

Absceso de Psoas

Javier Lucas Pérez-Romero^a, Pilar Salazar García^b,
Marta Lucas Pérez-Romero^c, María Ángeles Belmonte^d

^a Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Albacete-Hellín.

^b Médico de Familia. Centro de Salud Zona 2. Albacete.

^c FEA de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

^d FEA de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Correspondencia: Javier Lucas Pérez-Romero. Correo electrónico: javi_lucas@hotmail.com.

Recibido el 16 de octubre de 2010.

Aceptado para su publicación el 24 de noviembre de 2010.

RESUMEN

El absceso de psoas es una entidad infrecuente y suele estar relacionada con patología gastrointestinal. Las manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas por lo que el diagnóstico suele ser tardío y como consecuencia de ello el pronóstico malo.

Es importante destacar que ante la presencia de un absceso o enfisema en el muslo se debe tener siempre en cuenta la posibilidad de un origen abdominal, ya que el drenaje quirúrgico urgente y agresivo es el único tratamiento eficaz en estas situaciones.

Palabras Clave. Absceso, Absceso del Psoas..

ABSTRACT

Psoas Abscess

Psoas abscess is a rare clinical entity often associated with gastrointestinal disease. Clinical manifestations are usually non-specific and therefore diagnosis is delayed leading to poor prognosis.

It is important to emphasize that when a patient presents with an abscess or cutaneous emphysema in the muscle the possibility of abdominal origin should always be considered, because immediate, aggressive surgical drainage is the only effective treatment.

Key words. Abscess, Psoas Abscess.

INTRODUCCIÓN

El absceso del psoas es una patología infrecuente y de etiología muy variada. Hay dos categorías de abscesos: primarios y secundarios. Los primarios resultan de la colonización por vía hemática o linfática de un foco lejano, son más frecuentes en países en vías de desarrollo y se dan con más frecuencia en jóvenes menores de 20 años. Suelen ser consecuencia del uso de drogas vía parenteral o inmunosupresión. Los secundarios son provocados por la extensión directa de un foco vecino, son más frecuentes en países desarrollados y se dan en sujetos mayores de 10 años.

La enfermedad de Crohn es la etiología más común de los abscesos secundarios. Otras etiologías menos frecuentes de abscesos secundarios son, por orden de frecuencia, apendicitis, diverticulitis, cáncer colorrectal, pancreatitis, absceso epidural, tuberculosis espinal, osteomielitis, artritis séptica, tuberculosis pulmonar, empiema, hidronefrosis, absceso perirrenal, sacroileítis, así como complicación por DIU. El *Staphylococcus aureus* es el germen más frecuentemente aislado en abscesos primarios, seguido de *Streptococcus agalactiae*, *Escherichia coli*, *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Salmonella* spp, *Fusobacterium nucleatum* y *Pseudomonas aeruginosa*. Los abscesos secundarios son producidos casi siempre por *Escherichia coli*, seguidos por *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus viridans* y *Candida albicans*.

La sintomatología suele ser muy inespecífica, presentándose típicamente dolor en flanco, cadera y dorso. La fiebre suele estar presente. La flexión y rotación externa del miembro inferior, así como el dolor generado al movilizar el miembro, son sugestivos de la presencia de un absceso de psoas.

Presentamos el caso de una mujer de 48 años que consulta repetidas veces por una clínica inespecífica de febrícula, malestar general y dolor de cadera izquierda.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Mujer de 48 años sin hábitos tóxicos y con antecedentes personales de carcinoma mucinoso de ovario bilateral que fue tratado con histerectomía y doble anexectomía. También recibió 4 ciclos de Carboplatino-Taxol. Dos años después se le realizó un PET, apareciendo dos acúmulos patológicos en mesenterio abdominal, uno a nivel de hemiabdomen anterosuperior derecho y otro en región ovárica izquierda, por lo que se le volvió a tratar con 6 ciclos de Carboplatino-Taxol. Al año presentó aumento de los marcadores tumorales y PET compatible con recidiva abdominal y micronódulos pulmonares, por lo que se le volvió a tratar con quimioterapia. Dos meses después de la última dosis presentó obstrucción intestinal por carcinomatosis peritoneal que precisó para su resolución colostomía. Desde el alta hospitalaria presentó episodios de dolor abdominal de tipo cólico, por lo que se le puso tratamiento con Morfina oral 10 mg/6 horas, Metamizol 575 mg/ 8 horas, Bromazepam 1,5 mg/12 horas y Pantoprazol 40 mg/ 24 horas. Una semana antes del ingreso comenzó con dolor en cadera izquierda y fiebre de 38°C que fue tratada por su médico con Amoxicilina 500 mgr/8 horas e Ibuprofeno 600 mgr/8 horas. A lo largo de la semana cedió la fiebre, pero el dolor aumentó impidiéndole totalmente la deambulación y presentando eritema y aumento de temperatura en cara externa del muslo con claro deterioro del estado general, por lo que fue derivada a Urgencias por su médico de atención primaria donde a su llegada presentaba quejas de dolor intenso en cadera y muslo izquierdo.

Presentaba una tensión arterial de 108/69 mmHg y una frecuencia cardiaca de 76 lpm. Estaba afebril. Presentaba palidez cutánea. La auscultación cardio-pulmonar era normal. A la exploración abdominal se quejaba de leve dolor en fosa iliaca izquierda sin presentar defensa abdominal. El resto de la exploración abdominal era normal. Las extremidades inferiores presentaban pulsos simétricos. El tercio superior del muslo izquierdo estaba algo eritematoso y caliente y levemente aumentado de tamaño con respecto al contralateral.

Analítica: urea 146 mg/dl, creatinina 2,9 mg/dl, Na 128 mmol/l, K 6,4 mmol/l, CK 249 U/l, procalcitonina 28,9 ng/ml, Hb 10,3 g/dl, Hcto 34,6%, plaquetas 452.000/mcl, leucocitos 13.710 /mcl (neutrófilos 82%, linfocitos 11,8%). La coagulación era normal. Dímero D: 1.155 mcg/l.

En la radiografía de cadera se desveló la presencia de gas en muslo izquierdo (figura 1), por lo que se decidió realizar TAC abdomino-pélvico para evidenciar el origen del gas. El TAC tuvo que ser realizado sin contraste debido a la insuficiencia renal que tenía la paciente, objetivándose una colección de 5 x 6 cms. con nivel aéreo en pelvis izquierda y afectación del músculo ileo-*psaos*, compatible con absceso del *psaos*, con extensión de gas por la musculatura anterior del muslo izquierdo (figuras 2 y 3).

Con el diagnóstico de absceso de *psaos* se decidió poner ceftriaxona 2 g IV más metronidazol 500 mg IV y posteriormente el absceso fue drenado quirúrgicamente.

Pocas horas después la paciente falleció por shock séptico. En los hemocultivos, así como en el cultivo del exudado de la herida quirúrgica, se aisló *Escherichia coli*.

COMENTARIOS

Los abscesos de *psaos* no son muy frecuentes y menos aún los secundarios a una neoplasia intra-abdominal^{1,2}. Es una patología de muy difícil diagnóstico, ya que el curso clínico suele ser insidioso y a menudo la sintomatología es exclusivamente local, lo que hace que suelen ser diagnosticados tardíamente, asociándose por ello una elevada mortalidad¹.

Las perforaciones intestinales producidas por las neoplasias abdominales producen frecuentemente abscesos localizados, siendo excepcionales los abscesos a distancia, probablemente porque el propio tumor o sus adherencias impiden la diseminación². La extensión de la infección desde la cavidad abdominal hasta el muslo se produce por contigüidad, siguiendo al músculo *psaos* bajo el ligamento inguinal a través del conducto femoral, por el orificio obturador o por los orificios ciáticos³.

El diagnóstico diferencial se debe hacer con procesos tales como piomiositis, osteomielitis, celulitis localizada, tromboflebitis superficial o un hematoma infectado³.

La presencia de crepitación por gas en el muslo u observar gas en la radiografía simple nos debe alarmar sobre el posible origen intestinal del proceso^{4,5}.

La prueba diagnóstica de elección en la actualidad es el TAC, ya que la sensibilidad de dicha prueba es cercana al 95% frente a la ecografía, cuya sensibilidad es menor del 60%^{4,5,6,7,8}. Ambas pruebas tienen como ventaja añadida el permitir poder drenar el absceso de forma dirigida^{4,5,9}.

El origen de la perforación no se suele identificar hasta la intervención quirúrgica. En general los abscesos de miembro inferior derecho se asocian a perforación de intestino delgado y apéndice. Los abscesos de miembro inferior izquierdo se asocian a patología de colon y recto. Los abscesos bilaterales se asocian a una infección local perirrectal³.

Una vez confirmado el diagnóstico debe iniciarse tratamiento antibiótico. Posteriormente, el tratamiento de elección consiste en el drenaje del absceso con desbridamiento amplio de la zona afectada y colostomía de descarga².

No se han evidenciado diferencias significativas entre comenzar con antibióticos antes o después de drenar el absceso. El tratamiento antibiótico de elección es Cefotaxima 2 gramos/4-6 horas IV más

Metronidazol 500 mg/6-8 horas IV. El tratamiento antibiótico IV no debe ser menor a 4 semanas.

Como factores de mal pronóstico destacan el aislamiento del germen en sangre, la edad mayor de 50 años y la persistencia o recurrencia del absceso¹⁰. La mortalidad oscila entre un 7-20% según las series^{6,11}.



Figura 1. Radiografía de cadera izquierda. Se observan imágenes aéreas en muslo izquierdo.

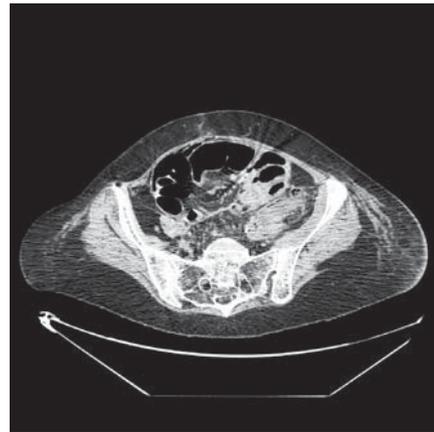


Figura 2. TAC sin contraste. Imagen del absceso de psoas.

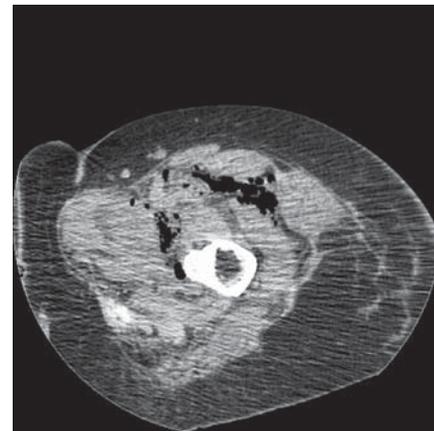


Figura 3. TAC sin contraste. Imagen de gas en musculatura anterior de muslo izquierdo.

BIBLIOGRAFÍA

- Shimizu J, Kinoshita T, Tatsuzawa T, Takehara A, Kawaura Y, Takahashi S. Gluteal abscess caused by perforating rectal cancer: case report and review of the literature. *Tumori*. 2001; 87:330-1.
- Mair WS, McAdam WA, Lee PW, Jepson K, Golicher JC. Carcinoma of the large bowel presenting as a subcutaneous abscess of the thigh: a report of 4 cases. *Br J Surg*. 1977; 64:205-9.
- Rostein OD, Pruet TL, Simmons RL. Thigh abscess. An uncommon presentation of intrabdominal sepsis. *Am J Surg*. 1986; 151:414-8.
- Merino D, Pérez JM, Creagh R, Galvez J, Pujol E. Absceso de psoas como primera manifestación de un adenocarcinoma de sigma. *An Med Interna*. 2001; 18:500-1.
- Tabet J, Targarona EM, Moreno A. Absceso de psoas como primera manifestación de un tumor apendicular. *Med Clin (Barc)*. 1996; 106:42.
- Laguna P, Moya M. Abscess of the psoas muscle: análisis of 11 cases and review of the literature. *Enferm Infec Microbiol Clin*. 1998; 16(1):19-24.
- Paley M, Sidhu P, Evans R, Karani J. Retroperitoneal collections. *Clin Radiol*. 1997; 52(4):290-294.
- Chiu N, Yao W, Jou I, Wu C. The value of 67 Ga citrate scanning in psoas abscess. *Nucl Med Común*. 1997; 18(12):1189-93.
- Ohara N, Tominaga O, Uchiyama M, Nakano H, Muto T. Primary iliopsoas abscess successfully treated by ultrasonographically guided percutaneous drainage. *J Orthop Sci*. 1998; 3(4):221-24.
- Tong C, Griffith J, Lam T, Cheng J. The conservative management of acute pyogenic iliopsoas in children. *J Bone Joint Surg*. 1998; 80(1):83-5.
- Cordoba J, Pigrau C, Paissaha A, Almirante B, Gasser I, Martínez JM. Absceso de psoas. Utilidad diagnóstica y terapéutica de la ecografía y de la tomografía computerizada. *Med Clin (Barc)*. 1992; 99:568-70.