

Patología infecciosa/iatrogénica retroperitoneal

Olivares Prado Gonzalo, Schneider Magdalena, Coto Solari Lorena, Robles Roxana, Cadena Alejandro, Mazzuco Juan

Argus Diagnóstico Médico

Introducción

- La infección del espacio retroperitoneal es una patología que conlleva a un largo periodo de internación, asociado a una alta tasa de morbimortalidad.
- Es debido a la clínica solapada con la que se presenta la patología de este espacio que el rol de la ecografía y de la tomografía computada multislice (TCMS) son parte esencial en su orientación diagnóstica.

Objetivos

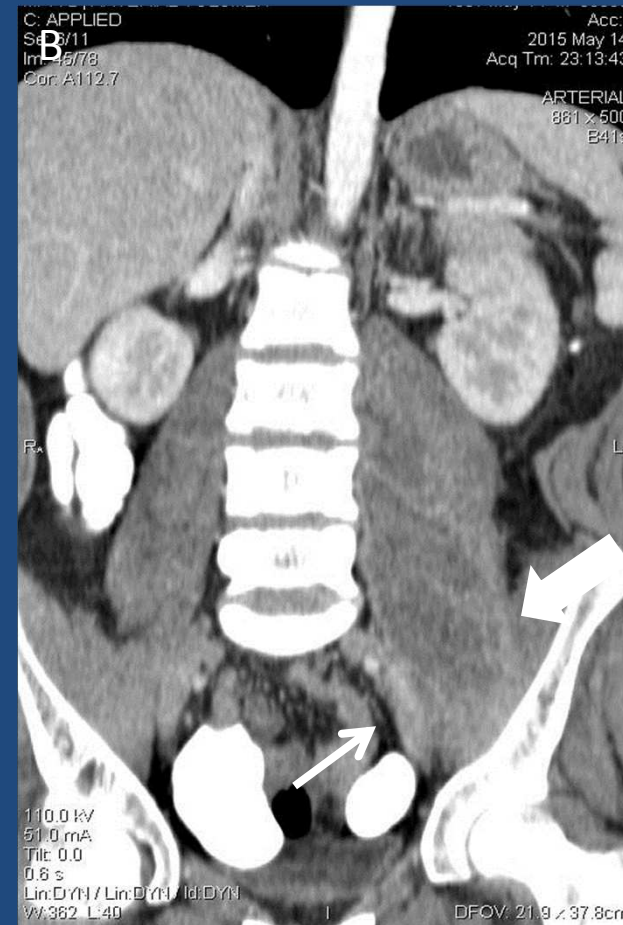
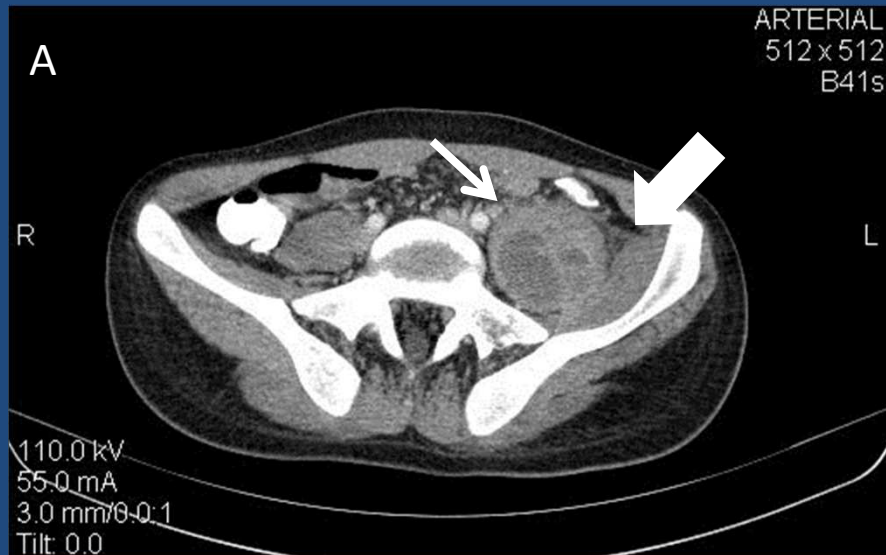
- Reconocer las patologías retroperitoneales infecciosas/iatrogénicas más frecuentes y poder identificar los signos tomográficos asociados a ellas, para así poder guiar hacia una conducta médica adecuada.

- Dentro del retroperitoneo se encuentran: los riñones, parte del páncreas y del duodeno.
- La patología más frecuentemente asociada a la retroperitonitis es la infecciosa del páncreas.
- No solo los órganos sólidos son focos de infección del retroperitoneo, las colecciones asociadas a perforación de duodeno o colon, pueden producir cambios inflamatorios en dicho espacio.

- A continuación revisaremos algunos casos seleccionados de nuestra casuística.

Caso N°1

- Paciente de 18 años de edad que concurre a la guardia de esta institución, presentando dolor e impotencia funcional.
- Se realiza TC de tórax abdomen y pelvis con contraste E.V.

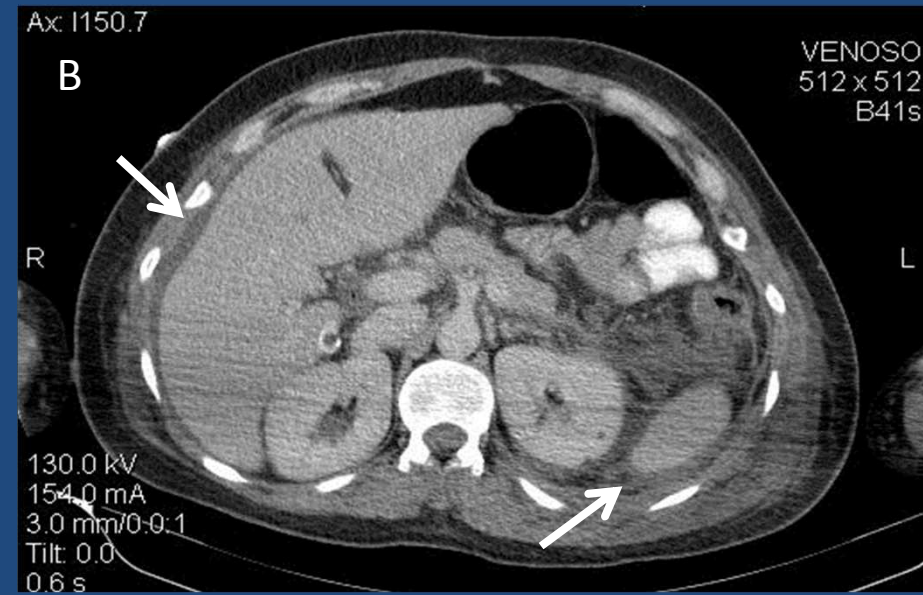
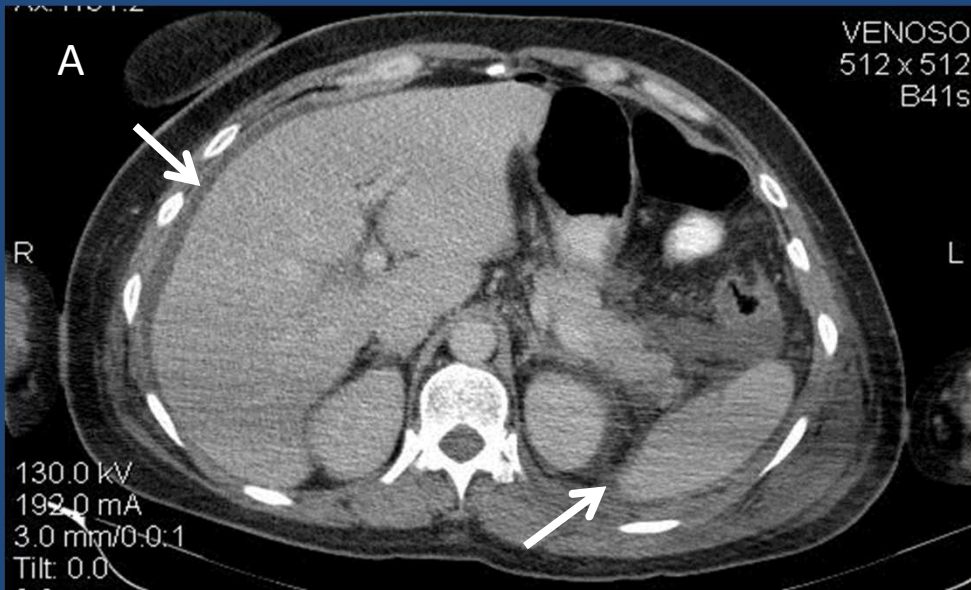


Figuras A y B – Corte axial en fase arterial (A) y reconstrucción coronal (B) donde se reconoce aumento del tamaño y espesor del músculo psoas izquierdo en toda su extensión, con densidad heterogénea, y áreas hipodensas de aspecto líquido, e intenso realce luego de la administración del contraste endovenoso (flecha). Se asocia a tenue trabeculación de los planos grasos adyacentes (flecha gruesa).

Se diagnostica absceso de psoas.

Caso N°2

- Paciente femenina de 35 años, ingresa a este establecimiento para realizarse una CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica). Luego de la intervención refiere dolor abdominal y se constata aumento de la amilasa.
- Se decidió realizar TC de abdomen con contraste E.V.

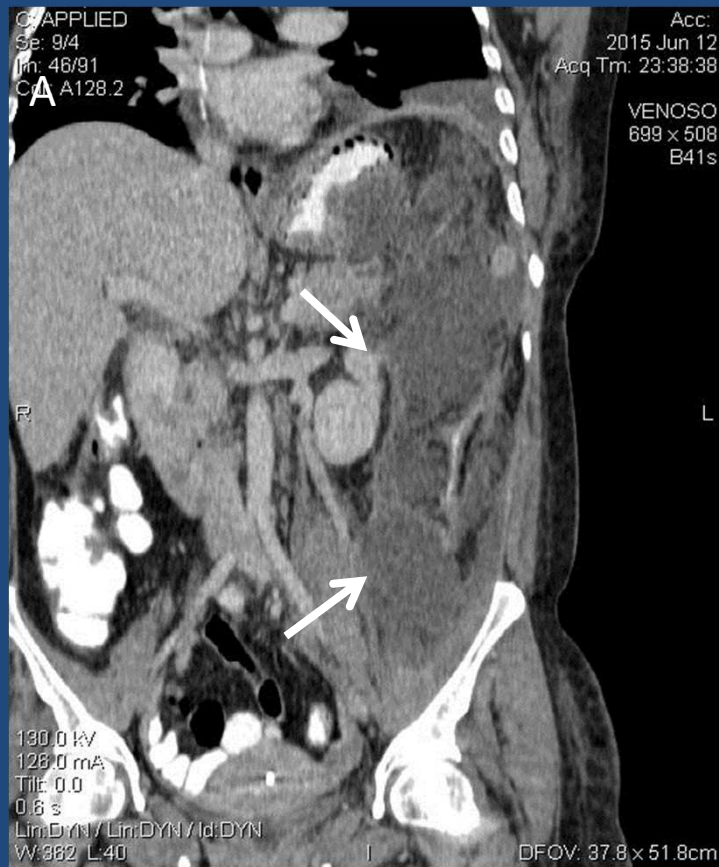


Figuras A y B – Cortes axiales en fase venosa (A y B) donde se reconoce la glándula pancreática con realce homogéneo, sin evidencia de imágenes focales.

Se constato la presencia de líquido libre (flechas) perihepático, periesplénico e interasas, con tendencia a la loculación a nivel del hemiabdomen izquierdo; que se extiende hacia el fondo de saco de Douglas.

Se realizaron múltiples controles, sin evidenciar signos inflamatorios a nivel del parénquima pancreático.

Se arribo al diagnostico de fistula pancreática.

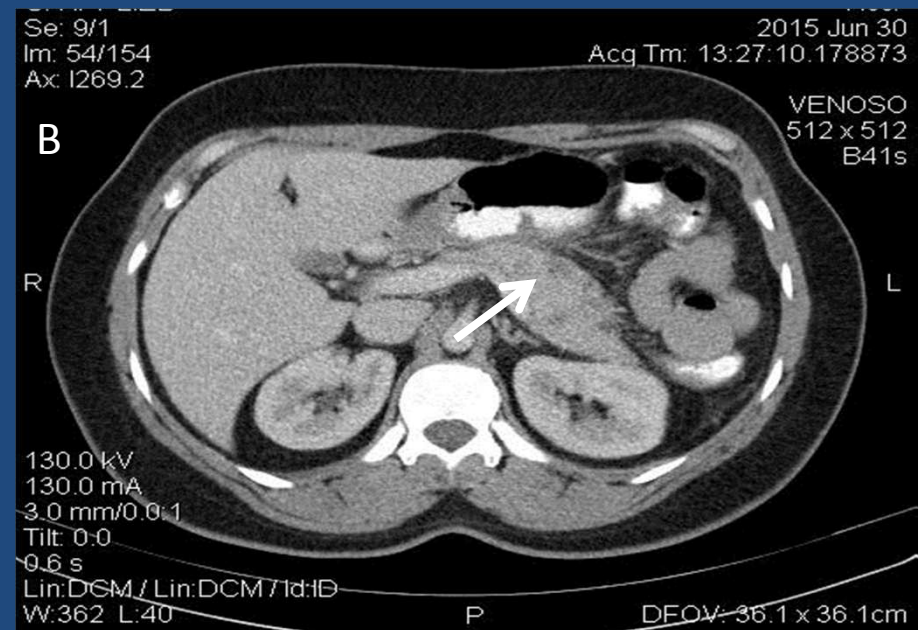
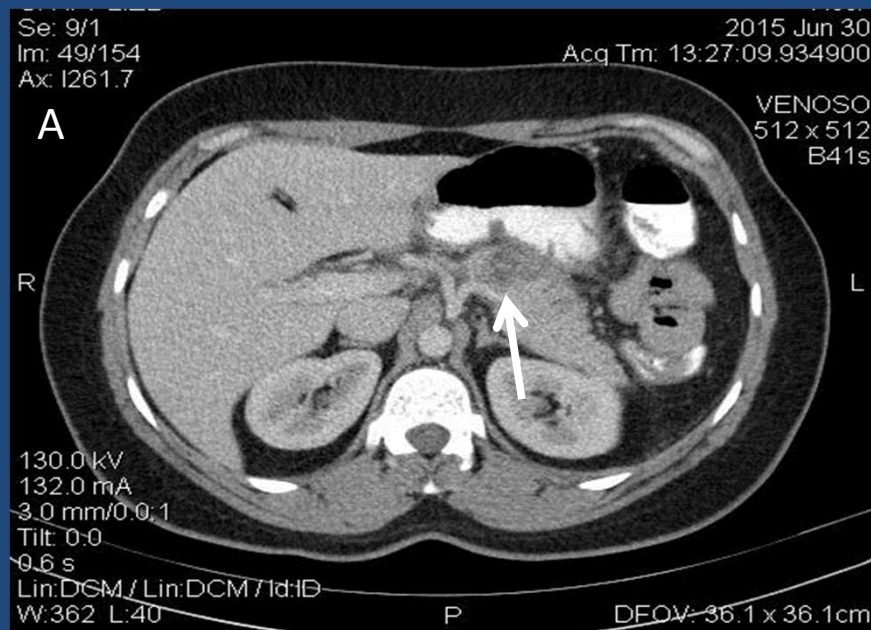


Figuras A y B – Reconstrucciones coronales en fase venosa (A y B).

Nótese como se fue organizando el liquido libre, a diferencia de la TC previa (flechas).

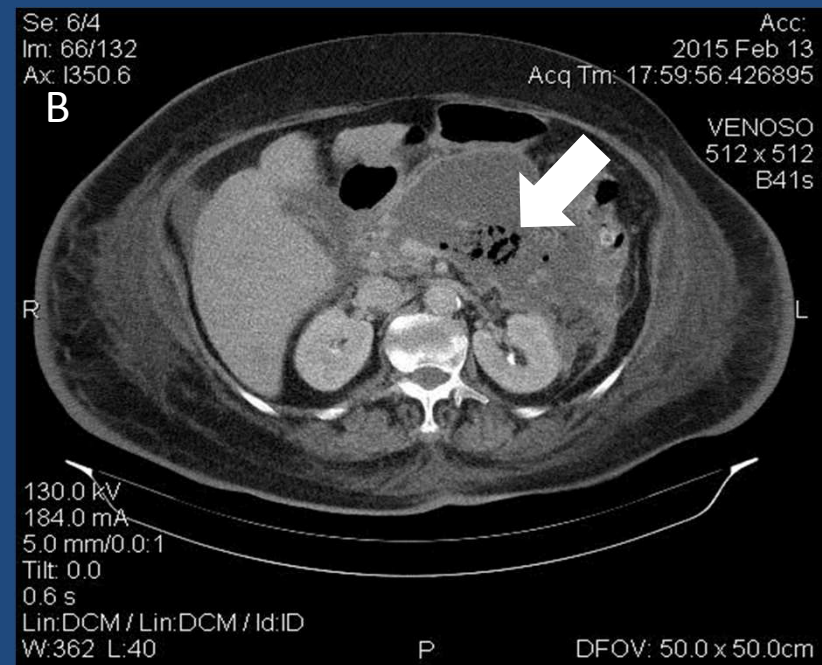
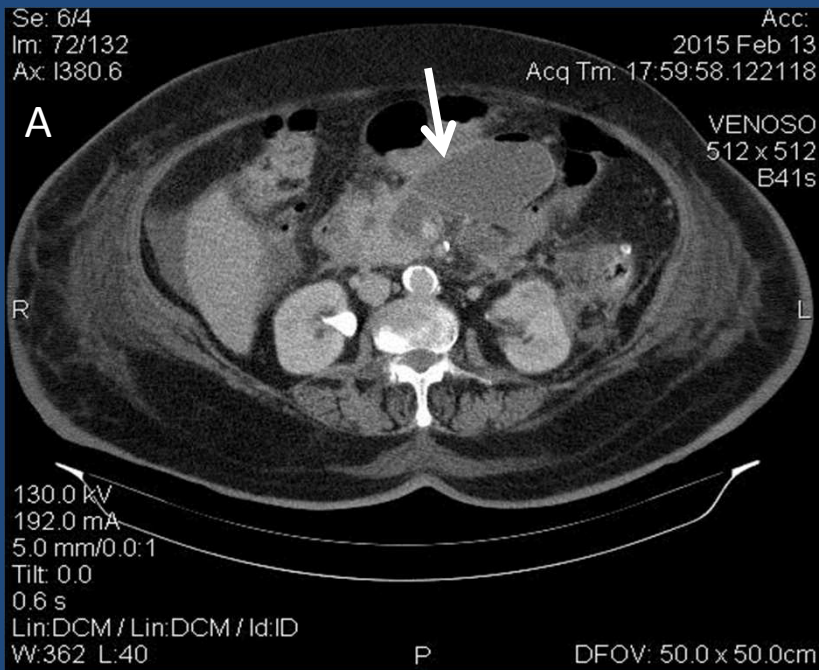
Pancreatitis

Seleccionamos algunos casos en los que se reconoce en grado variable, distinta afectación del páncreas.



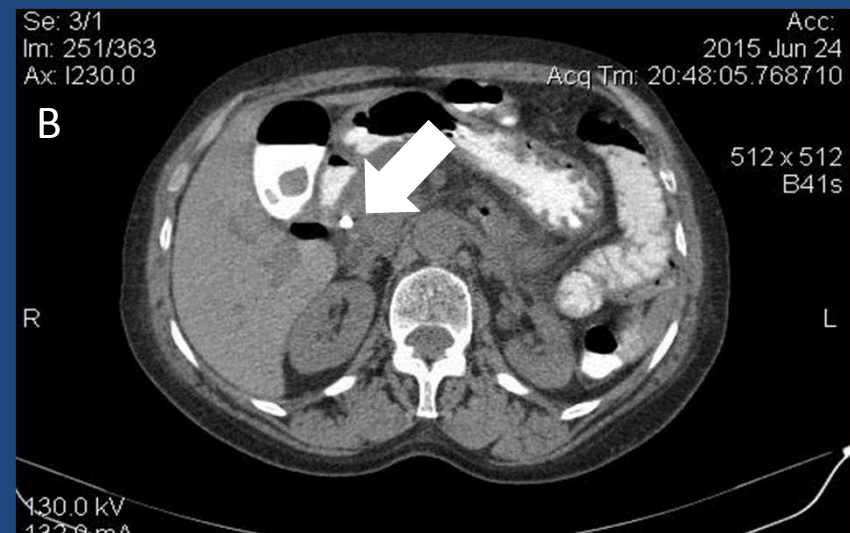
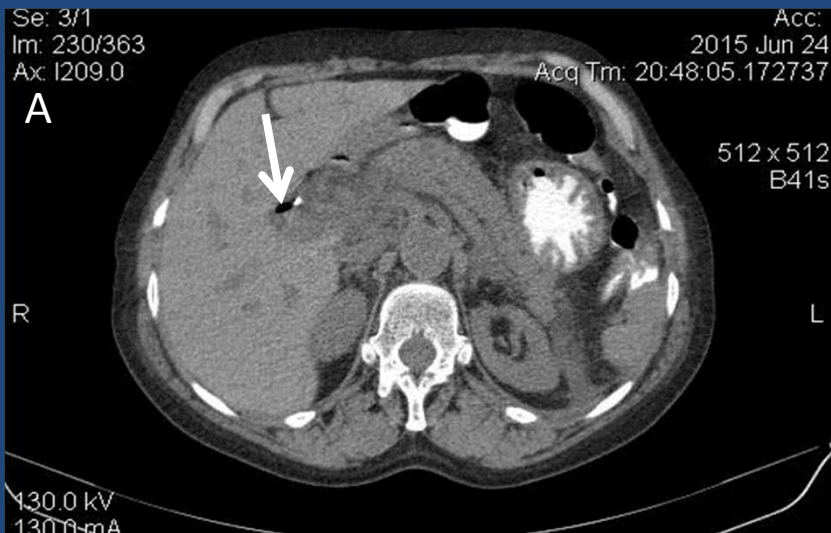
Figuras A y B – Cortes axiales en fase venosa. Se evidencia alteración morfológica del páncreas, el mismo se encuentra aumentado de tamaño, con márgenes lobulados, cambios inflamatorios y colecciones en espacios peripancreáticos. El parénquima glandular realza en forma heterogénea luego de administrado el contraste E.V., con sectores hipocaptantes compatibles con áreas de necrosis, que comprometen menos de 30 % de la glándula (flechas).

Pancreatitis



Figuras A y B – Cortes axiales en fase venosa. Se identifica incremento volumétrico de la glándula pancreática, con modificaciones en el patrón de perfusión con áreas de menor captación en la región corpo-cefálica (flecha). Se advierte extensa colección a nivel de la trascavidad de los epiplones, asociado a múltiples burbujas aéreas (flecha gruesa).

Pancreatitis



Figuras A y B – Cortes axiales en fase venosa. Se observaron aisladas burbujas aéreas en la vía biliar (aerobilia) (flecha). Vesícula biliar presente, con material de contraste en su interior, litiásica. Presencia de tubo de Kehr en la vía biliar extra hepática (flecha gruesa). El páncreas se encuentra aumentado de tamaño, particularmente en la porción cefálica y cuello. No se observan alteraciones de la grasa peri pancreática en dicha topografía.

Conclusiones

- La retroperitonitis es una entidad variada, con distinta clínica y etiología, por lo cual la adecuada valoración del grado de afectación del espacio retroperitoneal mediante TCMS, es algo que todo radiólogo debe poder manejar.

Bibliografía

- Body TC con correlacion RM, cap 15 y 16. Lee,Sagel,Stanley,Heiken. Marban
- Retroperitonitis. Robert B. Sawyer, MD; Kenneth C. Sawyer, MD; Kurt Mikolaschek, MD; William F. Manke, MD.
- Pancreatitis aguda, indice de severidad por TC. Y. Núñez Delgado, M. Eisman Hidalgo, M. A. Garrido Collado; Granada/ES. Seram 2012
- Absceso del psoas: revisión de la literatura y estado actual. J.F. MEDINA, MD, V.H VIVAS, MD. Rev Colombia Cirugia, 2004