

## Absceso vertebral secundario a pancreatitis

### Vertebral abscess secondary to pancreatitis

### Abcès vertébral après une pancréatite

Dra. Madelín Sosa Carrasco, Dr. Ricardo A Rodríguez Albaladejo, Dr. Raúl Candebat Rubio, Dr. Orestes Mauri Pérez, Dr. Rodrigo Rajadel Alzuri, Prof. Dr. C. Raúl Rodolfo Candebat Candebat

Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana. Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** la pancreatitis aguda es una enfermedad inflamatoria que con frecuencia facilita condiciones para el desarrollo de procesos infecciosos.

**Objetivo:** exponer la osteomielitis vertebral como una infrecuente complicación ósea de la pancreatitis.

**Descripción:** se presenta el caso clínico de un paciente masculino de 55 años con antecedentes de litiasis vesicular, obeso y bebedor ocasional, que después de una pancreatitis aguda necrotizante desarrolló diabetes mellitus tipo 1 y absceso espinal con fístula paravertebral. La presencia de secreción, síntomas dolorosos lumbares, así como estudios humorales e imaginológicos, confirman la osteomielitis en T10. Se practicó el drenaje por costotransverssectomía, la antibioticoterapia y el corsé, y el paciente resultó curado y sin limitaciones neurológicas.

**Conclusiones:** el drenaje oportuno y dirigido hacia el área de colección purulenta, la antibioticoterapia de amplio espectro y la inmovilización externa, garantizan la curación y previenen las complicaciones óseas, en esta infrecuente entidad.

**Palabras clave:** osteomielitis, absceso espinal, pancreatitis.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** acute pancreatitis is an inflammatory disease commonly paving the way for infectious processes.

**Objective:** discuss vertebral osteomyelitis as an infrequent bone complication of pancreatitis.

**Description:** a clinical case is presented of a male 55-year-old patient with a history of gallstones, obese and an occasional drinker, who developed type 1 diabetes mellitus and a spinal abscess with a paravertebral fistula after suffering from acute necrotizing pancreatitis. The presence of secretion and lumbar pain symptoms, as well as the results of humoral and imaging studies, confirmed the diagnosis of osteomyelitis at T10. Treatment consisted of drainage by costotransversectomy, antibiotic therapy and a corset. The patient was cured without any neurological limitation.

**Conclusions:** timely drainage aimed at the area of purulent collection, broad spectrum antibiotic therapy and external immobilization ensure recovery and prevent bone complications in this infrequent condition.

**Key words:** osteomyelitis, spinal abscess, pancreatitis.

---

## RÉSUMÉ

**Introduction:** la pancréatite aiguë est une affection inflammatoire aboutissant habituellement à des processus infectieux.

**Objectif:** montrer l'ostéomyélite vertébrale comme une complication osseuse rare de la pancréatite.

**Description:** le cas d'un patient du sexe masculin, âgé de 55 ans, avec une histoire de lithiase vésiculaire, obèse et buveur occasionnel, souffrant après une pancréatite aiguë nécrosée d'un diabète sucré type 1 et d'un abcès spinal avec une fistule paravertébrale, est présenté. La suppuration, la douleur lombaire, et les examens humoraux et d'imagerie ont confirmé une ostéomyélite au niveau de T10. Le drainage par costo-transversectomie, l'antibiothérapie, et le corset orthopédique ont guéri le patient complètement et sans limites neurologiques.

**Conclusions:** le drainage de la collection purulente, les antibiotiques à large spectre et l'immobilisation externe assurent la guérison et préviennent les complications osseuses de cette rare affection.

**Mots clés:** ostéomyélite, abcès spinal, pancréatite.

---

## INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda (PA) es una enfermedad inflamatoria que además del páncreas compromete tejidos vecinos y a distancia. Su presentación clínica es muy variable, y en algunos casos tiene una morbilidad y mortalidad importante. Requiere de un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno para evitar complicaciones y muertes.<sup>1-3</sup>

Es una entidad que facilita condiciones para el desarrollo de procesos infecciosos, ya sea por la necrosis, parenquimatosa o peripancreática, la formación de abscesos y fístulas, pseudoquistes contaminados, la comunicación del área involucrada con la luz intestinal y el propio acto quirúrgico, suman componentes para el desarrollo de nuevas complicaciones locales, y sistémicas,<sup>4</sup> como fue el caso de este paciente (Fig. 1).



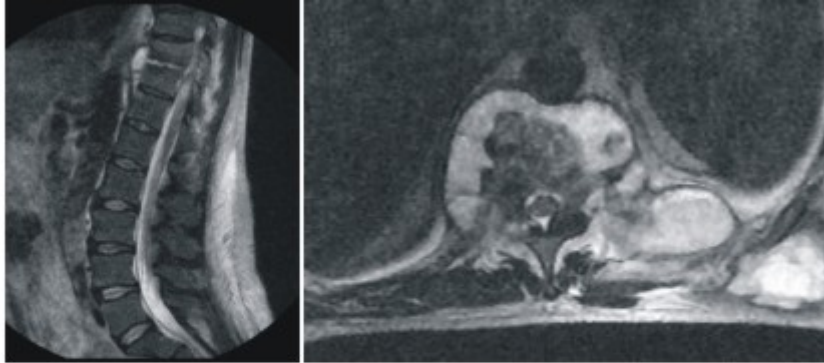
**Fig. 1.** Páncreas aumentado de tamaño con 30 % de necrosis a nivel cefálico asociado a colección líquida en la cabeza y en el espacio pararenal.

El objetivo es exponer un absceso paravertebral como complicación de la pancreatitis aguda necrotizante en esta especialidad, así como su acertado tratamiento.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

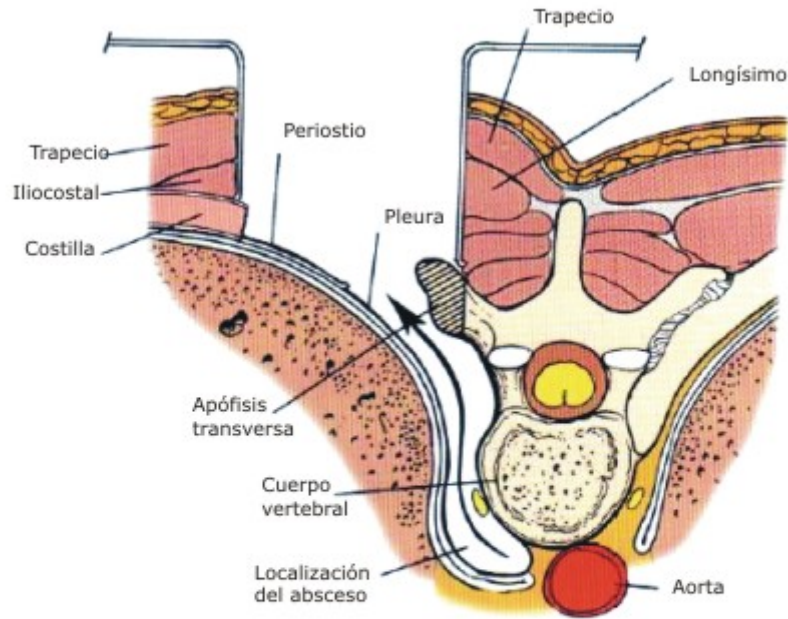
Se presenta el caso clínico de paciente masculino de 55 años, raza negra, obeso e hipertenso controlado, con antecedentes de litiasis vesicular y bebedor ocasional. Profesión profesor, que después de una pancreatitis aguda necrotizante en junio de 2009 que requirió necrectomía, drenaje y yeyunostomía, le dejó como secuela mediata una diabetes mellitus tipo1 que en todo momento se mantuvo controlada y a los 2 meses de operado comienza con dolor lumbar intenso, con componente nocturno, que aumenta con las maniobras de Valsalva. Fiebre de hasta 39 °c. Examen físico: palidez cutáneo mucosa; dolor a la palpación, procesos espinosos T10-T11; debilidad de miembros inferiores, fuerza muscular 4/5; orificio fistuloso a nivel de región lumbar izquierda por el cual se aprecia secreción purulenta no fétida. Hemoglobina 9,19 g%, volumen corpuscular medio (VCM) de 76, leucocitosis 10 000, plaquetas 516 000, velocidad de sedimentación (VES) 132. Radiografía de columna: compromiso de T10 y T11 con participación del disco intervertebral, imagen de espondilodiscitis. Cultivo positivo a *Staphylococcus aureus* en secreción de la fístula. La resonancia magnética nuclear muestra disminución del espacio intervertebral T10-T11

con irregularidad y gran absceso paravertebral, con manguito anterior y hacia el lado izquierdo, así como compresión de la columna del líquido cefalorraquídeo a ese nivel (Fig. 2).



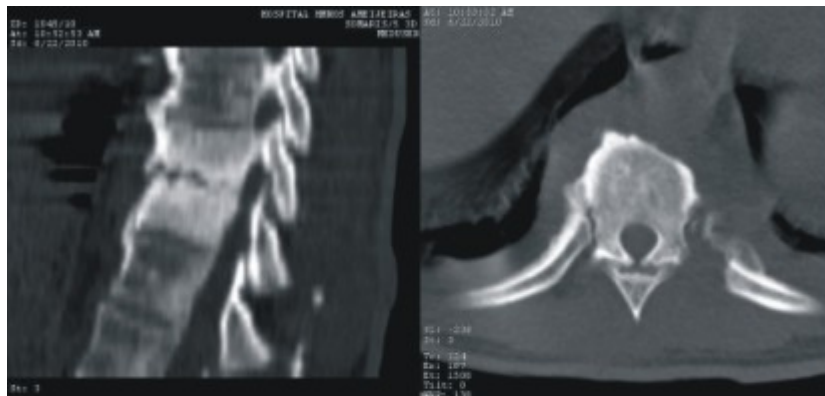
**Fig. 2.** Resonancia magnética nuclear en la que se observa el manguito prevertebral con afectación del espacio discal y del canal medular, así como de las partes blandas.

El paciente se llevó al salón y se realizó costotransversectomía a nivel T10 lado izquierdo, drenándose abundante material purulento y el alivio del dolor fue inmediato (Fig. 3). Se administró antibioticoterapia, ciprofloxacina endovenosa 400 mg cada 12 h y amikacina 500 mg endovenosa diaria durante 14 días; tiempo que estuvo hospitalizado y se continuó con ciprofloxacina vía oral 2 tabletas cada 12 h y rifampicina (cápsula de 300 mg) 1 cápsula cada 12 h por 3 meses y se inmovilizó con corsé. Se siguió en consulta externa con parámetros de velocidad de sedimentación glomerular, proteína C reactiva y tomografía axial computarizada (Fig. 4); el paciente resultó curado y sin limitaciones neurológicas.



Fuente: Hoppenfeld S, de Boer P, Hutton R, Thomas HA. Abordajes en cirugía ortopédica. 3ra ed. Madrid: Marbán; 2005.

**Fig. 3.** Momento en que queda expuesta la cavidad del absceso, la cual puede extenderse lateral y anterior a la vértebra.



**Fig. 4.** Tomografía axial computarizada evolutiva del paciente en la cual se aprecia fase resolutoria de la discitis.

## DISCUSIÓN

Los abscesos paravertebrales pueden ser secundarios, si bien solo en raras ocasiones, a osteomielitis de la columna. Por lo general, el diagnóstico suele ser tardío y se limita a dolor en la espalda, contractura muscular y fiebre. Las vías por las que la infección llega al cuerpo vertebral son la diseminación hematológica que es la forma más frecuente, o las secundarias a un foco de vecindad. La diseminación hematológica se produce a partir de un foco infeccioso alejado, el cual se identifica solo en 50 % de los casos. La infección por esta vía es sobre todo a *Staphylococcus aureus*,<sup>5,6</sup> que coincide con el microorganismo aislado en el paciente; pero se debe tener en cuenta que se trata de un paciente recién operado de un abdomen agudo con entidad potencialmente séptica, por lo que invocamos la diseminación por contigüidad de un foco retroperitoneal. El abordaje elegido para drenar el absceso del paciente fue el clásico posterolateral de la columna torácica. Este procedimiento se llevó a cabo la primera vez por *Haidenhaim* y fue descrito por *Menard* en 1894 para drenajes de los abscesos en tuberculosis; su principal ventaja radica en que no implica la apertura de la cavidad torácica<sup>7</sup> y en nuestro caso se logró el drenaje efectivo, evidenciado clínicamente por la desaparición del dolor y la mejoría gradual de las cifras de reactantes de fase aguda.

La antibioticoterapia afortunadamente fue guiada por los resultados de los cultivos y antibiogramas con respuesta terapéutica adecuada, el soporte externo contribuyó a evitar complicaciones como la fractura del cuerpo vertebral y permitió un proceso de curación exitoso. Como lo evidenció este caso, el desarrollo de una infección en columna es posible en la pancreatitis aguda supurada.

## CONSIDERACIONES FINALES

El drenaje oportuno y dirigido hacia el área de colección purulenta, la antibioticoterapia de amplio espectro y la inmovilización externa, garantizan la curación y previenen las complicaciones óseas, en esta infrecuente entidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frossard JL, Steer ML, Pastor CM. Acute pancreatitis. *Lancet*. 2008; 371: 143-52.
2. Owyang C. Pancreatitis. In: Goldman L, Ausiello D, editors. *Cecil Medicine*. 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007. p. 147.
3. Balthazar E. Acute pancreatitis: Assessment of severity with clinical and CT evaluation. *Radiology*. 2002; 223: 603-13.
4. Petrov MS, Kukosh MV, Emelyanov NV. A randomized controlled trial of enteral versus parenteral feeding in patients with predicted severe acute pancreatitis shows a significant reduction in mortality and in infected pancreatic complications with total enteral nutrition. *Di Surg*. 2006; 23(5-3): 336-44.

5. Grammatico L, Besnier JM. Infectious spondylodiscitis. Rev Part. 2007;57:970-809.
6. Bhagat S, Mathieson C, Jandhyala R. Spondylodiscitis associated with negative microbiological tests: comparison of outcome of suspected disc space infections to documented non tuberculous pyogenic discitis. Br J Neurosurg. 2007;21:473-7.
7. Hoppenfeld S, de Boer P, Hutton R, Thomas HA. Abordajes en cirugía ortopédica. 3ra ed. Madrid: Marbán; 2005. ISBN: 84-7101-474-2.

Recibido: 18 de septiembre de 2011.

Aprobado: 23 de diciembre de 2011.

*Madelín Sosa Carrasco.* Servicio de Ortopedia. Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Piso 18. San Lázaro # 701. Centro Habana. La Habana, Cuba. CP 10400.  
Correo electrónico: [ortop@hha.sld.cu](mailto:ortop@hha.sld.cu)