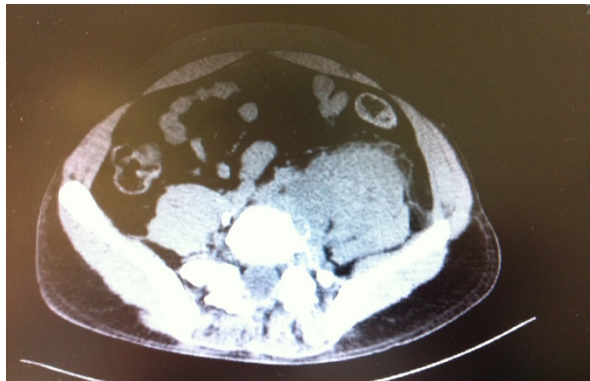


**INTRODUCCIÓN**

El absceso de psoas es una enfermedad muy infrecuente, más extraño es aun la presentación como consecuencia de infección tardía sobre implantes de artrodesis lumbar L4-L5-S1 tras 15 de evolución favorable. Este caso se presentó de manera insidiosa como lumbalgia, revelándose de forma inesperada la presencia de esta grave infección.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Paciente joven de 38 años de edad. 15 años atrás había sido intervenido quirúrgicamente en otro centro de espondilólisis mediante artrodesis instrumentada de L4-L5-S1. Tras dicha intervención evolucionó favorablemente. Un mes antes de su llegada a nuestro centro comenzó a presentar dolor lumbar no irradiado y acudió a centro de atención primaria donde fue tratado con AINE y corticoides. Ante la falta de eficacia del tratamiento y la persistencia de los síntomas acudió a las urgencias de nuestro hospital. La analítica inicial no mostró alteraciones, y la radiografía reflejaba fractura por estrés de las barras de la instrumentación de la artrodesis. Ante la falta de mejoría se ingresa para control del dolor con diagnóstico de sospecha de aflojamiento mecánico del material. Se solicita estudio RM y se obtiene el resultado antes de las 24h del ingreso del paciente hallándose de forma incidental gran absceso en psoas izquierdo con extensión proximal alrededor de los implantes y distal hasta inserción en trocánter menor. En este segundo día el paciente experimenta flexo antiálgico de cadera izquierda. Se realiza retirada de material implantado en raquis lumbar y se drenan 650cc de líquido purulento del psoas. Posteriormente se realizan drenajes percutáneos por colegas de radiología intervencionista bajo TC y se obtienen otros 400cc en los siguientes diez días. El informe de bacteriología reflejó la presencia de estreptococo. El paciente ha permanecido 1 mes hospitalizado con antibioterapia intravenosa y posteriormente oral.

**RESULTADOS**

Se ha conseguido la curación del paciente. A nivel lumbar tras retirada de implantes se verificó fusión ósea y no fue preciso reintervención. Actualmente el paciente tiene actividad normal y no padece dolor. El uso de corticoides previos pudo agravar la evolución de la enfermedad.

**CONCLUSIÓN**

Los autores resaltan el valor del drenaje quirúrgico urgente, así como la retirada de implantes que junto a la antibioterapia encaminaron el curso hacia la curación, evitando un abordaje lateral convencional al psoas, y alejando desde el inicio un desenlace fatal. También ensalzan el valor de la RMN como prueba complementaria que aportó un diagnóstico certero y rápido.

*Shields DW, Robinson PG. Iliopsoas abscess masquerading as 'sciatica'. BMJ Case Rep. 2012 Dec 20;2012.*

*Shields D(1), Robinson P, Crowley TP. Iliopsoas abscess--a review and update on the literature. Int J Surg. 2012;10(9):466-9.*

*Mückley T, Schütz T, Kirschner M, Potulski M, Hofmann G, Bühren V. Psoas abscess: the spine as a primary source of infection. Spine (Phila Pa 1976). 2003 Mar 15;28(6):E106-13.*

