



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



O-032 - DOLOR INGUINAL, ¿SIN CRITERIOS DE GRAVEDAD?

M. Chacón González, M.S. Pineda Pérez, M.T. López Rico, M. Muñoz Sanz, A. Moreno Moreno y C.J. Sevillano Esquivel

CS San Roque.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 62 años sin historia de consultas previas, fumador de 1 paq/día, bebedor de 1 litro de cerveza/día y hermano con CA de colon que acude por pérdida de apetito de meses de evolución y dolor en región inguinopélvica izquierda irradiado por cara interna de la pierna de 3-4 días de evolución sin traumatismo previo, continuo, punzante y que no se modifica con los movimientos, que ha ido en aumento.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración por aparatos y sistemas destaca dolor a la palpación en FII, con defensa que impide palpación de masas a ese nivel. El dolor se reproduce a la palpación en la cara anterior del muslo izquierdo, y en la musculatura de ese nivel. Revisamos analítica realizada en días previos con leucocitosis de 22.300 con 83%N y PCR de 145,5 ante lo que descartamos semiología infecciosa sin claros datos de la misma a ningún nivel por lo que decidimos derivación a urgencias hospitalarias para valoración radiológica.

Juicio clínico: Absceso del músculo psoas.

Diagnóstico diferencial: Diverticulitis aguda, lumbociatalgia, absceso del psoas, hernia inguinal, torsión testicular.

Comentario final: A su llegada a urgencias, el paciente mantiene sintomatología y se realiza nueva analítica con leucocitosis en ascenso, ante lo que se solicita TC abdominal urgente con hallazgos de absceso en músculo iliopsoas izquierdo y en estrecho contacto con segmento de colon sigmoides, engrosado y con deflecamiento de la grasa pericolónica, a valorar diverticulitis aguda o neo de colon complicada. Se contacta con cirugía general que realiza drenaje percutáneo del absceso con buena evolución y remisión del mismo. Actualmente el paciente está con drenaje percutáneo domiciliario y tratamiento antibiótico, pendiente de colonoscopia y revisión en consultas de colo-proctología. El absceso del músculo iliopsoas sigue constituyendo una entidad infrecuente como una forma de presentación inespecífica, hecho que provoca un diagnóstico tardío en muchos casos, aunque la existencia de fiebre y dolor lumbar, abdominal o irradiado a la extremidad inferior debe situarnos a esta enfermedad dentro de un amplio diagnóstico diferencial. La mayor disponibilidad y fiabilidad de técnicas de imagen actuales ha contribuido al mejor diagnóstico y reconocimiento de esta entidad, considerándose la TC la técnica diagnóstica de elección, ya que aporta mejores resultados en comparación con la radiología simple o la ecografía, aunque en ocasiones no es capaz de diferenciar entre absceso, neoplasia o hematoma. El tratamiento habitualmente consiste en la combinación de

antibióticos y drenaje del absceso, ya sea percutáneo o quirúrgico. En la actualidad, el drenaje quirúrgico se prefiere cuando existe un foco de infección asociado que precisa intervención quirúrgica o bien resulte imposible la realización de un drenaje percutáneo, sin embargo, esta técnica proporciona unos resultados equiparables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández-Ruiz M, Estébanez-Muñoz M, López-Medrano F, Aguado JM. Absceso del músculo iliopsoas: tratamiento y evolución en una serie de 35 pacientes. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2012;30:307-11.
2. Pérez-Fernández S, De la Fuente-Aguado J, Fernández-Fernández FJ, Rubianes-González M, Sopeña Pérez-Argüelles B, Martínez-Vázquez C. Abscesos del psoas. Una perspectiva actual. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2006;24:313-8.