

Espondilodiscitis lumbar con escasa repercusión discal asociada a absceso de psoas izquierdo



Marta Felipe Peña, Ricardo Navarro Navarro, Tito Fernández Varela, José Augusto Lorenzo, Arturo Montesdeoca Ara
Complejo Hospitalario Insular Materno Infantil - Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín



Introducción

El diagnóstico de la espondilodiscitis se basa en una anamnesis exhaustiva, una correcta exploración clínica y pruebas de imagen. La RM es el método radiológico de elección. Típicamente muestra un disco hiperintenso en T2, con destrucción y pérdida de definición de los platillos adyacentes. La radiología simple en las fases iniciales no suele ser útil para el diagnóstico, ya que las alteraciones aparecen a las 2 y 4 semanas del inicio de la clínica. La TC aporta información sobre la afectación ósea y presencia de colecciones.

Objetivos

Ilustrar el caso atípico de un varón de 59 años, con espondilodiscitis de L2-L3 con mínima repercusión discal, asociado a absceso de psoas izquierdo y bacteriemia por *Staphylococcus aureus*.

Material y métodos

Varón de 59 años, con cuadro subagudo de molestias difusas en región lumbar izquierdas, que empeora con la flexoextensión de la pierna izquierda, asociado a fiebre, con hemocultivos positivos para *Staphylococcus aureus* Meticilin Sensible.

En la radiografía se observa un pinzamiento L5-S1, cambios degenerativos y una leve rectificación de la lordosis lumbar (Fig. 1 y 2).

La gammagrafía con Galio presentó captación de partes blandas lateral izquierda a L2-L3 sugestiva de espondilodiscitis.

Se realiza RM lumbar, observándose un absceso en psoas izquierdo 2,5cm, ocupación del agujero de conjunción izquierdo L2-L3, edema del hemicuerpo vertebral L2 izquierdo, sin destrucción del contenido del disco L2-L3 (Fig. 3-13).

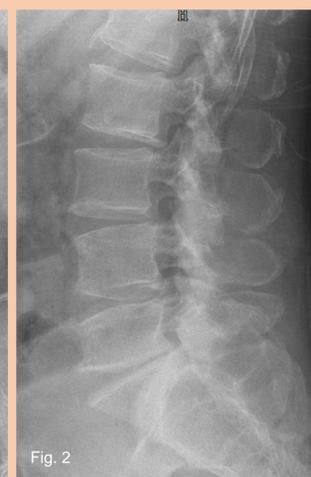
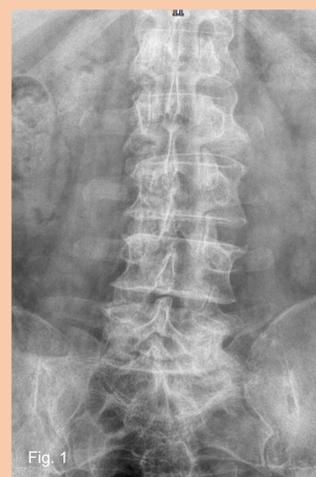


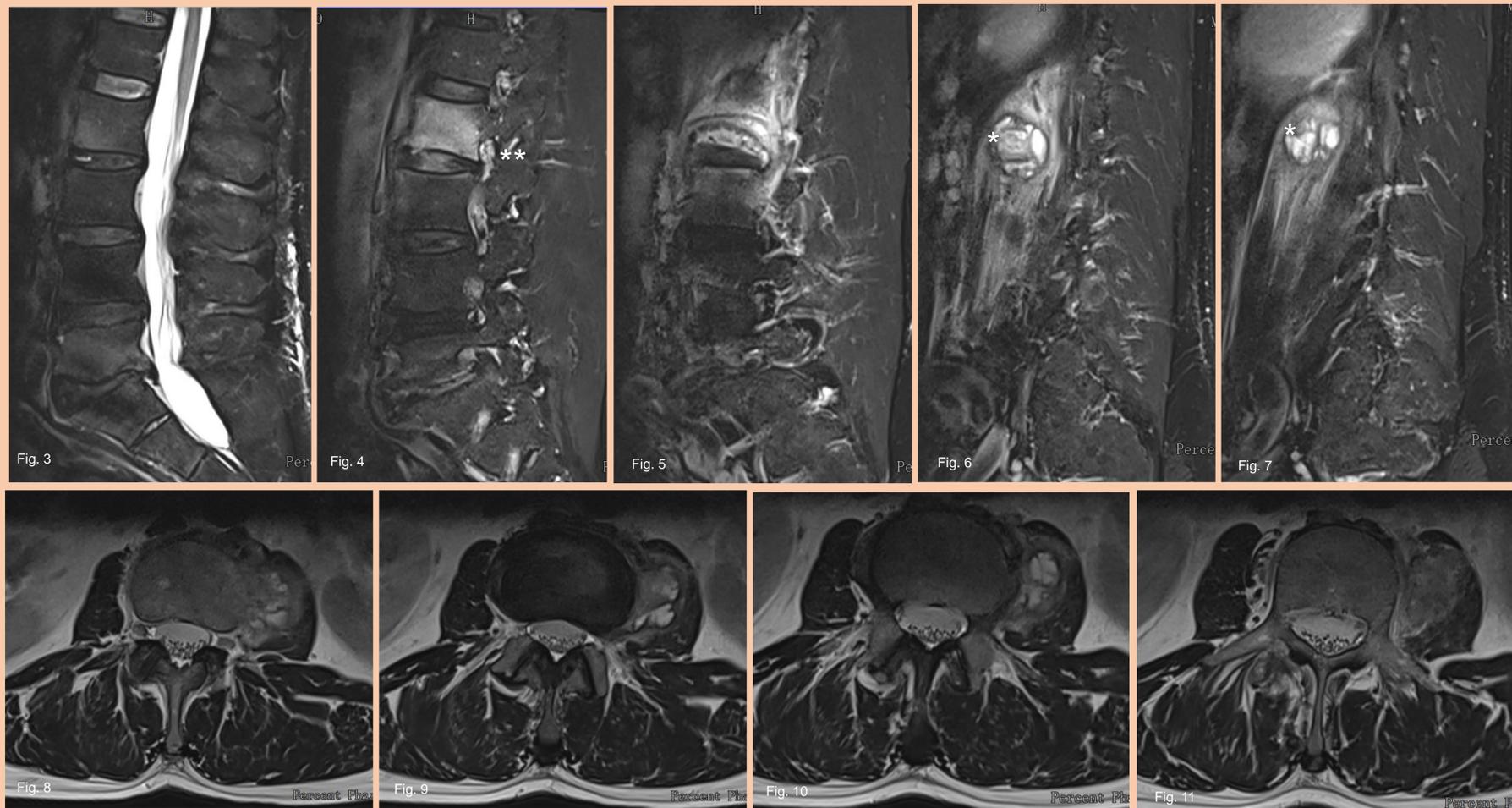
Fig. 3-13: RMN en T2:

-Fig. 3-7: cortes sagitales de derecha a izquierda

-Fig. 8-11: cortes axiales L2-L3

-Fig. 12-13 cortes coronales anteroposteriores

Discitis L2-L3, edema de cuerpo vertebral L2, proceso flemonoso paraespinal en psoas izquierdo con absceso en su interior de 2,5 cm (*). Ocupación del agujero de conjunción izquierdo L2-L3 (**).

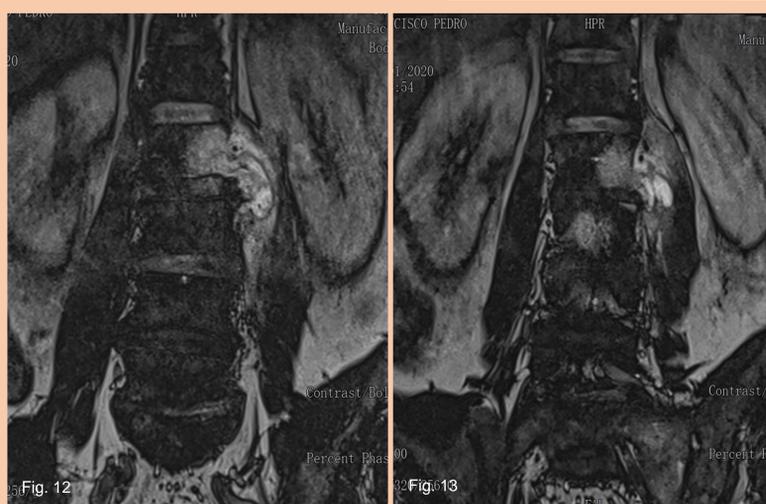


Resultados

Buena evolución con el tratamiento antibiótico, reposo e higiene postural. No precisando ortesis lumbar rígida debido a la ausencia de dolor, ausencia de destrucción vertebral y discal. Tampoco precisó drenaje del absceso. Resolución clínica, con normalización de los reactantes de fase aguda y negativización de hemocultivos al mes.

Conclusiones

La particularidad del caso radica en la infrecuente presentación radiológica, con mayor componente de afectación de partes blandas debido al absceso de psoas izquierdo, mientras que la afectación a nivel discal y vertebral es casi despreciable. Esto condiciona una clínica menos agresiva, debido a la ausencia de destrucción discal y vertebral, favoreciendo el pronóstico.



Se inicia tratamiento antibiótico con Levofloxacino y Rifampicina

Psoas abscess and lumbar spine osteomyelitis. Case report. A.M. Silva, L.A. Schmalbach, Arch Argent Pediatr 2016;114(5):e333-e337 / e333. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.e333>

