

Valenciana [consultado 23 Septiemb 2011]. Disponible en: http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/CIRCULAR_3_2007.pdf

J.M. Ramos-Rincón^{a,d,*}, A. Milla-Jover^b,
J.C. Rodríguez-Díaz^c y F. Gutiérrez-Rodero^{a,d}

^a Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario de Elche, Elche, Alicante, España

^b Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital General Universitario de Elche, Elche, Alicante, España

^c Sección de Microbiología, Hospital General Universitario de Elche, Elche, Alicante, España

^d Departamento de Medicina Clínica, Facultad de Medicina, Universidad Miguel Hernández, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jramosrincon@yahoo.es
(J.M. Ramos-Rincón).

doi:10.1016/j.rce.2012.02.004

Dolor testicular y rotura de aneurisma de aorta abdominal

Testicular pain and ruptured abdominal aorta aneurysm

Sr. Director:

La ruptura de un aneurisma de la aorta abdominal es una entidad clínica poco frecuente, pero de consecuencias muy graves, con una elevada mortalidad¹. Puede presentarse con dolor abdominal o lumbar asociado a masa pulsátil, ausencia de pulsos en miembros inferiores e inestabilidad hemodinámicamente². El dolor testicular aislado, como forma de presentación de un aneurisma de aorta abdominal roto es excepcional; tan solo hemos podido recoger 7 casos descritos previamente³⁻⁹. Varón de 76 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con losartán e hidroclorotiazida, y síndrome depresivo tratado con venlafaxina. Acude a Urgencias por dolor testicular izquierdo. El dolor se había iniciado 5 horas antes, estando en decúbito y le despertó del sueño. No se modificaba con los movimientos ni la maniobra de Valsava. Estaba eupneico y afebril, con PA 160/100 mmHg y un pulso de 80 lpm. El abdomen era normal, sin masas ni hernias. La palpación testicular bilateral fue normal. El tacto rectal era indoloro, y la próstata se halló agrandada. Los pulsos periféricos estaban presentes y simétricos. Se realizó un hemograma, coagulación y una bioquímica que fueron normales. La ecografía testicular no evidenció afección y el paciente fue remitido a su domicilio con tratamiento antiinflamatorio. Diez horas después, acude de nuevo a Urgencias por dolor persistente. Además, presenta dolor abdominal generalizado con sudoración profusa, taquipnea, frecuencia cardíaca de 110 lpm y PA 70/40 mmHg, con ausencia de pulsos de miembros inferiores. El TC abdominal mostró un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal que compromete ambas ilíacas (fig. 1). El aneurisma tenía unas dimensiones de 9 × 8,3 cm de longitud y 4 cm de diámetro. Estaba roto en su margen izquierdo, lo que daba lugar a un gran hematoma retroperitoneal y pélvico. Fue intervenido y se realizó un *by-pass* aorto-bifemoral. En el servicio de Medicina Intensiva permaneció en shock hipovolémico y desarrolló una coagulopatía de consumo. No respondió al tratamiento intensivo y falleció a las 10 horas de la intervención quirúrgica.

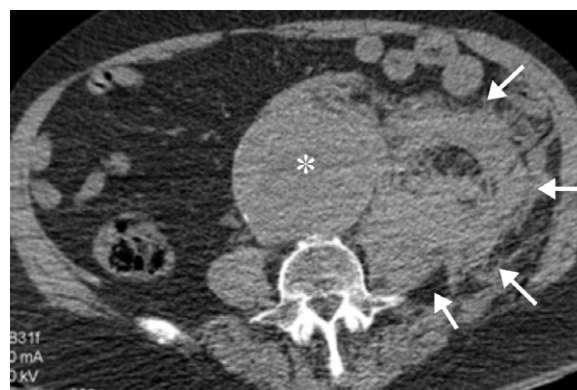


Figura 1 TC abdominal. Corte transversal a nivel de la aorta infrarrenal.

Se aprecia un gran aneurisma roto (asterisco) y una gran masa en hemiabdomen izquierdo (flechas blancas). La masa tiene la misma densidad (sangre) y corresponde a un gran hematoma retroperitoneal que procede del aneurisma roto.

La patogenia del dolor testicular secundario a la disección aórtica no es del todo conocida; se cree que la expansión previa a la ruptura o el desarrollo de un hematoma alrededor de los nervios viscerales locales, como el nervio ilioinguinal o genitofemoral, pueden ser responsables de este síntoma¹⁰. El enfermo descrito ilustra la importancia de incluir la disección de aorta abdominal en el diagnóstico diferencial del dolor testicular aislado con exploración testicular normal; un retraso en el diagnóstico puede contribuir a la elevada mortalidad de la ruptura de un aneurisma de aorta abdominal.

Bibliografía

1. Upchurch Jr GR, Schaub TA. Abdominal aortic aneurism. *Am Fam Physician*. 2006;73:1198-204.
2. Ramanath VS, Oh JK, Sundt III TM, Eagle KA. Acute aortic syndromes and thoracic aortic aneurysm. *Mayo Clin Proc*. 2009;84:465-81.
3. Sufi P. A rare case of leaking abdominal aneurysm presenting as isolated right testicular pain. *Can J Emerg Med*. 2007;9:124-6.
4. Chan-Tack KM. Aortic dissection presenting as bilateral testicular pain. *N Engl J Med*. 2000;343:1199.

5. Ahmad F, Cheshire N, Hamady M. Acute aortic syndrome: pathology and therapeutic strategies. *Postgrad Med J*. 2006;82:305-12.
 6. Artman MR, Burkle Jr FM. Acute abdominal aortic aneurysm presenting as isolated testicular pain. *Am J Emerg Med*. 1987;5:45-7.
 7. O'Keefe KP, Skiendzielewski JJ. Abdominal aortic aneurysm rupture presenting as testicular pain. *Ann Emerg Med*. 1989;18:1096-8.
 8. Cawthorn SJ, Giddings AE, Taylor RS, Thomas MH. Isolated testicular pain: an unrecognized symptom of the leaking aortic aneurysm. *Br J Surg*. 1991;78:886-7.
 9. Forsythe RO, Lavin V, Fraser SC, McNeill A. Isolated right testicular pain for six days: an unusual presentation of occult abdominal aortic aneurysm leak. *Ann R Coll Surg Engl*. 2011;93:1-2.
 10. Khalil A, Luk T. Ruptured abdominal aortic aneurysm presenting as testicular pain. *BMJ Case Rep* [edición electrónica]. 2009, pii: bcr08.2008.0614. Epub 2009 Jun 3.
- J. Sousa Otero*, E. Paz Cadabal,
B. Folgar Leira y N. Cabaleiro Gómez
- Servicio de Urgencias, Hospital Xeral-Ciés de Vigo,
Complejo Hospitalario Universitario, Vigo, Pontevedra,
España*
- * Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jose.sousa@mundo-r.com
(J. Sousa Otero).
doi:10.1016/j.rce.2012.02.009

***Mycobacterium tuberculosis* como agente etiológico de espondilodiscitis infecciosa del adulto**

***Mycobacterium tuberculosis* as etiological agent of adult infectious spondylodiscitis**

Sr. Director:

Se define como espondilodiscitis infecciosa (EI) a la enfermedad provocada por la colonización y posterior infección del espacio discal y de los cuerpos vertebrales adyacentes. Las EI son enfermedades raras e incluyen un 2 a 5% de los casos de osteomielitis; la columna vertebral es la principal localización de la osteomielitis hematógena del adulto¹.

Las EI pueden clasificarse de acuerdo con su mecanismo patogénico en espontáneas o posquirúrgicas, y según su etiología microbiana en micobacterianas o tuberculosas (EDTB) y bacterianas (EDB).

La etiología y frecuencia de estos procesos se ha modificado en las 2 últimas décadas observándose una disminución en la incidencia de *Mycobacterium tuberculosis* (MTBC) y un incremento de *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* spp. y bacterias gram negativas².

La hipótesis utilizada para nuestro trabajo fue demostrar que MTBC continúa siendo una causa frecuente de EI en países con alta prevalencia de infección tuberculosa.

Se analizaron de manera retrospectiva y protocolizada las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de egreso de EI, de acuerdo con los datos brindados por la división estadística del hospital entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2010. Se incluyeron los pacientes derivados de otros hospitales o diagnosticados en el centro de referencia, y se excluyeron las espondilodiscitis posquirúrgicas. Para el diagnóstico se utilizaron criterios clínicos, de imagen y microbiológicos. A los fines del diagnóstico etiológico se dividió a los pacientes con EDTB, o con EDB. El diagnóstico etiológico se consideró confirmado cuando se obtuvo el desarrollo de microorganismos en los cultivos del material obtenido por biopsia del foco vertebral o de otros focos extravertebrales. Para los casos de EDTB

también se incluyeron pacientes en los que se identificaron bacilos ácido-alcohol resistentes mediante la tinción de Ziehl-Neelsen o granulomas con caseosis o ambos hallazgos en dichas muestras con una buena respuesta al tratamiento antituberculoso. El seguimiento de los pacientes se realizó hasta la finalización del tratamiento antimicrobiano o antituberculoso. Se efectuó un análisis estadístico descriptivo de las variables numéricas continuas y de los parámetros alfanuméricos. Las asociaciones se realizaron por medio del cálculo de *p*, por la prueba de la *t* de Student, y por el coeficiente de correlación de Pearson. Se definió como significativo un valor de *p* < 0,05 en 2 dimensiones.

La mediana de edad en la serie que se analiza resultó ser ligeramente inferior a la referida en la literatura. Once pacientes (39%) tenían serología reactiva para VIH; 5 correspondieron al grupo de EDB. Siete pacientes (32%), con diagnóstico de EDTB, eran inmigrantes de países vecinos a Argentina donde la tuberculosis es endémica (6 de Bolivia y uno de Perú). En cambio, no hubo inmigrantes entre los pacientes con EDB.

Las características demográficas y los hallazgos clínicos se describen en la [tabla 1](#).

El sitio comprometido con mayor frecuencia fue la columna lumbar (13 casos, 46%), seguida de la columna dorsal (5 casos, 18%) y finalmente la región cervical (2 casos, 7%). En 8 casos (29%) se comprobó el compromiso de varios discos.

El diagnóstico etiológico se alcanzó en 25 pacientes (89%), incluyendo los 6 casos de EDB (100%) y 19 casos de EDTB (86%). La etiología fue monobacteriana en todos los casos de EDB. El microorganismo aislado con mayor frecuencia en pacientes con EDB fue *Staphylococcus aureus* meticilin-resistente (SAMR 50%); en los 3 casos restantes se identificó *Klebsiella pneumoniae* en una paciente con antecedente de infección del tracto urinario por este microorganismo, en otro *Serratia marcescens* y *Brucella* spp. en el restante. El diagnóstico de EDTB se confirmó en 19 pacientes (86%). En los 3 pacientes restantes el diagnóstico se efectuó por los antecedentes epidemiológicos, el cuadro clínico y la respuesta al tratamiento antibacilar.

Los pacientes con EDB fueron tratados con combinaciones de antibióticos de acuerdo a los resultados del antibiograma.