, sino que también permiten una visualización detallada de su tamaño, ubicación y relación con estructuras adyacentes, como el apéndice cecal. Este hallazgo fue crucial, ya que los abscesos intraabdominales pueden tener múltiples orígenes y presentarse con una variedad de características en las imágenes.

El manejo conservador con antibióticos de amplio espectro fue efectivo en este caso. La decisión de evitar la intervención quirúrgica se basó en el tamaño del absceso y en la respuesta clínica de la paciente. Este enfoque subraya la importancia de un manejo individualizado, teniendo en cuenta tanto los hallazgos clínicos como los radiológicos.

Sin embargo, es esencial un seguimiento cercano y una reevaluación continua, ya que los abscesos intraabdominales pueden presentar complicaciones repentinas, como ruptura, propagación de la infección o formación de fístulas.

Este caso ilustra la importancia de mantener un alto grado de sospecha clínica para el diagnóstico de ciertas patologías abdominales potencialmente complejas en aquellos pacientes que presentan síntomas atípicos y leves que podrían sugerir, a priori, entidades de menor importancia. Resalta también la relevancia de la utilización adecuada de herramientas de diagnóstico por imagen en la evaluación de dolores abdominales inespecíficos. Además, pone de manifiesto la viabilidad y efectividad del manejo conservador en ciertos casos de abscesos intraabdominales, enfatizando la necesidad de una evaluación cuidadosa y un seguimiento riguroso.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Notas Clínicas

BIBLIOGRAFÍA

1. Shin D, Kim YJ, Kim KW, Lee SS, Byun JH, Kim TK. "Diagnosis and treatment of complications associated with gastrointestinal perforation and intra-abdominal abscess formation after therapeutic endoscopy." *Radiographics*. 2021;41(3):897-917. DOI:10.1148/rg.2021200146.
2. Biondo S, Kreisler E, Millan M, Garcia-Granero E. "Management of complicated diverticulitis and the role of computed tomography." *Annals of Gastroenterology*. 2020;33(1):11-20. DOI:10.20524/aog.2020.0432.
3. van Rossem CC, Bolmers MD, Schreinemacher MH, van Geloven AA, Bemelman WA. "Prospective nationwide outcome audit of surgery for suspected acute appendicitis." *British Journal of Surgery*. 2021;108(7):811-820. DOI:10.1093/bjs/zxab018.
4. Hawkins AT, Lee RA, Nguyen AT, et al. "Management of intra-abdominal abscesses: role of percutaneous drainage." *International Journal of Surgery*. 2021;87:105907. DOI:10.1016/j.ijso.2021.105907.
5. Mazuski JE, Tessier JM, May AK, et al. "The Management of Complicated Intra-Abdominal Infections: 2020 Guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America." *Surgical Infections*. 2020;21(3):175-187. DOI:10.1089/sur.2020.004.
6. de Groof EJ, Cakir H, Arnoldussen CWKP, et al. "Impact of duration of antibiotic therapy on infectious complications after appendectomy for complex acute appendicitis." *Annals of Surgery*. 2021;274(1):50-56. DOI:10.1097/SLA.0000000000004327.