

Cartas al Director

Absceso pancreático drenado en el conducto inguinal

Palabras clave: Absceso del conducto inguinal. Absceso retroperitoneal.

Key words: Inguinal abscess. Retroperitoneal abscess.
Sr. Director.

El drenaje de un pseudoquiste sobreinfectado de páncreas a través de la pared musculoaponeurótica abdominal hacia el conducto inguinal es un hecho muy poco frecuente. En el caso clínico que presentamos la clínica del paciente fue de descompensación grave de una patología cardíaca de base junto a la aparición de una tumoración inguinal con características inflamatorias, lo que hizo sospechar de una estrangulación herniaria como la causa del cuadro clínico. Tras comprobar que el origen de la abscesificación del conducto inguinal era el retroperitoneo, se procedió al drenaje del mismo a través de la región inguinal mediante tubo de silicona, logrando la fibrosis retroperitoneal y la resolución del absceso pancreático.

Caso clínico

Presentamos el caso de A.C.H., varón de 47 años, fumador y bebedor moderado y afecto de hipertensión arterial, que ingresa por presentar un cuadro de pancreatitis aguda enólica severa y edema agudo de pulmón secundario a descompensación cardíaca sobre cardiopatía hipertensiva. La pancreatitis evoluciona hacia la formación de varios pseudoquistes de gran tamaño, dándose de alta al paciente tras la resolución de la inflamación aguda del páncreas y del edema pulmonar, para valorar posteriormente la posibilidad de tratamiento qui-

rúrgico de los pseudoquistes pancreáticos. Varios días después reingresa por nueva descompensación cardíaca y signos de sobreinfección de los pseudoquistes, decidiéndose drenaje percutáneo de los mismos bajo control de TAC. Tras lavado diario a través del catéter y tras comprobar la curación del absceso retroperitoneal mediante TAC se decide dar el alta hospitalaria al paciente.

Un mes después vuelve a ingresar de urgencia por un nuevo cuadro de insuficiencia cardíaca congestiva grave junto a una tumoración en región inguinal derecha parcialmente reductible y con signos inflamatorios. Se decide intervención quirúrgica urgente ante la sospecha de una hernia inguinal estrangulada como origen de la descompensación cardíaca. Tras seccionar la aponeurosis del oblicuo mayor se descubre una gran colección purulenta y debilitamiento de la pared posterior del conducto inguinal que posibilitaba la existencia de una herniación inguinal tipo IV del Gilbert con contenido vesical. Después de realizar una limpieza exhaustiva del conducto y comprobar que la hernia no presentaba compromiso vascular ni complicación alguna, se objetiva el origen retroperitoneal del material purulento, apreciándose el orificio de drenaje por encima del anillo inguinal interno. Como tratamiento quirúrgico se decide practicar limpieza de la cavidad retroperitoneal mediante lavados a través del área inguinal y colocación de sendos drenajes de silicona en retroperitoneo con salida al exterior a través de la herida inguinal, dejando que la incisión quirúrgica cicatrice por segunda intención. El postoperatorio fue favorable, apreciándose en posterior TAC de control fibrosis del retroperitoneo y un pequeño absceso en cabeza de páncreas que desapareció con tratamiento antibiótico.

Discusión

La abscesificación del retroperitoneo se debe generalmente a afecciones vertebrales, pancreatointestinales y renales (1), siendo el origen pancreático secundario en orden de frecuencia a pancreatitis alcohólica, traumatismos y pancreatitis litiasicas (2). Los gérmenes causantes de la infección suelen

ser *E. coli*, *Enterobacter*, *S. aureus* y *epidermidis*, *peptococcus*, *P. acnes* y *B. fragilis* (3). Aunque hay varios estudios publicados en los que se obtienen buenos resultados con el drenaje percutáneo de los abscesos pancreáticos (1,3), existen otras series en las que el drenaje percutáneo presenta mayor recurrencia que el drenaje quirúrgico (4). Se han descrito varias complicaciones del drenaje percutáneo de abscesos y pseudoquistes pancreáticos, pero nunca el drenaje del mismo hacia el conducto inguinal a través de los canales musculoponeuróticos parietales.

Pocos casos aparecen en la literatura de abscesos del canal inguinal no secundarios a reparación quirúrgica de hernias inguinales. Tras realizar una amplia revisión no hemos encontrado ningún caso secundario a absceso pancreático. Sí se han descrito abscesos inguinales pero que no ocupan el conducto inguinal, como son los secundarios a punción de drogas (5), a artroplastias de cadera (6) e incluso algún caso de abscesificación por *Salmonella spp.* en el contexto de un lupus eritematoso sistémico (7). Como abscesos del conducto inguinal aparecen publicados el caso de un paciente con hernia inguinal y sometido a diálisis peritoneal por fallo renal crónico, que presentó abscesificación del saco herniario tras varios episodios de peritonitis bacteriana espontánea (8) y también se describe un caso secundario a brucelosis renal crónica (9).

La presencia de una tumoración inflamatoria en la región inguinal hace pensar inicialmente en una hernia complicada, pero la sospecha de que pudiera ser un absceso, sobre todo si no hay historia previa de hernia, nos obliga a realizar inicialmente una ultrasonografía (se deben evitar las punciones en esta región por la posibilidad de dañar contenido herniario). Según Truong, el estudio ecográfico presenta una sensibilidad del 66,6% y una especificidad del 100% respecto a los abscesos inguinales (10), por lo que puede considerarse la prueba de elección en caso de duda entre estrangulación herniaria y absceso inguinal. Una vez diagnosticado el absceso, la TAC es de gran utilidad para la planificación del abordaje quirúrgico, ya que es muy probable que los órganos retroperitoneales sean el origen de la infección.

La disparidad de criterios respecto al manejo de las colecciones pancreáticas se basa seguramente en la presentación clínica de los pacientes estudiados. Posiblemente, la elección de la técnica de drenaje de una colección pancreática, mediante cirugía abierta o percutánea, depende en gran medida del tamaño de la colección y del estado clínico del paciente. El manejo quirúrgico de una pancreatitis abscesificada que drena al conducto inguinal está sujeto a múltiples factores que debe valorar el cirujano. En nuestro caso se decidió no practicar laparotomía ante el buen drenaje que el absceso presentaba en el conducto inguinal y valorar la posibilidad de la misma en un segundo tiempo. El drenaje quirúrgico percutáneo resultó curativo al cabo de un mes.

J. M^a. Álamo Martínez, F. Docobo Durántez,
I. Durán Ferreras, C. Bernal Bellido,
J. Mena Robles y J. A. Robles de la Rosa

*Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Virgen del Rocío.
Sevilla*

Bibliografía

1. Paley M. Retroperitoneal collections: aetiology and radiological implications. *Clin Radiol* 1997; 52 (4): 290-4.
2. VanSonnenberg E. Percutaneous drainage of pancreatic abscesses. *Am J Roentgenol* 1997; 168 (4): 979-84.
3. Malecka E. Pancreatic fluid collection: diagnostic and therapeutic implications of percutaneous drainage guided by ultrasound. *Hepato-gastroenterology* 1998; 45 (21): 873-8.
4. Spivak H. Management of pancreatic pseudocysts. *J Am Coll Surg* 1998; 186 (5): 507-11.
5. Kaiser M.M. Treatment strategy in inguinal injection abscess and complications. *Chirurg* 1997; 68 (10): 1029-34.
6. Nadeem RD, Hadden WA. Inguinal abscess: an unusual presentation of infection around total hip replacement. *J Arthroplasty* 1999; 14 (5): 630-2.
7. Kumari TG, Ramani A. Salmonella inguinal abscess in a patient with systemic lupus erythematosus. *Indian J Pathol Microbiol* 1994; 37: S23.
8. Chang YP, Chen TW. Inguinal abscess in a CAPD patient secondary to inguinal hernia and repeated episodes of peritonitis: a case report. *Perit Dial Int* 1999; 19(2):177-8.
9. Bartralot R, García V. Liquefactive panniculitis in the inguinal area as the first sign of chronic renal brucellosis. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35 (2): 339-416.
10. Truong S, Pflingsten FP. Value of sonography in diagnosis of uncertain lesions of the abdominal wall and inguinal region. *Chirurg* 1993; 64(6): 468-75.