

## Absceso retroperitoneal secundario a espondilodiscitis tuberculosa que simula hernia inguinal incarcerada

### *Retroperitoneal abscess due to tuberculous spondylodiscitis simulating incarcerated inguinal hernia*

E. Hurtado Caballero, E. Mercader Cidoncha, A. Ruiz de la Hermosa, I. Amunategui Prats, P. Maldonado Valdivieso, A. Muñoz-Calero Peregrín

Servicio de Cirugía General I del HGU Gregorio Marañón de Madrid, España

Correspondencia:  
Elena Hurtado Caballero,  
elenahurtadocaballero@yahoo.es

La tuberculosis (TBC) es la causa más común de infección espinal en el mundo (9-46%).<sup>1</sup> Un 1-10% de pacientes con TBC desarrollará enfermedad ósea, la mitad con afectación espinal.<sup>2</sup> La TBC osteoarticular representa un tercio de los casos de TBC extrapulmonar.<sup>3</sup>

La incidencia de TBC se ha incrementado considerablemente en los últimos 20 años debido a la pandemia por VIH. Mientras en inmunocompetentes suele limitarse al pulmón, la mitad de los infectados con VIH tiene enfermedad extrapulmonar.<sup>4</sup>

En los países industrializados, la TBC osteoarticular afecta predominantemente a adultos, mientras que en los países en vías de desarrollo es más frecuente en niños y jóvenes (edad inferior a 40 años<sup>1</sup>).

En nuestro medio, concretamente en el ámbito quirúrgico, es inusual encontrar una complicación de una TBC extrapulmonar en un paciente sano inmunocompetente, lo que supone un reto diagnóstico que requiere un alto índice de sospecha y una minuciosa historia clínica e interpretación de los estudios complementarios.

Se presenta el caso de un absceso retroperitoneal secundario a espondilodiscitis tuberculosa, en un hospital de nivel 3, que aparece en el contexto de patología urgente de pared abdominal.

Mujer de 29 años originaria de la India, inmunocompetente, con antecedente de pericarditis tuberculosa a los 9 años, que estaba siendo estudiada ambulatoriamente por síndrome poliadenopático axilar y cervical. Fue derivada a urgencias por sospecha de hernia inguinal izquierda incarcerada. Aportaba ecografía en la que se objetivaba una hernia de pared abdominal en fosa ilíaca izquierda.

A la exploración se encontraba afebril, con tránsito intestinal disminuido, y presentaba una masa dura y dolorosa no reductible en fosa ilíaca/región inguinal izquierda.

A partir del diagnóstico de obstrucción intestinal incompleta secundaria a hernia inguinal incarcerada se realizó abordaje inguinal. Se pudo evidenciar un voluminoso absceso retroperitoneal sin evidencia de hernia de pared abdominal ni inguinal. Se decidió descartar una patología intraperitoneal mediante exploración laparoscópica, y se objetivó un abombamiento retroperitoneal en el flanco derecho, sugestivo de absceso, sin evidencia de patología intrabdominal. Se dejó drenaje retroperitoneal izquierdo a través de la incisión inguinal previa.

Se realizó una tomografía computarizada (TC) de abdomen posoperatoria que diagnosticó absceso del psoas derecho (Fig. 1), y osteólisis de un segmento raquídeo lumbar amplio (L3 a L5) (Fig. 2) de probable origen tuberculoso, que originaba sendos abscesos retroperitoneales bilaterales que afectaban la musculatura paravertebral e iliopsoas. La radiografía de tórax no mostraba lesiones pulmonares.

Se realizó el drenaje percutáneo de la colección retroperitoneal derecha y se instauró terapia antituberculosa y antibiótica de amplio espectro.

Los estudios de laboratorio preliminares informaron de un test auramina negativo, PPD 22 mm, VIH, VHC y VHB negativos, Ziehl-Nielsen y PAS negativos.

Los cultivos definitivos confirmaron aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis complex* y cocos positivos en racimo.

La evolución clínica fue favorable y la tomografía de control a la semana presentó marcada disminución de las colecciones con espondilodiscitis sin modificaciones.

El Servicio de Neurocirugía planteó un manejo conservador de la patología raquídea dada la ausencia de dolor e inestabilidad.

El sistema osteoarticular es la localización extrapulmonar más frecuente de la in-

Recibido el  
19 de noviembre de 2014  
Aceptado el  
9 de febrero de 2015

fección por TBC, y afecta a entre el 1 y el 10% de los pacientes.<sup>2</sup> La diseminación suele producirse vía hematogena<sup>3,5</sup> y menos frecuentemente linfática o por contigüidad.<sup>3</sup> El foco inicial es el pulmón en el 30% de los casos, un menor porcentaje es el tracto urinario y permanece sin identificar en más de la mitad de ellos. Habitualmente el lapso entre la infección primaria y el desarrollo de enfermedades musculoesqueléticas es de 12 a 18 meses.<sup>3</sup>

La espondilodiscitis tuberculosa o mal de Pott es la forma de afectación osteoarticular más frecuente (50% de los casos) y es común en áreas endémicas. Resultan lesionados principalmente los segmentos torácicos inferiores y lumbares superiores y en un 75% se complica con abscesos paravertebrales.<sup>3,2</sup>

El absceso del psoas es una enfermedad rara con solo 12 casos en revistas indexadas hasta 1992.<sup>6</sup> Actualmente se desconoce la incidencia, pero probablemente se haya incrementado debido a la mejora de las pruebas diagnósticas.<sup>6</sup> La etiología ha variado desde principios del siglo XX, cuando el principal agente era la TBC, hasta hoy, cuando el tracto digestivo ocupa el primer lugar gracias a los programas de profilaxis primaria y secundaria de la TBC en países desarrollados.<sup>6</sup> Generalmente se aísla flora polimicrobiana, y los más comunes son *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, especies de *Enterococcus* y *Staphylococcus aureus*.<sup>4</sup>

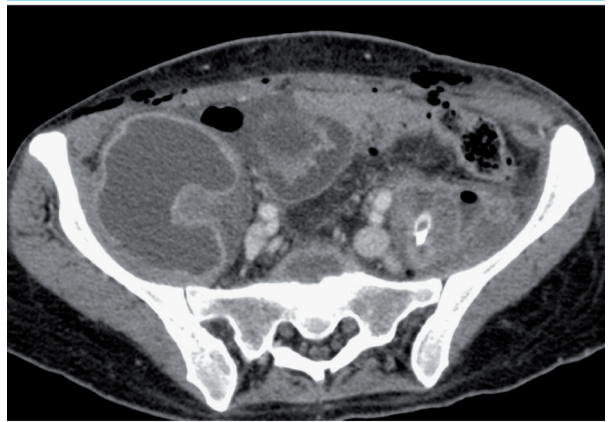
Fisiopatológicamente, los abscesos de psoas de origen tuberculoso se forman por destrucción de la cortical ósea y penetración del periostio por la masa inflamatoria, pero se puede extender más allá de la cadera siguiendo el trayecto del psoas.<sup>2</sup>

En la mayoría de los casos, el paciente presenta buen estado general, y se trata de un proceso crónico e insidioso,<sup>6</sup> donde la clásica tríada (fiebre, dolor abdominal o de espalda y limitación de los movimientos de articulación de la cadera) solo se presenta en el 25%.

A pesar de que muchas veces es extraordinariamente complejo sospechar esta entidad, se dispone de pruebas complementarias. La resonancia magnética (RM) es muy útil y sensible para el diagnóstico de espondilodiscitis tuberculosa y la TC es el procedimiento de referencia (*gold standard*) para el diagnóstico de abscesos retroperitoneales.<sup>6</sup> A pesar de todo, se requiere aislamiento microbiológico del *Mycobacterium tuberculosis* para el diagnóstico etiológico de certeza.<sup>3,6</sup>

El caso aquí presentado ilustra la dificultad de sospechar esta patología. La paciente presentaba un lapso entre la primoinfección y el proceso actual anormalmente largo, de 20 años. Además era una enferma inmunocompetente, sin ninguna circunstancia que propiciase inmunodepresión reciente. El episodio se desarrollaba en el contexto de un cuadro agudo, sugestivo de incarceration herniaria, motivo por el que fue remitida a urgencias. En ningún momento refirió dolor lumbar. La exploración física no reveló infección sistémica (afebril y sin afectación general) ni local (tumoración en la región inguinal no fluctuante y sin celulitis asociada).

FIGURA 1



Absceso psoas derecho

FIGURA 2



Osteólisis de vértebra lumbar

Al no acompañarse de un cuadro de obstrucción intestinal claro se solicitó ecografía de pared que apuntaba a un posible pinzamiento lateral de una asa intestinal, motivo por el que se indicó la cirugía. Los hallazgos operatorios obligaron a un cambio de estrategia, y se excluyó mediante laparoscopia exploradora un foco intraperitoneal y se realizó una tomografía posoperatoria que finalmente esclareció el diagnóstico.

El tratamiento de la espondilodiscitis tuberculosa es fundamentalmente médico y debe instaurarse lo más tempranamente posible: consiste en reposo, ortesis de descarga y tuberculostáticos. La cirugía se plantea cuando aparece deterioro neurológico agudo grave, inestabilidad o deformidad espinal, si no hay respuesta a quimioterapia o si el paciente incumple el tratamiento médico. El tratamiento del absceso retroperitoneal incluye los antituberculostáticos asociados al drenaje percutáneo, el cual en la mayoría evita el drenaje quirúrgico.<sup>6</sup> En el caso aquí presentado se colocó un drenaje retroperitoneal izquierdo durante la cirugía, y se completó el tratamiento con la colocación de un drenaje percutáneo retroperitoneal derecho y con

antituberculostáticos. Las muestras tomadas durante la cirugía fueron positivas para *M. tuberculosis*. El Servicio de Neurocirugía optó por un manejo conservador de la patología raquídea dada la ausencia de sintomatología y la estabilidad de la columna vertebral.

La evolución ha sido satisfactoria con resolución completa de las colecciones retroperitoneales y ausencia de clínica neurológica.

En conclusión, la espondilodiscitis tuberculosa tiene una naturaleza crónica e insidiosa, con un cuadro clínico poco definido que suele llevar a un diagnóstico en fases evolucionadas. Aunque infrecuente, es importante sospechar la etiología tuberculosa de un absceso retroperitoneal, aun cuando el paciente sea inmunocompetente, sobre todo si es originario de áreas endémicas o tiene antecedentes de TBC.

#### Referencias bibliográficas

---

1. Goulioris T, Aliyu SH, Brown NM. Spondylodiscitis: update on diagnosis and management. *J Antimicrob Chemother.* 2010; 65 (Suppl 3):11-24.
2. Sanal HT, Kocaoglu M, Sehirlioglu A, Bulakbasi N. A rare cause of flank mass: psoas abscess due to extensive primary thoracolumbar tuberculous spondylodiskitis. *Am J Neuroradiol.* 2006;27:1735-37.
3. Lozano MC, García-Agudo L, Moreno R, Chozas N, García-Martos P. Espondilodiscitis tuberculosa en Cádiz (España) durante diez años. *Rev Med Chile.* 2010; 138: 1272-5.
4. Pasqualini L, Leli C, De Socio GVL, et al. Retroperitoneal abscess: an uncommon localization of tubercular infection. *Le Infezioni in Medicina.* 2008; 4:230-2.
5. Di Martino L, Tomasi L, Bernaudo F, Leone E, Pisanti A, Rufolo L. Su di un caso di spondilodiscite tubercolare con ascessi paravertebrali in un adolescente: considerazione clinico-diagnostiche. *Le Infezioni in Medicina.* 2001; 2:111-4.
6. Vaz AP, Gomes J, Esteves J, Carvalho A, Duarte R. A rare cause of lower abdominal and pelvic mass, primary tuberculous psoas abscess: a case report. *Cases Journal.* 2009; 2:182.