



Hematoma retroperitoneal abscesado como complicación tardía de adrenalectomía: reporte de caso.

Abscessed retroperitoneal hematoma as a late complication of adrenalectomy: a case report.

Carrillo - Barraza S.,¹ De la Cruz - Rivera D.S.²

1 Departamento de Cirugía General, Hospital General Universitario Dr. Jarquín del Valle Sánchez Av. Juárez No. 951, Primero de Cobián Centro, 27000 Torreón, Coah.

2 Clínica Salud Municipal, Calz Guadalupe Victoria 202, Las Brisas, 35153 Lerdo, Dgo.

Autor de correspondencia: Dra. Sarahi Carrillo Barraza

Correo electrónico: carrillosarahi904@gmail.com

RESUMEN

El hematoma retroperitoneal es una complicación poco frecuente posterior a la adrenalectomía; sin embargo, su evolución hacia absceso representa una condición potencialmente grave, asociada a elevada morbilidad cuando el diagnóstico y tratamiento se retrasan. Su presentación clínica suele ser inespecífica, manifestándose con fiebre sin foco aparente, dolor abdominal o lumbar y datos de respuesta inflamatoria sistémica, lo que dificulta su reconocimiento temprano. Entre los factores predisponentes se encuentran los procedimientos quirúrgicos recientes, la persistencia de colecciones no drenadas y el estado inmunológico comprometido, particularmente en pacientes oncológicos. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica apoyada por estudios de imagen, siendo la tomografía axial computarizada el método de elección para identificar colecciones retroperitoneales y datos de infección. El tratamiento depende del estado clínico del paciente y de las características de la colección, requiriendo antibioterapia de amplio espectro y, en la mayoría de los casos, drenaje percutáneo o quirúrgico. Se presenta el caso de un paciente masculino de 76 años con antecedente de nefrectomía derecha por carcinoma renal de células claras metastásico y adrenalectomía, quien desarrolló colecciones retroperitoneales izquierdas sugestivas de absceso, requiriendo manejo hospitalario especializado.

Palabras clave: Hematoma retroperitoneal, absceso retroperitoneal, adrenalectomía, complicaciones postquirúrgicas, drenaje.

ABSTRACT

Retroperitoneal hematoma is an uncommon complication following adrenalectomy; however, its progression to abscess represents a potentially life-threatening condition associated with high morbidity and mortality when diagnosis and treatment are delayed. Clinical presentation is often nonspecific, including fever without an identifiable source, abdominal or flank pain, and systemic inflammatory response, which may delay early recognition. Predisposing factors include recent surgical procedures, persistent undrained collections, and immunocompromised states, particularly in oncologic patients. Diagnosis relies on clinical suspicion supported by imaging studies, with computed tomography being the modality of choice to identify retroperitoneal collections and signs of infection. Treatment depends on the patient's clinical condition and characteristics of the collection, requiring broad-spectrum antibiotic therapy and, in most cases, percutaneous or surgical drainage. We present the case of a 76-year-old male with a history of right nephrectomy for metastatic clear cell renal carcinoma and adrenalectomy, who developed left retroperitoneal collections suggestive of abscess, requiring specialized hospital management.

Keywords: Retroperitoneal hematoma, retroperitoneal abscess, adrenalectomy, postoperative complications, drainage

INTRODUCCIÓN

La adrenalectomía es un procedimiento generalmente seguro; sin embargo, puede asociarse a complicaciones como sangrado, hematomas y formación de colecciones retroperitoneales. Aunque poco frecuentes, estas colecciones pueden sobreinfectarse y evolucionar a abscesos, especialmente en pacientes con antecedentes oncológicos, múltiples procedimientos quirúrgicos o comorbilidades. La presentación clínica puede ser inespecífica, con fiebre, dolor abdominal o lumbar y datos de respuesta inflamatoria, por lo que el diagnóstico puede retrasarse. La tomografía computarizada es fundamental para identificar la localización y extensión de las colecciones, así como para orientar el tratamiento, que puede incluir antibioticoterapia y drenaje percutáneo o quirúrgico. Presentamos el caso de un paciente masculino de 76 años, con antecedente de carcinoma renal de células claras metastásico, nefrectomía derecha y adrenalectomía izquierda, quien desarrolló una colección retroperitoneal izquierda con características sugestivas de absceso en el periodo posoperatorio, destacando la importancia del diagnóstico oportuno y del adecuado control del foco infeccioso.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 50 años que ingresa a esta unidad médica con hallazgos clínicos e imagenológicos compatibles con absceso perirrenal izquierdo, antecedentes de relevancia Diabetes Mellitus tipo 2 con dos años de evolución en tratamiento con metformina. Antecedentes quirúrgicos múltiples, incluyendo nefrectomía derecha secundaria a carcinoma renal de células claras con metastasis a glándula suprarrenal izquierda con posterior adrenalectomía izquierda, hernioplastia inguinal, laparotomía exploradora refiriendo complicaciones postquirúrgicas con la consecuente hernioplastia abdominal con malla, resección de quiste pancreático y apendicectomía, resto negado.

RESULTADOS

Paciente masculino de 76 años con antecedente de nefrectomía derecha secundaria a carcinoma renal de células claras con metástasis a glándula suprarrenal, sometido a adrenalectomía izquierda el 01/03/2026. Inicia su padecimiento actual cuatro días previos a su ingreso, caracterizado por picos febriles no cuantificados sin foco aparente. Durante su hospitalización inicial se realizó tomografía axial computarizada de abdomen simple, en la cual se identificaron colecciones retroperitoneales izquierdas,

la de mayor tamaño localizada en el espacio pararenal anterior, con dimensiones de $91 \times 40 \times 77$ mm y un volumen aproximado de 160 cc, con características sugestivas de absceso, motivo por el cual es referido a esta unidad para valoración por el servicio de cirugía.



Figura 1.- Absceso retroperitoneal izquierdo suprarrenal.

A su ingreso, el paciente se encontraba alerta, consciente, orientado y cooperador, neurológicamente íntegro, con escala de Glasgow de 15 puntos sin datos de focalización. A la exploración física destacó aumento de volumen en órbita izquierda secundario a enfermedad metastásica, con movimientos oculares conservados y pupilas isocóricas normorreactivas. Las mucosas se encontraron parcialmente hidratadas y la cavidad oral con adecuada higiene, sin evidencia de sangrado gingival. El cuello se observó cilíndrico, con tráquea central y móvil, sin adenomegalias palpables. El tórax fue brevilineo, con movimientos de amplexión y amplexación conservados, adecuada entrada y salida de aire, con hipoventilación en base pulmonar derecha, sin estertores ni sibilancias, sin datos de síndrome pleuropulmonar. El área precordial presentó ruidos cardíacos rítmicos, de adecuada intensidad, sin soplos ni ruidos agregados. El abdomen se encontró plano, blando, depresible, sin datos de irritación peritoneal, sin hepatomegalia ni esplenomegalia palpables. Las extremidades superiores e inferiores se observaron íntegras, simétricas, con pulsos presentes y llenado capilar menor de 3 segundos, fuerza muscular conservada y sin presencia de edema ni hematomas. Signos de trombosis venosa profunda como Homans y Olow negativos. En los estudios de

laboratorio, la biometría hemática reportó leucocitosis con neutrofilia marcada: leucocitos $18.0 \times 10^3/\mu\text{L}$, eritrocitos $2.53 \times 10^6/\mu\text{L}$, hemoglobina 7.0 g/dL, hematocrito 26.3%, VCM 98.1 fL, HCM 30.6 pg, CHCM 31.2 g/dL, RDW 12.6%, plaquetas $335 \times 10^3/\mu\text{L}$, neutrófilos 92%, linfocitos 5%, eosinófilos 3%. La química sanguínea mostró glucosa 96 mg/dL, BUN 17 mg/dL, urea 36.38 mg/dL, creatinina 1.4 mg/dL y ácido úrico 4.3 mg/dL. En los electrolitos séricos se identificó hipokalemia leve e hipomagnesemia leve (sodio 139 mEq/L, potasio 3.3 mEq/L, cloro 98 mEq/L, calcio 7.3 mg/dL, fósforo 3.0 mg/dL, magnesio 1.2 mg/dL). Los hallazgos tomográficos, en conjunto con la clínica y los datos de laboratorio, fueron compatibles con colecciones retroperitoneales izquierdas sugestivas de absceso en el contexto de complicación

DISCUSIÓN

El hematoma retroperitoneal es una complicación poco frecuente posterior a la adrenalectomía, pero puede adquirir relevancia clínica significativa cuando evoluciona a infección secundaria y formación de absceso. Aunque la adrenalectomía, particularmente por vía laparoscópica, se considera un procedimiento seguro con baja tasa de complicaciones, se han reportado eventos hemorrágicos en un pequeño porcentaje de casos, los cuales pueden progresar a colecciones organizadas susceptibles de sobreinfección. La morbilidad asociada aumenta considerablemente cuando el diagnóstico y tratamiento no se realizan de forma oportuna (Brunt LM, 2002). Desde el punto de vista fisiopatológico, el hematoma retroperitoneal postquirúrgico se origina generalmente por sangrado de pequeños vasos no identificados, lesión de la vena suprarrenal o sangrado residual del lecho quirúrgico. En la mayoría de los casos, estos hematomas se reabsorben espontáneamente; sin embargo, cuando persisten, pueden servir como medio de cultivo para la proliferación bacteriana. La sobreinfección puede ocurrir por contaminación intraoperatoria, diseminación hematógena o translocación bacteriana, especialmente en pacientes con factores predisponentes como diabetes mellitus, inmunosupresión o procedimientos prolongados (Walz MK, 2006). La evolución hacia absceso retroperitoneal se asocia con el tamaño del hematoma, la presencia de necrosis tisular y la persistencia de colecciones no drenadas. En este contexto, microorganismos gramnegativos entéricos y anaerobios son los agentes más frecuentemente implicados. Clínicamente, la presentación suele ser insidiosa, caracterizada por fiebre persistente, dolor abdominal o lumbar, malestar general y, en algunos casos, datos de respuesta inflamatoria sistémica. Esta presentación inespecífica contribuye al retraso diagnóstico, lo que

incrementa el riesgo de complicaciones graves (Kebebew E, 2006). La tomografía axial computarizada contrastada constituye el método diagnóstico de elección, ya que permite diferenciar entre hematoma simple y colección abscesificada. Hallazgos como la presencia de gas intralesional, niveles hidroaéreos, realce periférico tras la administración de contraste y cambios inflamatorios en tejidos adyacentes son altamente sugestivos de infección. Asimismo, la tomografía permite evaluar la extensión de la colección y planificar el abordaje terapéutico (Craig WD, 2008). El manejo de esta complicación debe ser individualizado. En etapas iniciales, el tratamiento antibiótico de amplio espectro dirigido contra bacterias gramnegativas y anaerobias constituye la base terapéutica. No obstante, múltiples estudios han demostrado que el tratamiento conservador suele ser insuficiente en presencia de colecciones organizadas o abscesos establecidos. En estos casos, el drenaje percutáneo guiado por imagen se considera la primera línea de tratamiento, ya que permite un adecuado control del foco infeccioso con menor morbilidad en comparación con la cirugía abierta (Huang CJ, 2012). El drenaje quirúrgico queda reservado para pacientes con deterioro clínico, abscesos multiloculados, falla del drenaje percutáneo o sospecha de sangrado activo persistente. Aunque se asocia con mayor riesgo, ofrece un control definitivo en casos complejos. La decisión terapéutica debe basarse en la condición clínica del paciente, características de la colección y disponibilidad de recursos (Coelho R, 2015). En el caso presentado, la progresión de un hematoma retroperitoneal hacia absceso posterior a adrenalectomía pone de manifiesto la importancia de la vigilancia estrecha en el postoperatorio, así como la necesidad de mantener un alto índice de sospecha ante la persistencia de síntomas sistémicos. Factores como el tamaño de la colección, la presencia de gas y los datos de respuesta inflamatoria sistémica se correlacionan con mayor gravedad y necesidad de intervención. Finalmente, la evidencia disponible sugiere que el diagnóstico temprano mediante tomografía, junto con el drenaje oportuno y el uso adecuado de antibioticoterapia, son determinantes clave en la evolución favorable de estos pacientes. El abordaje multidisciplinario resulta fundamental para optimizar los resultados y reducir la morbilidad asociada a esta complicación poco frecuente pero potencialmente grave (Falagas, 2010)

CONCLUSIÓN

El hematoma retroperitoneal postadrenalectomía puede evolucionar a absceso, especialmente en pacientes oncológicos. La fiebre sin foco debe hacer sospechar esta complicación. La tomografía permite el diagnóstico

oportuno, y el manejo con antibióticos más drenaje es fundamental para reducir la morbilidad

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores declaran la ausencia de potenciales conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- Akhan, O., Durmaz, H., Balci, S., Birgi, E., Çiftçi, T., & Akinci, D. (2020). Percutaneous drainage of retroperitoneal abscesses: Variables for success, failure, and recurrence. *Diagnostic and Interventional Radiology*, 26(2), 124–130. <https://doi.org/10.5152/dir.2019.19199>
- Aporowicz, M., Domosławski, P., Czopnik, P., Sutkowski, K., & Kaliszewski, K. (2018). Perioperative complications of adrenalectomy—12 years of experience from a single center/teaching hospital and literature review. *Archives of Medical Science*, 14(5), 1010–1019. <https://doi.org/10.5114/aoms.2018.77257>
- Brunt, L. M. (2002). The positive impact of laparoscopic adrenalectomy on complications of adrenal surgery. *Surgical Endoscopy*, 16(2), 252–257. <https://doi.org/10.1007/s00464-001-8302-8>
- Craig, W. D., Wagner, B. J., & Travis, M. D. (2008). Pyelonephritis: Radiologic-pathologic review. *RadioGraphics*, 28(1), 255–277. <https://doi.org/10.1148/rg.281075171>
- Henry, J. F., Defechereux, T., Raffaelli, M., Lubrano, D., & Gramatica, L. (2000). Complications of laparoscopic adrenalectomy: Results of 169 consecutive procedures. *World Journal of Surgery*, 24, 1342–1346. <https://doi.org/10.1007/s002680010222>
- Lübke, T., et al. (2016). Diagnosis and treatment of retroperitoneal abscesses. *Der Urologe*, 55, 781–787.
- Shen, W. T., Lee, J., Kebebew, E., Clark, O. H., & Duh, Q.-Y. (2006). Selective use of steroid replacement after adrenalectomy: Lessons from 331 consecutive cases. *Archives of Surgery*, 141(8), 771–776. <https://doi.org/10.1001/archsurg.141.8.771>
- Thompson, L. H., Nordenström, E., Almquist, M., Jacobsson, H., & Bergenfelz, A. (2017). Risk factors for complications after adrenalectomy: Results from a comprehensive national database. *Langenbeck's Archives of Surgery*, 402, 315–322. <https://doi.org/10.1007/s00423-016-1535-8>
- Walz, M. K., Alesina, P. F., Wenger, F. A., Deligiannis, A., Szuczik, E., Petersenn, S., Ommer, A., Groeben, H., Peitgen, K., Janssen, O. E., Philipp, T., Neumann, H. P. H., Schmid, K. W., & Mann, K. (2006). Posterior retroperitoneoscopic adrenalectomy—Results of 560 procedures in 520 patients. *Surgery*, 140(6), 943–948. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2006.07.039>