



Drenaje lumbar de absceso retroperitoneal gigante secundario a pancreatitis necrosante

Sr. Director:

La pancreatitis aguda puede tener una evolución muy variable. La mortalidad de las formas graves supera el 20% en la mayoría de los pacientes como consecuencia de la sepsis o el fallo multiorgánico¹⁻³. La necrosis y el absceso pancreático son complicaciones muy graves, con un tratamiento quirúrgico que se asocia a una importantísima morbilidad, pero con curso evolutivo fatal si no lo recibe. Todos los autores están de acuerdo en el desbridamiento del absceso pancreático, pero permanece todavía en debate el tipo de drenaje empleado^{4,5}. Presentamos el caso clínico de una mujer de 79 años de edad con el antecedente clínico de una pancreatitis aguda necrosante, que acude a urgencias por dolor abdominal localizado en vacío y región lumbar izquierda, náuseas y síndrome febril de 1 semana



Fig. 1. Imagen de tomografía computarizada abdominopelviana, en la que se ve un gran absceso retroperitoneal de 16 × 10 cm, desde la cola del páncreas hacia los espacios pararenales anterior y posterior, continúa por el flanco izquierdo y afecta a los músculos oblicuos a escasa distancia de la piel y el músculo iliopsoas.

de evolución. En la exploración física destaca la palpación de una gran masa que ocupa todo el flanco izquierdo, asociado a una placa de celulitis con zonas de fluctuación a nivel lumbar. La analítica revela una importante leucocitosis con desviación izquierda (20.090 leucocitos; el 85% neutrófilos y el 24% cayados). Se realiza de forma urgente una tomografía computarizada (TC) abdominopelviana (fig. 1) con el hallazgo de una extensa colección líquida de 16 × 10 cm, desde la cola del páncreas hacia los espacios pararenales anterior y posterior, que continúa por el flanco izquierdo y afecta a los músculos oblicuos a escasa distancia de la piel y el músculo iliopsoas. Se realiza incisión lumbar, drenaje de la cavidad y eliminación de los secuestros pancreáticos con visión directa. La evolución de la paciente fue muy buena, y en el TC de control se objetivó la resolución completa del absceso.

**Francisco Javier González Rodríguez,
Manuel Bustamante Montalvo, Rosa Álvarez Seoane
y Joaquín Potel Lesquereaux**

Servicio de Cirugía General. Hospital Clínico Universitario.
Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Bibliografía

1. Ciesek S, Manns MP, Kruger M. [Retroperitoneal abscess in a man with severe necrotizing pancreatitis]. *Dtsch Med Wochenschr.* 2006;8;131:1937-40.
2. Hookey LC, Debroux S, Delhay M, Arvanitakis M, Le Moine O, Deviere J. Endoscopic drainage of pancreatic-fluid collections in 116 patients: a comparison of etiologies, drainage techniques, and outcomes. *Gastrointest Endosc.* 2006;63:635-43.
3. Isaji S, Takada T, Kawarada Y, Hirata K, Mayumi T, Yoshida M, et al. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: surgical management. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2006;13:48-55.
4. Nigro C, Brisinda G, Matera D, Maria G, Brandara F, Sganga G, et al. [Treatment of pancreatic necrosis and secondary pancreatic infections]. *Chir Ital.* 2002;54:455-68.
5. Cinat ME, Wilson SE, Din AM. Determinants for successful percutaneous image-guided drainage of intra-abdominal abscess. *Arch Surg.* 2002;137:845-9.