

# Absceso pancreático de origen extraglandular

## Extra-glandular pancreatic abscess

Los abscesos pancreáticos son complicaciones tardías (4 a 6 semanas) de la pancreatitis. Consisten en colecciones intraabdominales circunscritas de pus, próximas al páncreas. Contienen muy poco o ningún tejido necrótico, a diferencia de la necrosis pancreática infectada, donde predomina la destrucción y el material es pastoso. Surgen como consecuencia de una pancreatitis; aparece necrosis infectada hasta en el 10% de las pancreatitis agudas y en el 30-40% de las pancreatitis necrosantes. Debido a la existencia de dicho pus líquido son habitualmente susceptibles de drenaje a través de un catéter transcutáneo<sup>1,2</sup>, al que se suma la antibioterapia. Todo pseudoquistes infectado debe considerarse como un absceso pancreático y los abscesos cuyo foco de origen se encuentra a distancia de la glándula son excepcionales.

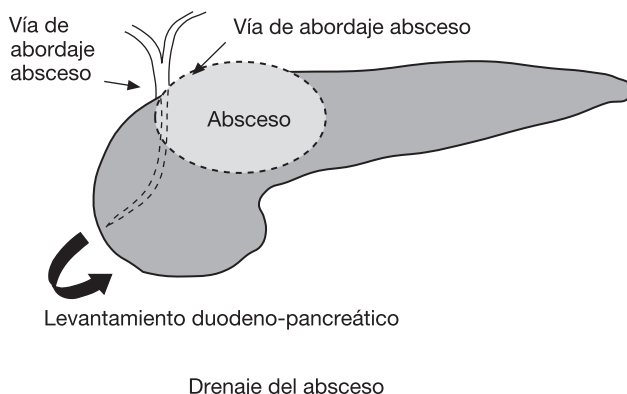
Presentamos un varón de 74 años que acude al servicio de urgencias por fiebre, dolor abdominal e ictericia. A la exploración destaca un dolor mesogástrico sin signos de

irritación peritoneal y en la analítica, una colestasis extrahepática con bilirrubina total de 3,8 mg/dl. El paciente requiere ingreso en UCI por shock séptico, y se inicia antibioterapia empírica. La TC abdominal mostraba afectación peripancreática con burbujas en su interior, sin poder marcar punto de drenaje ante la imposibilidad de acceso percutáneo a la zona, y una trombosis portal con aumento de la circulación colateral (fig. 1). La colangiopancreatografía por resonancia magnética mostraba una lesión con contenido líquido en la cabeza pancreática. Ante la persistencia del cuadro séptico, se realiza una laparotomía exploradora por vía de acceso subcostal derecha, que confirma un absceso retropancreático que requirió desbridamiento y drenaje. En el postoperatorio inmediato en 4 frascos de hemocultivo crece *Streptococcus milleri*, germen de la flora habitual orofaríngea, del tubo digestivo y la vagina, con capacidad de migrar a otros parénquimas. Reexplorado el paciente, se confirma un absceso peridentario y en el sexto día postoperatorio se extrajo el tercer molar derecho. La TC de control mostró la resolución del absceso intraabdominal y el paciente evolucionó favorablemente.

Aunque infrecuente, el origen extraglandular de los abscesos pancreáticos es una realidad. El tratamiento consiste en el drenaje; si bien el drenaje percutáneo puede ser útil y es menos agresivo cuando el acceso es factible<sup>3,4</sup> con control de la TC; en casos como el nuestro se precisa un abordaje quirúrgico<sup>5</sup> para levantar la cabeza pancreática, accediendo a la región retropancreática (fig. 2). También se ha descrito la vía transgástrica<sup>6</sup> en el drenaje percutáneo de los pseudoquistes adyacentes al estómago, formando un tracto entre ambos. En los cultivos lo habitual es aislar gramnegativos<sup>7</sup>, principalmente *Escherichia coli*. *S. milleri* es un germen muy poco frecuente.



**Figura 1** - Afectación peripancreática con burbujas aéreas en su interior, sin poderse marcar punto para drenaje percutáneo por la localización del absceso.



**Figura 2** - Esquema de la vía de abordaje para drenaje del absceso.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Szentkereszty Z, Sápy P. The role of percutaneous external drainage in the treatment of fluid collections associated with severe acute pancreatitis. What, when and how to drain?. *Orv Hetil.* 2007;148:1395-9.
2. Men S, Akhan O, Kóroglu M. Percutaneous drainage of abdominal abscess. *Eur J Radiol.* 2002;43:204-18.
3. Mithöfer K, Mueller PR, Warshaw AL. Interventional and surgical treatment of pancreatic abscess. *World J Surg.* 1997;21:162-8.
4. Berne TV. Management of pancreatic bed infection. Percutaneous catheter drainage versus open operative debridement and drainage. *Surg Annu.* 1995;27:165-72.
5. Fall B, Sané A, Ka MM, Mbengue M. Pancreatic abscess. *Dakar Med.* 2002;47:42-4.
6. Reguero Llorente E, Aldea Martínez J, Aguado García M, Velasco Ballesteros R. Drenaje percutáneo transgástrico de pseudoquistes pancreáticos. *Cir Esp.* 2007;81:289.

7. Masclans JR, Pérez A, Planas M. A pancreatic abscess caused by *Salmonella enteritidis*. Rev Esp Enferm Dig. 1994;86:780-1.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [albertopueyo@gmail.com](mailto:albertopueyo@gmail.com)  
(A. Pueyo Rabanal).

Alberto Pueyo Rabanal\*, Luis Giménez Alvira,  
José Luis Lucena de la Poza, Juan González González y  
Antonio Colás Vicente

Servicio de Cirugía General, Hospital Puerta de Hierro, Madrid,  
España

doi:10.1016/j.ciresp.2009.01.004

## Hepatitis segmentaria por adenoma ductal intrahepático

### Intrahepatic bile duct adenoma-induced segmentary hepatolithiasis

Las litiasis intrahepática (LIH) se caracteriza por la presencia de cálculos en sentido proximal al confluente biliar superior o sus ramificaciones intraparenquimatosas. Es una enfermedad prevalente en Asia, vinculada a infecciones parasitarias: *Ascaris lumbricoides*, *Clonorchis sinensis*. Su incidencia en occidente es baja<sup>1</sup> y en Sudamérica, se observa una incidencia entre el 0,5 y el 2%<sup>2,3</sup>, pero sólo un 5-7% se relaciona con litiasis extrahepática<sup>4</sup>. Las formas únicas son raras<sup>4</sup> y consecuencia de la obstrucción de la vía biliar intrahepática, por estenosis congénita, postraumática o inflamatoria, con dilatación segmentaria que favorece la formación de litiasis proximal a la estructura.

Se presenta el caso de una mujer de 25 años, que consulta por cólicos hepáticos reiterados, sin evidencia clínica de obstrucción de la vía biliar principal ni síndrome infeccioso. El examen físico es normal, sin ictericia y buen estado nutricional. La analítica de sangre y enzimograma hepático fueron normales. La ecografía evidenció el hígado de forma, tamaño y densidad habituales, con el conducto biliar de los segmentos VI y VII dilatado y ocupado por múltiples litiasis. El conducto hepático izquierdo y el colédoco eran normales y la vesícula, de paredes finas con una litiasis de 25 mm. Estos hallazgos fueron confirmados por tomografía computarizada (TC) y colangiorresonancia magnética (fig. 1A y B).



Figura 1 – A: colangiorresonancia magnética. Se observa la dilatación única y sectorial en el lóbulo derecho del hígado. B: tomografía computarizada.