

Absceso retroperitoneal secundario a espondilodiscitis tuberculosa simulando una hernia inguinal incarcerada

Hurtado Caballero E,¹ Mercader Cidoncha E,¹ Ruiz de la Hermosa A,² Amunategui Prats I,¹ Maldonado Valdivieso P,¹ Muñoz-Calero Peregrín A¹

¹ Servicio de Cirugía General I del HGU Gregorio Marañón. Madrid, España.

² Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid, España.

Acta Gastroenterol Latinoam 2015;45:316-319

Recibido: 22/02/2015 / Aprobado: 25/06/2015 / Publicado en www.actagastro.org el 30/12/2015

Resumen

La tuberculosis es la causa más común de infección espinal en el mundo (9-46%). La espondilodiscitis tuberculosa cursa con afectación raquídea multifocal torácica y/o lumbar y forma grandes abscesos paraespinales y del psoas. Se asocia con mayor frecuencia en menores de 40 años, infección previa por tuberculosis y procedencia de países endémicos. La clínica es inespecífica y subaguda. Describimos el caso de una paciente de 29 años con antecedentes de tuberculosis pericárdica en la infancia que presenta en la actualidad un absceso retroperitoneal bilateral secundario a espondilodiscitis tuberculosa. El debut clínico se presenta como dolor inguinal y masa irreducible a ese nivel, simulando una hernia inguinal incarcerada, motivo por el que se indica cirugía. Los hallazgos operatorios, discrepantes con el diagnóstico inicial, obligan a un cambio de estrategia diagnóstica y terapéutica. El objetivo es enfatizar la dificultad diagnóstica de esta patología, dada la baja prevalencia en nuestro medio asociado a un cuadro clínico poco definido que suele llevar a un diagnóstico en fases evolucionadas y un retraso del tratamiento.

Palabras claves. Espondilodiscitis tuberculosa, absceso retroperitoneal, hernia inguinal incarcerada.

Retroperitoneal abscess due to tuberculous spondylodiscitis simulating incarcerated inguinal hernia

Summary

Tuberculosis is the commonest cause of spinal infection worldwide (9-46%). Tuberculosis spondylodiscitis causes multifocal thoracic and lumbar spinal disease, and big paraspinal and psoas abscesses. It is more frequent in people under 40 who had previous tuberculosis infection and from countries where the illness is endemic. Clinic is non-specific and sub-acute. We report the clinical case of a 29-year-old patient who suffered from pericardic tuberculosis in her childhood and who presents a bilateral retroperitoneal abscess due to tuberculosis spondylodiscitis. Her clinical debut began with left inguinal pain and an irreducible mass at this level that simulated an incarcerated inguinal hernia, which is why surgery was indicated. Due to discrepancies between intraoperative findings and the initial diagnosis, the diagnosis and treatment strategy were changed. The purpose of this case report is to emphasize the challenge that the diagnosis of this pathology represents, due to low incidence in our environment and poor clinical features, which results in late diagnosis and late management.

Key words. Tuberculous spondylodiscitis, retroperitoneal abscess, incarcerated inguinal hernia.

Correspondencia: Elena Hurtado Caballero
Calle Doctor Esquerdo, 46.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo
HGU Gregorio Marañón, 28009. Madrid, España
Correo electrónico: elenahurtadocaballero@yahoo.es

Abreviaturas

TBC: tuberculosis.

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

TC: tomografía computarizada.

La tuberculosis (TBC) es una epidemia mundial y es una de las enfermedades transmisibles más mortales. En 2013 contrajeron la enfermedad 9 millones de personas (1.5 millones fallecieron por esta causa) de los cuales el 56% pertenecían a Asia Sudoriental y Pacífico Occidental. India representó el 24% de los casos.¹ En España en 2013 se notificaron 5.535 casos de TBC (24,7% extrapulmonar) de los cuales el 32% eran inmigrantes.²

El 13% de los infectados a nivel mundial eran VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) positivos (en España el 5,1%).² El número de fallecidos por TBC asociada a VIH ha disminuido en la última década gracias a los antirretrovirales.¹ Mientras en pacientes inmunocompetentes suele limitarse al pulmón, la mitad de los pacientes infectados con VIH tiene enfermedad extrapulmonar.³

La TBC es la causa más común de infección espinal en el mundo (9-46%).⁴ El 1-10% de los pacientes con TBC desarrollará enfermedad ósea, la mitad de ellos con afectación espinal.⁵ En España representa el 0,9%.² En los países industrializados la TBC osteoarticular afecta predominantemente a los adultos, mientras que en los países en vías de desarrollo se asocia con mayor frecuencia a niños y jóvenes (edad inferior a los 40 años).⁴

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

Presentamos el caso de un absceso retroperitoneal secundario a una espondilodiscitis tuberculosa tratado en un hospital de nivel terciario que se presenta en el contexto de una patología urgente de la pared abdominal. El objetivo es enfatizar la dificultad diagnóstica de esta patología dada la baja prevalencia en nuestro medio asociado a un cuadro clínico poco definido que suele llevar a un diagnóstico en fases evolucionadas y retrasa el tratamiento.

Caso clínico

Mujer de 29 años originaria de la India, inmunocompetente, con antecedente de pericarditis tuberculosa a los 9 años, estudiada ambulatoriamente por un síndrome poliadenopático axilar y cervical. Es derivada a urgencias por sospecha de hernia inguinal izquierda encarcerada. Aporta ecografía en la que se objetiva una hernia de la pared abdominal en la fosa ilíaca izquierda.

Al examen físico se encuentra afebril, con tránsito intestinal disminuido y presenta una masa dura y dolorosa no reductible en la fosa ilíaca/región inguinal izquierda.

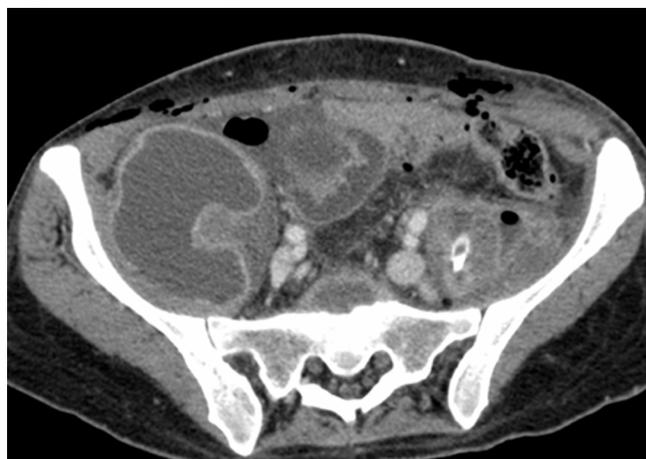
Bajo el juicio clínico de obstrucción intestinal incompleta secundaria a una hernia inguinal izquierda encarcerada se realiza el abordaje inguinal: voluminoso absceso retroperitoneal sin evidencia de hernia de la pared abdominal ni inguinal. Se decide descartar patología intraperitoneal mediante la exploración laparoscópica, objetivándose un abombamiento retroperitoneal en el flanco derecho, sugestivo de absceso, sin patología intrabdominal. Se deja un drenaje retroperitoneal izquierdo a través de la incisión inguinal previa.

Se realiza una tomografía computada (TC) abdominal postoperatoria que diagnostica osteólisis (Figura 1) de un segmento raquídeo lumbar amplio (L3 a L5) de probable origen tuberculoso que origina sendos abscesos retroperitoneales bilaterales que afectan a la musculatura paravertebral e iliopsoas (Figura 2). La radiografía de tórax no muestra lesiones pulmonares.

Figura 1. Osteólisis.



Figura 2. Absceso del psoas derecho.



Se realiza un drenaje percutáneo de la colección retroperitoneal derecha y se instaura terapia antituberculosa y antibiótica de amplio espectro. Los estudios de laboratorio preliminares informan de un *test* auramina negativo, Mantoux de 22 mm, VIH negativo, virus de hepatitis B y C negativos, Ziehl-Nielsen y *test* del ácido para-amino-salicílico negativos.

Los cultivos definitivos confirman el aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis complex*, así como cocos + en racimo (este último interpretado como colonización de la muestra).

La evolución clínica es favorable y la TC de control a la semana presenta 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.

Discusión

El sistema osteoarticular es una de las localizaciones extrapulmonares más frecuentes de la infección por *Mycobacterium tuberculosis*, después de la localización ganglionar y pleural. Afecta al 1-10% de los pacientes con enfermedad extrapulmonar.^{5, 6} La diseminación suele producirse por vía hematogena y menos frecuentemente por vía linfática o por contigüidad.^{7, 8} El foco inicial recae en el pulmón en el 30% de los casos, un menor porcentaje en el tracto urinario y permanece sin identificar en más de la mitad de los casos. Habitualmente el lapso entre la infección primaria y el desarrollo de enfermedades musculoesqueléticas es de 12-18 meses.⁷

La espondilodiscitis tuberculosa o Mal de Pott es la forma de afectación osteoarticular más frecuente (50% de los casos) y es común en las áreas con mayor prevalencia de TBC. Resultan lesionados principalmente los segmentos torácicos inferiores y lumbares superiores, y en un 75% de los casos se complica con abscesos paravertebrales.^{5, 7}

El absceso del psoas es una enfermedad rara en la literatura. En 1992 la incidencia reportada a nivel mundial fue de 12 casos por año, lo que supone un aumento significativo respecto a la reportada hasta 1985 que era de 3,9 casos.^{9, 10} En la actualidad, se desconoce la incidencia, pero probablemente se haya incrementado debido a la mejora de las pruebas diagnósticas.^{9, 11, 12} La etiología ha variado desde principios del siglo XX, donde el principal agente era la TBC, hasta la actualidad, donde el tracto digestivo ocupa el primer lugar debido al excelente resultado de los programas de profilaxis primaria y secundaria de la TBC en países desarrollados.^{9, 11} Generalmente se aísla flora polimicrobiana; los más comunes son *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus sp* y *Staphylococcus*

aureus^{3, 13} aunque se han descrito otros microorganismos muy poco frecuentes como la *Pasteurella multocida*.¹⁴

Fisiopatológicamente los abscesos del psoas de origen tuberculoso se forman por destrucción de la cortical ósea y penetración del periostio por la masa inflamatoria, pudiéndose extender más allá de la cadera siguiendo el trayecto del músculo psoas.⁵

En la mayoría de los casos el paciente presenta buen estado general, proceso crónico e insidioso, donde la clásica tríada (fiebre, dolor abdominal o de espalda y limitación de los movimientos de articulación de la cadera) sólo se presenta en el 25% de los casos.⁹

En muchas ocasiones es extraordinariamente complejo sospechar esta entidad. Sí disponemos de pruebas complementarias resolutivas para confirmar la sospecha de la espondilodiscitis tuberculosa y sus complicaciones. La resonancia magnética nuclear (RMN) es muy útil y sensible para el diagnóstico de espondilodiscitis tuberculosa y la TC es el *gold standar* para el diagnóstico de los abscesos retroperitoneales.⁹ A pesar de todo, se requiere aislamiento microbiológico del *Mycobacterium tuberculosis* para el diagnóstico etiológico de certeza.^{7, 9}

Nuestro caso ilustra la dificultad en sospechar esta patología. La paciente presenta un lapso de tiempo entre la primoinfección y el proceso actual anormalmente largo (20 años), tras lo que se supone un tratamiento adecuado de la infección inicial. Además, se trata de una enferma inmunocompetente sin ninguna circunstancia que propiciase depresión de su sistema inmune recientemente. El episodio se desarrolla en el contexto de un cuadro agudo, sugestivo de encarceración herniaria, motivo por el que es remitida al Servicio de Urgencias. En ningún momento la paciente refiere dolor lumbar. La exploración física no revela datos de infección sistémica (afebril y sin compromiso general) ni local (tumoración en la región inguinal no fluctuante y sin celulitis asociada). Al no acompañarse de un cuadro de obstrucción intestinal claro se solicitó una ecografía de pared que apunta a un posible pinzamiento lateral de una asa intestinal, motivo por el que se indica la cirugía. Los hallazgos operatorios obligan a un cambio de estrategia, excluyéndose mediante la laparoscopia exploradora un foco intraperitoneal y realizando una TC postoperatorio que finalmente esclarece el diagnóstico.

El tratamiento de la espondilodiscitis tuberculosa es fundamentalmente médico y debe instaurarse lo más precozmente posible, consistiendo en reposo, ortesis de descarga del segmento raquídeo afectado y la administración de tuberculostáticos. La cirugía se plantea cuando aparece deterioro neurológico agudo grave, inestabilidad o deformidad espinal, si no hay respuesta a la quimioterapia o si

el paciente incumple el tratamiento médico. En cuanto al tratamiento del absceso retroperitoneal secundario, incluye el uso de los mencionados tuberculostáticos asociados al drenaje percutáneo, el cual en la mayoría de los casos, evita el drenaje quirúrgico.^{9, 15} En nuestro caso, durante la cirugía se colocó un drenaje retroperitoneal izquierdo, completándose el tratamiento con un drenaje percutáneo retroperitoneal derecho y tuberculostáticos. Las muestras tomadas durante la cirugía fueron positivas para *Mycobacterium tuberculosis*. El Servicio de Neurocirugía de nuestro centro optó por un manejo conservador de la patología raquídea dada la ausencia de sintomatología y la estabilidad de la columna vertebral de la paciente.

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

Conclusiones

La espondilodiscitis tuberculosa, así como las complicaciones derivadas de la misma, presentan una prevalencia muy baja en nuestro medio. Su naturaleza crónica e insidiosa condiciona un cuadro clínico poco definido que suele llevar a un diagnóstico en fases tardías.

Aunque infrecuente, es importante sospechar la etiología tuberculosa de un absceso retroperitoneal, aún cuando el paciente es inmunocompetente, sobre todo si él es originario de áreas endémicas o tiene antecedentes de infección tuberculosa.

Referencias

1. Global Tuberculosis Report 2014. World Health Organization.
2. Informe epidemiológico sobre la situación de la tuberculosis en España 2013. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

3. Goulioris T, Aliyu SH, Brown NM. Spondylodiscitis: update on diagnosis and management. *J Antimicrob Chemother* 2010; 65: 11-24.
4. 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: 1735-1737.
5. 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: 1272-1275.
6. García-Elorriaga G, Martínez-Elizondo O, del Rey-Pineda G, González-Bonilla C. Clinical, radiological and molecular diagnosis correlation in serum samples from patients with osteoarticular tuberculosis. *Asian Pac J Trop Biomed* 2014; 4: 581-585.
7. Pasqualini L, Leli C, De Socio GVL, Mazzolla R, Cavaliere A, Schillaci G, Bistoni F, Mannarino E. Retroperitoneal abscess: an uncommon localization of tubercular infection. *Le Infezioni in Medicina* 2008; 4: 230-232.
8. 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: 111-114.
9. 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.
10. Gruenwald I, Abramson J, Cohen O. Psoas abscess: case report and review of the literature. *J Urol* 1992; 147: 1624-1626.
11. Berge VM, Marie S, Kuipers T, Janz AR, Bravenboer B. Psoas abscess: report of a series and review of the literature. *Neth J Med* 2005; 63: 413-416.
12. Penado S, Espina B, Campo J. Absceso de psoas. Descripción de una serie de 23 casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001; 19: 257-260.
13. Brook I, Frazier EH. Aerobic and anaerobic Microbiology of retroperitoneal abscesses. *Clin Infect Dis* 1998; 26:938-941.
14. Ruiz de la Hermosa A, Amunategui Prats I, Hurtado Caballero E, Cortese S, Muñoz-Calero Peregrín A. Psoas abscess due to *Pasteurella multocida*. *Rev Gastroenterol Mex* 2011; 76: 366-369.
15. Dinc H, Onder C, Turhan AU, Sari A, Aydin A, Yuluğ G, Gümele HR. Percutaneous catheter drainage of tuberculous and non-tuberculous psoas abscesses. *Eur J Radiol* 1996; 23: 130-134.