

ABSCESO DEL FONDO DE SACO DE DOUGLAS. Diagnóstico y tratamiento.

Dr. Lázaro Quevedo Guanche (1)

1. Diagnóstico

Se realizará de acuerdo a los antecedentes, síntomas y signos del paciente y los exámenes complementarios específicos para esta entidad

1.1 Antecedentes

- 1.1.1. Proceso inflamatorio agudo del abdomen o pelvis
- 1.1.2. Operaciones previas sobre el abdomen o pelvis
- 1.1.3. Traumatismo abdominal, pelviano o ambos

1.2. Síntomas y Signos

Debe sospecharse la presencia de esta complicación en todo paciente que, con los antecedentes señalados, presente:

- 1.2.1. Fiebre
- 1.2.2. Distensión abdominal, diarreas con pujo, tenesmo, o ambos
- 1.2.3. Dolor o abombamiento del fondo de saco de Douglas al tacto rectal, vaginal o ambos.

1-2-4- Siempre se debe descartar la presencia de una lesión intraabdominal concomitante.

1.3. Exámenes de diagnóstico:

- 1.3.1. Hemograma
- 1.3.2. Eritrosedimentación
- 1.3.3. Punción del fondo de saco de Douglas
- 1.3.4. Ultrasonografía abdominal, transvaginal o transrectal
- 1.3.5. TAC del abdomen

2. Tratamiento

En general el tratamiento del absceso del Douglas se basa en:

- 2.1. Tratamiento de la infección y de la población bacteriana con antibióticos específicos
- 2.2. Incisión y drenaje por colpotomía posterior en la mujer o a través de la pared anterior del recto en el hombre, en niños y en la mujer virgen
- 2.3. Anestesia : General o espinal

(1) Dr. en Ciencias Médicas. Profesor Auxiliar de Cirugía, I.S.C.M.-H.
Especialista de 2do. Grado en Cirugía General. Hospital C. Q. Docente
Hermanos Ameijeiras. Miembro del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP.

2.4. Detalles de técnica.

- 2.4.1. Posición ginecológica o de litotomía
- 2.4.2. Colocación de una valva o espéculo vaginal o rectal (Según el sexo) con dilatación previa del esfínter anal en el hombre y en los niños.
- 2.4.3. Punción del absceso con una aguja larga montada en jeringuilla
- 2.4.4. El pus obtenido se enviará al laboratorio de microbiología para hacer el estudio directo de la flora bacteriana (gram) , cultivo y antibiograma.
- 2.4.5. Guiándose por la aguja se practicará una incisión transversal pequeña, por la cual se introducirá una pinza larga y curva, cerrada, que abriremos ampliamente después.
- 2.4.6. Se introduce el dedo índice enguantado por la abertura, para romper los tabiques del absceso.
- 2.4.7. Se dejará drenaje con un tubo grueso semiblando, con un aditamento para evitar su deslizamiento involuntario hacia el exterior de la cavidad del absceso (Sonda de Pezzer destechada, sonda de Foley o fijación de una pequeña rama en T en la parte distal del tubo de drenaje).
- 2.4.8. En los pacientes con abscesos pelvianos altos, el drenaje se hará por medio de laparoscopia o laparotomía.

2.5. Post Operatorio

- 2.5.1. Continuar con las medidas de soporte y los antibióticos.
- 2.5.2. El drenaje se movilizará el cuarto día y se retirará cuando no sea útil.
- 2.5.3. Como medidas de control de la evolución del absceso debe realizarse eritrosedimentación semanal, así como ultrasonido y TAC, si fuera necesario.