



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 424/3179 - DE LUMBALGIA MECÁNICA A ABSCESO

I. Alcalde Díez<sup>1</sup>, D. Santana Castillo<sup>2</sup>, M. Garofano Ordóñez<sup>1</sup> y N. Gallo Salazar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barrera. Castro Urdiales. Cantabria.

<sup>2</sup>Médico de Familia. Hospital Comarcal de Laredo. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Cotolino. Castro Urdiales. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 68 años marineró jubilado diabético, enfermedad Rendu-Osler, EPOC enfisematoso, Artrodesis L4-S1 en 2002, sin alergias medicamentosas. Acudió a consulta de atención primaria diagnosticado hacía 20 días de lumbalgia mecánica. Refería aumento de dolor en dicha región con aparición de masa que había ido aumentando de tamaño de manera progresiva con aumento de temperatura local. Sensación distérmica. Se remitió a urgencias. No traumatismo. No otra clínica.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup> 36,5 °C; TA 93/55 mmHg; FC 73 lpm; SatO<sub>2</sub> 97%. Palidez mucocutánea, normohidratado, normoperfundido, eupneico. No exantemas, ni petequias. En región lumbar derecha, bultoma bien delimitado de 8 × 10 cm indurado, no fluctuante sin datos inflamatorios. Hemograma: leucocitosis con neutrofilia, anemia microcítica e hipocrómica, plaquetas normales. Bioquímica anodina. PCR 33,4 mg/dl. TC abdominal: colección abscesificada paravertebraal derecho engrosamiento de psoas derecho que se extendía a grasa adyacente a través de pared abdominal al tejido celular subcutáneo.

**Orientación diagnóstica:** Ante hallazgo de absceso de psoas en relación con probable espondilodiscitis sobre material quirúrgico, se comentó con neurocirugía, cirugía general y traumatología, ingresando. Drenaje de absceso eco-guiado, se aísla *S. lugdumensis*. Espondilodiscitis L4-L5 con extensión hasta S1 con absceso psoas asociado a material protésico en zona lumbar por *S. lugunensis*. Se retira material protésico y se trata con antibiótico endovenoso. En seguimiento por Servicio de Infecciosas.

**Diagnóstico diferencial:** Espondilodiscitis TBC vs piógeno. Lipoma.

**Comentario final:** El absceso de psoas se trata de una entidad clínica infrecuente y sintomatología inespecífica (como lumbalgia), por lo que habrá que plantearlo como diagnóstico diferencial ante clínica inespecífica en dicha área. Puede tener origen primario o secundario procedente de microorganismo vía hematógeno o estructuras vecinas. Factor de riesgo inmunocomprometidos, cirugías previas en estructuras vecinas. El TAC es la técnica de elección para confirmar el diagnóstico, guiar el drenaje percutáneo. La espondilodiscitis puede presentarse como absceso de psoas, por lo que habrá que incluirlo como probable origen de dicha patología en pacientes con factores de riesgo (cirugía de columna).

## **Bibliografía**

1. McDonald M. Vertebral osteomyelitis and discitis in adult. Post TW, ed. UpToDate. Spelman, D: UpToDate Inc.
2. Spelman D. Psoas abscess. Post TW, ed. UpToDate. Sexton, DJ: UpToDate Inc.

**Palabras clave:** Espondilodiscitis. Absceso. Psoas.