

Caso
Autores

(688) Espondilodiscitis. Complicaciones por vecindad.
Carla Souweileh Arencibia, Juan Manuel Llanos Gómez,
Mónica Fernández Del Castillo Ascanio, Raúl Cabrera
Rodríguez, Fernando Monteverde Hernández, Jorge Cabrera
Marrero

Centro

Hospital Universitario Nuestra Señora De Candelaria

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 61 años que acude al Servicio de Urgencias con clínica insidiosa de dolor lumbar irradiado a flanco izquierdo, que no cede con analgesia habitual, así como pérdidas urinarias y poliaquiuria.

A la exploración física destaca puñopercusión renal izquierda positiva y dolor a la presión en fosa ilíaca ipsilateral, sin signos de irritación peritoneal. A nivel analítico presenta neutrofilia y una proteína C reactiva elevada.

Los datos recabados en la exploración, la anamnesis y la analítica orientaron a una pielonefritis aguda complicada, por lo que se decide ampliar estudio. Realizamos a la paciente una ecografía abdominal, en la que destaca una dilatación pielo-calicial en riñón izquierdo, sin poder continuar el recorrido del uréter debido a interposición aérea, sin conseguir visualizar la causa de la misma.

Se consensua con el Servicio de Urología realizar un TC abdomino-pélvico con contraste venoso, con el objetivo de filiar la causa de la uropatía. En este estudio se aprecian signos inflamatorios en el disco intervertebral entre los cuerpos vertebrales L4-L5 y una colección heterogénea en el espesor del músculo psoas izquierdo, englobando el tercio medio del uréter ipsilateral, condicionando una dilatación retrógrada de la vía excretora.

DISCUSIÓN

La espondilodiscitis es un proceso infeccioso infrecuente del disco intervertebral que puede extenderse a las vértebras adyacentes. Hay dos picos de incidencia: el primero en la edad pediátrica y el segundo a partir de los 50 años.

Entre los factores de riesgo se hallan instrumentalizaciones recientes, infecciones ascendentes desde el tracto urogenital o neoplasias. La diseminación hematológica es la forma más frecuente (60-80%) y el microorganismo implicado el *Staphylococcus aureus* (60%), con afectación principalmente de la columna lumbar (58%). Otros agentes implicados son *Escherichia coli* y *Mycobacterium tuberculosis*.

Las manifestaciones clínicas más habituales son el dolor espinal (80%) y puede asociar disfunción esfinteriana y debilidad en extremidades por compresión espinal. La clínica es inespecífica e insidiosa, por lo que el diagnóstico suele retrasarse y favorece la extensión local de la infección. En el TC destaca como hallazgo más precoz la formación de edema medular y disminución de la altura del disco.

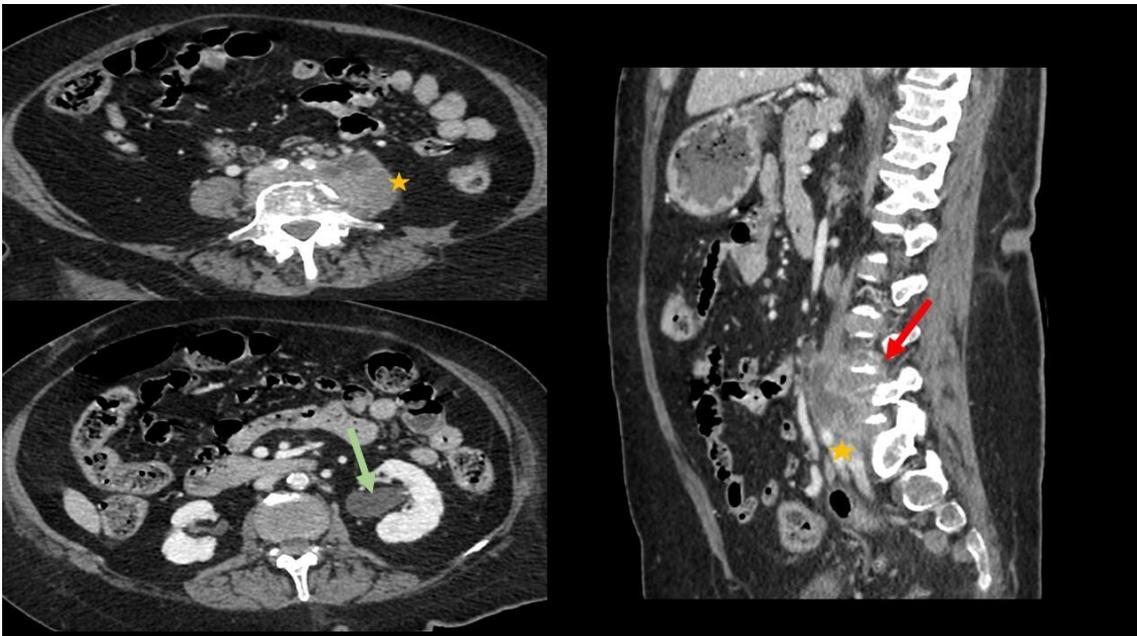
El absceso en el músculo psoas se trata de una complicación rara de la espondilodiscitis (10%) y se produce por extensión directa desde el foco vertebral. En el TC se observa como un engrosamiento heterogéneo de la musculatura, con borramiento de la grasa retroperitoneal, y puede englobar estructuras vecinas.

En el caso de nuestro paciente, debido a su localización anatómica, asumimos que la infección del disco intervertebral L4-L5 se extendió por contigüidad al músculo psoas y englobó el uréter medio, inmerso en los cambios infeccioso-inflamatorios, condicionando la ectasia de la vía excretora.

CONCLUSIÓN

La espondilodiscitis puede actuar como una entidad simuladora. Su proximidad a determinadas estructuras anatómicas, como la musculatura del iliopsoas o a la vía excretora, conlleva una clínica inespecífica y aboca al paciente a un diagnóstico tardío, que implica una progresión de la infección y por tanto un aumento de la gravedad de su enfermedad.

Las pruebas de imagen juegan un papel fundamental en la caracterización del foco infeccioso, dado que se trata de una entidad infrecuente y habitualmente larvada, que presenta una discordancia clínico-analítica y que supone un gran reto diagnóstico para el médico clínico.



Estrella amarilla: colección heterogénea en espesor de músculo iliopsoas izquierdo. Flecha roja: cambios inflamatorios en disco intervertebral L4-L5. Flecha verde: dilatación piélica de riñón izquierdo.

BIBLIOGRAFÍA

Ledbetter LN, Salzman KL, Shah LM. Imaging psoas sign in lumbar spinal infections: evaluation of diagnostic accuracy and comparison with established imaging characteristics. *Am J Neuroradiol.* 2016; 37 (4): 736-41.

Lidid Alonso L, Casas Muñoz JS. Iliopsoas abscess: Imaging keys to accurate diagnosis. *Rev chile radiol.* 2017; 23 (4): 163-73.

Torres GM, Cernigliaro JG, Abbitt PL, Mergo PJ, Hellein VF, Fernández PR. Iliopsoas compartment: normal anatomy and pathologic processes. *Radiographics.* 1995; 15 (6): 1285-97.

Márquez Sánchez P. Espondilodiscitis. *Radiología.* 2016; 58: 50-9.