

# MÚLTIPLES CONSULTES PER LUMBÀLGIA

Laura Valls<sup>1</sup>, Natàlia Gil<sup>2</sup>, Gabriel López<sup>2</sup>, Grisel.la Subirà<sup>3</sup>, Rafel Pérez<sup>2</sup>, José Pedro González<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Familiar i Comunitària, <sup>2</sup>Servei de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servei d'Urgències.

Hospital Sant Joan de Déu, Fundació Althaia, Manresa

Nom autor: Laura Valls

Lloc de treball: Xarxa Assistencial Althaia

Data recepció: 12.10.2015

Data acceptació: 26.10.2015

mail: lvalls@althaia.cat

Forma de citació: Valls L, Gil N, López G, Subirà G, Pérez R, González JP. *Múltiples consultes per lumbàlgia*. ReMUE.c@t 2017;4(1):39-41

## Motiu de consulta

Pèrdua de pes de 10 kg en 2 mesos amb dolor intens a zona anterior de la cuixa dreta i massa per sobre de cresta ilíaca dreta.

## antecedents personals

- No al·lèrgies medicamentoses conegudes.
- Hàbits tòxics: fumador de 2 paquets/dia, en la actualitat 12 cigarrets/dia.
- Enol crònic moderat (vi amb els àpats i 1 cervesa al dia, fins 2008 força més).
- Treballa com a paleta, té un gos a domicili, no viatges recents.
- Juliol del 2008: Úlcera pilòrica perforada. Es va realitzar epiploplàstia i rentat peritoneal. A més de tractament erradicador de *H. pylori* amb pauta de Omeprazol, Claritromicina i Amoxicil·lina.
- No realitza tractament habitual.
- Situació funcional: IABVD, FFSS conservades, solter, viu sol a domicili i té un germà que viu al pis de dalt.

## Malaltia actual

Home de 65 anys remès des de UDR per síndrome tòxic amb pèrdua de pes de fins a 10kg, amb ingesta conservada. Associa lumbàlgia crònica i pèrdua de força a extremitat inferior dreta de 1 mes d'evolució. Explica dolor lumbar dret sord irradiat a extremitat inferior dreta fins a cuixa. No hipoestèsia ni parestèsies. No febre, ni altre clínica acompanyant excepte dificultat transitòria per a la micció sense manipulacions recents. Arrel del quadre descrit, es realitzen diferents consultes (24 de Juliol) a COT pantant-se tractament analgèsic. El 10 d'Agost reconsulta per reagudització del dolor lumbar dret i és derivat a UDR on degut a la pèrdua de pes marcada i dolor lumbar intens es decideix visita al servei d'Urgències per

cursar ingrés.

**EXPLORACIÓ FÍSICA:** FC: 61bpm, TA: 102/40mmHg, Regular estat general. Conscient i orientat, normocolorejat, coloració bruna de la pell. Aspecte caquètic, no es palpen adenopaties, palpació de massa per sobre de cresta ilíaca dreta (imatge 1). SNC: Dèficit de força de l'extremitat inferior dreta 3/5, Reflexes osteotendinosos conservats globalment i sense dèficit sensitiu. Auscultació cardio-respiratòria: rítmic sense bufes, extratons o frecs, murmuri vesicular conservat sense estretors. Abdomen: tou, depresible, sense megàlies, amb palpació de massa a fossa ilíaca dreta, no dolorós a la palpació, peristaltisme conservat, no peritonisme. Extremitats sense edemes ni signes de TVP.

## Proves complementàries a urgències

**Anàlítica d'ingrés:** Hb 12.1g/dL, VCM 92.4fL, Leucòcits  $16.9 \times 10^9/L$ , Neutròfils 84.1%, Limfòcits 7.4%, Plaquetes  $411 \times 10^9/L$ , VSG 1ª hora 57mm/1ªh, INR 1.4, APTT 0.9rati, Glucosa 120mg/dL, Creatinina 0.78mg/dL, Urat 3mg/dL, Sodi 133mmol/L, Potassi 5mmol/L, BbT 0.6mg/dL, GPT 52U/L, GOT 33U/L, GGT 110U/L, FA 141U/L, Calci 9.3mg/dL, LDH 331U/L, PCR 137.3mg/L. PSA total 0.70ng/mL, Beta2-microglobulina 2.6mg/L, Ca 125 155.1UI/mL, CEA 2.2ng/mL, Ca 72.4 1.2U/mL. Ferro 17, Ferritina 597ng/mL, Colesterol 115mg/dL, HDL-colesterol 30mg/dL, LDL-colesterol 72mg/dL, Triglicèrid 66mg/dL, Proteïna total 6.69g/dL, Albúmina 3.4g/dL. TSH 2.46, Ac. anti-transglutaminasa iga, FR 5UI/mL, IgG 990mg/dL, IgA 397mg/dL, IgM 54mg/dL. **Rx columna dorsal:** engruiximent i creixement cresta ilíaca dreta, nòdul calcificat en disc de D11-D12, vessament pleural bilateral de

predomini dret.

### Diagnòstic diferencial a urgències

-Abscés

-Neoplàsia: GIST, mesenquimals (tipus: osteosarcoma o sarcomes)

### Evolució clínica i proves complementàries realitzades fora d'urgències

**TAC toraco-abdominal:** Gran massa de 106x72mm per sobre de la cresta ilíaca dreta (sense afectació òssia) i que segueix el muscle psoes dret i infiltra la zona lumbar dreta i que tant pot correspondre a etiologia tumoral primària muscular com infecciosa: abscess (imatge 2). Mínima dilatació de la vesícula biliar i de les vies biliars intrahepàtiques. Signes severes d'enfisema generalitzat i amb predomini en ambdós camps superiors d'infiltrats biapicals. S'inicia analgèsia i antibioteràpia amb Cloxacilina i Ceftriaxona i es demana una **ecografia amb punció** per a obtenció de mostra que diu el següent: PAAF de col·lecció a psoes dret, obtenint pus franca (imatge 3). Es col·loca **drenatge percutani** de 10F. S'orienta per tant com abscess de psoes primari, ja que fins al moment no s'ha trobat un focus causant. Es realitzen **hemocultius** i es deixa el pacient amb antibioteràpia iniciada a Urgències a l'espera dels cultius de la mostra obtinguda de la PAAF. Es realitzen rentats periòdics cada 8 hores després de la introducció d'uroquinasa 100.000UI degut a que el contingut de l'abscess és molt espès i el drenatge poc productiu. Es realitzen analítiques ordinàries de control i es demanen serologies per Hepatitis, Brucel·la i VIH que són negatives, es posa **PPD** que també és negatiu.

**Cultiu:** positiu per *E.coli* i *Bacteroides fragilis* es retira antibioteràpia posada fins al moment i s'inicia Amoxicil·lina-Clavulànic 2g/200mg cada 8 hores. Es deixa drenatge durant 7 dies, moment en què comença a ser menys productiu i es demana un **TAC abdominal de control** que demostra la resolució de l'abscess en el múscul psoes ilíac dret, resta sense canvis significatius respecte estudis anteriors (imatge 4). Es decideix retirar el drenatge i intensificar la antibioteràpia a cada 6 hores mantenint pauta d'analgèsia per queixes de dolor a zona. Sol·licitem **colonoscòpia** per tal

de descartar etiologia de l'abscess de tipus abdominal que informa del següent: Diverticulosis de colon esquerre no complicada. Lesió mal visualitzada per restes fecals no aspirables en colon dret per sobre de vàlvula. És una lesió polipoide sèssil bilobulada que no fa més de 20-25mm però la mucosa no és clarament adenomatosa, més aviat sembla com inflada. Prenem macrobiòpsia de la superfície i queda una lesió blanquinosa que sagna amb facilitat. No surt pus directament. El pacient és donat d'alta a domicili després d'haver realitzat 10 dies de tractament antibiòtic endovenós i drenatge de la lesió. (imatge 5)

### Diagnòstic final

**Abscess de psoes dret d'origen primari.**

### Discussió

L'abscess de psoes es considera una patologia poc comú però perillosa, ja que d'ella es poden derivar complicacions sèries com la sèpsia i, fins i tot, por arribar a ser mortal si existeix un retràs en el diagnòstic<sup>1</sup>. Aquest tipus de patologia ha patit un increment en la seva incidència recentment, això es creu que és degut a l'àmplia capacitat de les proves d'imatge com el TAC per al diagnòstic d'aquesta patologia i a l'increment de persones anyoses i de pacients amb comorbiditat (diabetis o malignitat) que pateixen immunodeficiències<sup>1,2</sup>.

L'etiologia de l'abscess pot ser primària, que són aquells que s'originen sense un focus infecció a la zona veïna a la lesió. Aquest tipus d'abscessos es formen com a resultat de la disseminació hematògena o limfàtica. Per contra, els secundaris es formen com a resultat de la influència de la inflamació dels òrgans contigus. Les condicions primàries degut a les quals es formen a q u e s t s abscessos són: l'espondilodiscitis piogènica (64,3%)<sup>2</sup>. L'abscess intrabdominal associat a perforació gastrointestinal i apendicitis, les infeccions urològiques i les infeccions de maluc o afectacions de l'aorta. En el cas que exposem el TAC descartava la presència d'espondilodiscitis i l'origen abdominal, ja que no objectivava perforació ni apendicitis i la clínica tampoc anava a favor. Per altra banda a la colonoscòpia tampoc es va objectivar cap

focus primari d'infecció o inflamació. Donat que no existeix uniformitat en el tractament i el maneig d'aquesta patologia i de l'absència de guies de pràctica clínica al respecte considerem rellevant donar a conèixer el maneig i tractament que es va realitzar davant del diagnòstic d'abscessos de psoes. Els microorganismes aïllats van ser *E.coli* i *Bacteroides fragilis* enlloc de *S. aureus* que acostuma a ser el més freqüent<sup>2,3</sup>.

### Bibliografia

1. Kei Suzuki, Takanori Yamaguchi, Yoshiaki Iwashita, Kazuto Yokoyama, Masaki Fujioka, Naoyuki Katayama et al. Case Series of Iliopsoas Abscesses Treated at University

Hospital in Japan: Epidemiology, Clinical Manifestations, Diagnosis and Treatment. Intern Med. 2015; 54 (7): 2147-2153

2. Of Wong, PL Ho, SK Lam. Retrospective review of clinical presentations, microbiology, and outcomes of patients with psoas abscess. Hong Kong Med J. 2013; 19(8): 416-423

3. Mario Fernández-Ruiz, Miriam Estébanez-Muñoz, Francisco López-Medrano y José María Agudo. Absceso del músculo iliopsoas: tratamiento y evolución en una sèrie de 35 pacientes. EIMC. 2012; 30(6): 307-311 Susana Penado, Belén y Juan Francisco Campo. Absceso de psoas. Descripción de una sèrie de 23 casos. EIMC 2001; 19: 257-260

### Iconografia

**Imatge 1:** Es palpava una massa sobre cresta ilíaca dreta



**Imatge 2:** TAC abdominal on s'observa Gran massa de 106x72mm per sobre de la cresta ilíaca dreta (sense afectació òssia) i que segueix el múscul psoes dret e infiltra la zona lumbar dreta i que tant pot correspondre a etiologia tumoral primària muscular com infecciosa (abscess).



**Imatge 3:** obtenció de pus franca mitjançant drenatge percutani.



**Imatge 5:** resolució de la massa sobre la cresta ilíaca dreta



**Imatge 4:** demostra la resolució de l'abscess en el múscul psoes ilíac dret, resta sense canvis significatius respecte estudis anteriors

