



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/794 - LUMBOCIATALGIA SECUNDARIA A ABSCESO DEL PSOAS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UNA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

J.F. Frías Rodríguez^a, E. Gómez García^b, B.M. Ávila Felipe^c, V. Bellot García^d, A. Pineda Martínez^b, J.M. Alonso Morales^b, M. Liñán López^b, J.C. Martí Canales^e, F. Santaella Aceituno^b y E. Boya Fernández^f

^aEspecialista en Medicina de Familia y Comunitaria; ^bMédico de Familia. Urgencias; ^cEnfermera. UGC Urgencias; ^dGastroenterólogo. Complejo Hospitalario Universitario. Granada. ^eMédico de Familia. Centro de Salud San Antonio de Motril. Granada. ^fEnfermera. UGC Cádiz. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 21 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude en varias ocasiones a urgencias por presentar desde hace 2 semanas, dolor lumbar irradiado a región anterior de pierna derecha, de aparición brusca. El dolor se exacerba con la deambulación. No fiebre, ni náuseas ni vómitos, no alteración del ritmo intestinal.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente con palidez muco-cutánea y sensación de enfermedad. TA: 100/58; FC: 98 lpm. Palpación de apófisis espinosas no dolorosas. Dolor a la palpación de aductor derecho con limitación a la extensión completa y deambulación. Fuerza, tono muscular, ROT y sensibilidad en MID conservadas. Abdomen blando, depresible, molestias a la palpación en mesogastrio y flanco derecho. Inspección anal y tacto rectal normal. Analítica: 9.890 leucocitos/mm³ (79% PMN); PCR 374 mg/l; Hb: 9,2 g/dl. Ecografía de M.I.D.: aparece engrosamiento discreto de psoas. TAC Abdominopélvico: fístula de íleo que termina en psoas con colección líquida de 2,7 × 5,8 × 10 cm que se extiende desde el psoas hasta la cresta ilíaca. Se realizó drenaje percutáneo de la colección y antibioterapia siendo la evolución favorable.

Juicio clínico: Enfermedad de Crohn (EC) de localización ileal con actividad inflamatoria y fistulizante, con absceso del psoas (AP) que se extiende hasta cresta ilíaca.

Diagnóstico diferencial: Dada la forma de presentación brusca del cuadro clínico se barajaron como posibilidades diagnósticas las causas mecánicas versus inflamatorias/infecciosas de procesos adyacentes a la columna y/o de localización retroperitoneal.

Comentario final: La EC es un proceso inflamatorio transmural con tendencia a la formación de trayectos fistulosos y de abscesos retroperitoneales. El 50% de los AP secundarios son de origen gastrointestinal, principalmente la EC (20-70%). Creemos que el caso clínico es de interés, pues la paciente debutó con una ciatalgia secundaria a AP, sin fiebre ni clínica digestiva acompañante.

Bibliografía

1. Jawhari A, Kamm MA, Ong C, Forbes A, Bartam CI, Hawley P.R.. Intra-abdominal and pelvic

abscess in Crohn's disease: Results of non-invasive and surgical management. Brit J Surg. 1998;85:367-71.

Palabras clave: *Enfermedad inflamatoria intestinal. Absceso. Ciática.*