

REPORTE DE CASOS

Hospital «Manuel Ascunce Domenech» Camagüey.

ABSCESO PRIMARIO DEL MÚSCULO PSOAS. PRESENTACIÓN DE 1 CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Dr. Rafael Pila Pérez,¹ Dra. Cristina Rivero García,² Dr. Fernando Fernández Marichal,³ Dr. Rafael Pila Peláez⁴ y Dra. Carmen Guerra Rodríguez.⁴

RESUMEN

El absceso primario del psoas es una entidad infrecuente que afecta principalmente a adultos jóvenes y adolescentes. Se describe un caso de absceso primario del psoas en un paciente de 77 años de edad. Los síntomas predominantes fueron fiebre, dolor abdominal y deterioro progresivo del estado general. El diagnóstico se realizó mediante tomografía axial computadorizada. El tratamiento consistió en antibioticoterapia y drenaje percutáneo, con éxito. Se revisó la literatura médica; se señaló la patogenia, la clínica, el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad.

DeCS: ABSCESO DEL PSOAS/diagnóstico; ABSCESO DEL PSOAS/quimioterapia; TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR RAYOS X.

El absceso del músculo psoas se puede originar a partir de un foco supurativo vecino (absceso secundario) o a partir del propio músculo, sin evidencia de un foco lesional próximo (absceso primario).¹⁻³ Entre las formas primarias y secundarias existen considerables diferencias según la distribución geográfica, la edad de presentación, la localización del absceso y el origen, lo que comporta ello una distinta actitud terapéutica.⁴

El absceso primario del psoas fue señalado por primera vez por *Mynter*⁵ en 1881 y desde entonces se vienen publicando casos aislados y casi exclusivos de países tropicales y subdesarrollados, donde suponen el 95 % de los casos descritos.⁶

En Cuba prácticamente existen aisladas literaturas reportadas,⁷ no obstante en los últimos años ha aumentado la frecuencia hasta constituir en la actualidad

¹ Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Camagüey (ISCM- Camagüey).

² Especialista de I Grado en Imagenología. Asistente del ISCM-Camagüey.

³ Especialista de I Grado en Urología. Jefe del Servicio de Urología del Hospital «Manuel Ascunce Domenech», Camagüey.

⁴ Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital «Manuel Ascunce Domenech» Camagüey.

el 20 % de los abscesos piógenos de dicho músculo.^{8,9}

El motivo de este trabajo es mostrar un caso cuya presentación clínica no es común, y señalar la importancia del diagnóstico y la terapéutica correcta, para evitar la sepsis o la recidiva.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 77 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus de 40 años de evolución, e intervención quirúrgica, hace 8 años, de hiperplasia benigna de próstata, acude a nuestro Servicio por presentar fiebre de 40 °C de 15 días de evolución y dolor en flanco izquierdo y región lumbar que se irradiaba al sacro y muslo del mismo lado, que no se aliviaba con analgésicos y que se exacerbaba con los movimientos. Al examen físico se encuentra un paciente consciente, con alteración de su estado general, emaciado con pérdida de 15 kg en mes y medio, fiebre de 40 °C, signos de deshidratación moderada y palidez cutaneomucosa.

Abdomen: algo distendido, cicatriz quirúrgica antigua de aspecto normal, flanco y región periumbilical izquierda aumentada de volumen con dolor a la palpación, que se irradia a la región lumbar y fosa ilíaca izquierda sin signos de irritación peritoneal, y donde parece existir tumoración, la cual no se pudieron determinar sus características por el severo dolor que presenta el enfermo. Dolor a la movilización tanto activa como pasiva del miembro inferior izquierdo con dolor a la flexión y extensión de la cadera y con contractura de la musculatura lumbar de dicha zona. El resto del examen físico fue normal.

Estudio analítico: Hb 6 g/L, leucocitos $20\,000 \times 10^9$ g/L; diferencial: neutrófilos 0,92, linfocitos 08. Vsg 137 mm/hora. VDRL y VIH: negativo. Función hepática, renal e iones: normal. VCM 70 g/L; HCM

26 g/L, CHCM 340 g/L. Reticulocitos 8×10^3 /L. Coagulograma completo: normal, glicemia 19,6 mmol/L, ácido úrico 225 U/L, colesterol 5 mmol/L, triglicéridos 042 mmol/L; TGO 12 U/L. TGP 30 U/L. LDH 250 U/L. CPK 10 U/KL, calcio 2,4 mmol/L, proteínas totales 72 g/L. Cisturias, conteo de Addis y proteinuria de Bence Jones: negativos.

Serología para Brucella, salmonella y virus de hepatitis: negativo. Antígeno de superficie: negativo. Urocultivos, coprocultivos: negativos. Hemocultivos: creció *Staphylococcus aureus*, *Proteus mirabilis* y *Proteus vulgaris*. Medulograma y medulocultivo: anemia por déficit de hierro y proceso séptico severo asociado. Mantoux: negativo. ECG: taquicardia sinusal. Radiografía de tórax, endoscopia y rectosigmoidoscopia: negativas. Colon por enema: demostró desplazamiento del sigmoide y del colon descendente. Survey óseo: artrosis generalizada.

Ultrasonografía abdominal: hígado que no rebasa el borde costal homogéneo. Vesícula, páncreas y bazo: normales, riñón derecho: normal. Riñón izquierdo: de tamaño normal con ligera uretropicalolectasia y desplazado hacia delante por masa ecolúcida con celularidad, que ocupa el flanco izquierdo con un grosor máximo de 60 mm. Vejiga: normal, TAC: irregularidad del contorno y aumento de volumen del psoas izquierdo. En el nivel del polo superior del riñón izquierdo hacia la región pararenal inferior se observa extensa área hipodensa delimitada por una fina cápsula de 8 x 6,5 mm que impresiona en relación con absceso del psoas. El riñón se desplaza hacia fuera y adelante y llama la atención que existe continuidad con el espacio pararenal en la región posterior. Discreta ectasia de la pelvis de ese lado (fig. A y B).

Se inició tratamiento antibiótico con ceftizoxima 2 g EV/12 horas, metronidazol 500 mg cada 6 horas, electrolitos paren-

terales, apoyo metabólico, vigilancia hemodinámica, transfusión de sangre en 2 oportunidades. Se utilizó drenaje percutáneo; el método de drenaje que se empleó para guiar la punción fue el ultrasonido. A los 5-6 días utilizamos un control de la cavidad residual con ultrasonido y tomografía.

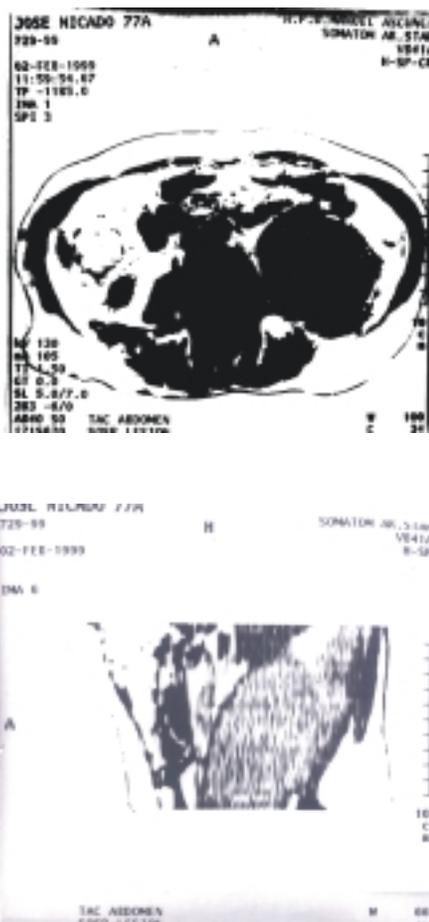


FIG. A-B. Irregularidad del contorno y aumento de volumen del psoas izquierdo; en el nivel del polo superior del riñón hacia la región pararenal inferior se observa extensa área hipodensa delimitada por una fina cápsula de 8 x 6,5 mm que impresiona en relación con absceso del psoas. El riñón es desplazado hacia a fuera y adelante y llama la atención que existe continuidad con el espacio pararenal en la región posterior. Discreta ectasia de la pelvis de ese lado.

En el cultivo del pus drenado creció en 3 oportunidades *Staphylococcus aureus*, *Proteus mirabilis* y *Proteus vulgaris*. El catéter se retiró cuando el paciente estaba asin-tomático, había cesado el drenaje de pus y la cavidad había desaparecido.

DISCUSIÓN

Se han señalado varias teorías para explicar la patogenia del absceso primario del psoas:^{8,9} piodermia, linfangitis supurada, hematoma traumático y diseminación hematogena.

Sólo en el 20 % se ha demostrado el factor causal.^{4,8}

Se han descrito diferentes causas de riesgo, como edad avanzada, desnutrición, anemia, diabetes mellitus como en el caso que presentamos, pero pueden señalarse también viajes a regiones tropicales, parasitismo, alcoholismo, artritis reumatoide, inmunosupresión, insuficiencia renal, y corticoterapia.⁹⁻¹²

La asociación que más se muestra es con adición a drogas por vía parenteral y SIDA.^{13,14} Esta entidad se presenta en el 90 % en pacientes que tienen menos de 30 años; sin embargo, pueden ocurrir en edades extremas como ocurrió en nuestro enfermo. En el 75 % de los casos afecta al varón y compromete por igual a ambos psoas, pero sólo el 2 % puede ser bilateral.¹⁵

En el momento actual el 90 % de los abscesos primarios son producidos por un solo germen, y es el *Staphylococcus aureus* (80 a 90 %) de los casos el más presente, pero puede ser producido no obstante, por enterobacterias^{1,9,15,16} y *M. tuberculosis*¹⁷ o más raramente son causados por varios gérmenes patógenos a la vez, como ha sido señalado en la literatura¹⁸ y el reflejado en este caso por nosotros.

Las manifestaciones clínicas del absceso primario del psoas son, a menudo, in-

sidiosas y no es infrecuente que estén ausentes los signos clásicos de dicha enfermedad, es decir, fiebre elevada, dolor o masa abdominal y dolor en flexión de la cadera. Ello, unido a la peculiar localización profunda del músculo hace que esta enfermedad sea de diagnóstico difícil.¹⁹ Los diagnósticos de presunción más frecuentes son: infección de origen urinaria, masa renal y fiebre de origen desconocido, como en nuestro enfermo, osteomielitis o enfermedad intestinal.²⁰

En el absceso primario del psoas los estudios de laboratorio muestran anemia, leucocitosis con desviación izquierda y aumento de la Vsg. La radiografía de abdomen puede mostrar borramiento o abombamiento del contorno del psoas, opacidad de la fosa ilíaca y escoliosis antálgica. El urograma excretor y el colon por enema pueden presentar desplazamiento renal y/o uretral, afección cólica asociada y/o desplazamiento del ciego o sigmoides,¹⁻³ como apreciamos en nuestro caso.

Para encontrar el posible origen de la infección se puede realizar survey óseo, endoscopia digestiva, biopsia de lesión sospechosa y análisis para investigar micosis o tuberculosis.²¹

La ecografía puede ser útil, pero tiene valor diagnóstico en el 40 % de los casos.²²

La resonancia magnética supera al resto de los procedimientos de imagen; sin embargo, su uso está limitado por el costo y la falta de disponibilidad en nuestro medio.²²

La TAC constituye en la actualidad, el procedimiento diagnóstico de elección, pues es un método no invasivo y ágil, que ha demostrado tener una sensibilidad de 100 %⁴ y que fue el medio diagnóstico fundamental de nuestro enfermo.

La TAC y la ecografía nos permiten realizar una primera aspiración, para aislar al agente causal e instaurar el tratamiento antibiótico correcto.^{3,4}

El tratamiento del absceso primario del psoas es el drenaje quirúrgico extraperitoneal. Con este procedimiento, más del 95 % de los abscesos se resuelven.^{4,23} Existe la posibilidad de drenar estas lesiones mediante la colocación de un catéter dirigido por TAC y/o ecografía, con un éxito que se acerca al 80 % de los casos²¹⁻²⁵ y que fue el proceder practicado por nosotros, pero es preciso que la colección esté claramente definida y organizada. Ante lesiones multiloculadas, flemosas y con fistulas asociadas el drenaje quirúrgico es preceptivo.

Las complicaciones del absceso primario del psoas se reportan en alrededor del 29 % de los casos.²⁶ La mortalidad media de las formas primarias es del 2,8 %, y son factores determinantes la edad superior a 50 años, enfermedad asociada, hemocultivo positivo, retraso en el inicio del tratamiento y un drenaje inadecuado.²⁷

La sepsis es la causa principal de muerte, pero se puede deber en el 5,6 %, a trombosis venosas profundas y tromboembolismo pulmonar.²⁸

SUMMARY

Primary psoas abscess is an uncommon entity affecting mainly young adults and adolescents. A case of primary psoas abscess in a patient aged 77 is described. Prevailing symptoms were: fever, abdominal pain and progressive deterioration of the general state. The diagnosis was made using computerized axial tomography (CAT). The treatment with antibiotic therapy and percutaneous drainage was successful. Medical literature was reviewed and the pathogeny, clinic, diagnosis and treatment of this disease were stressed.

Subject headings: PSOAS ABSCESS/diagnosis; PSOAS ABSCESS/drug therapy; TOMOGRAPHY, X-RAY COMPUTED.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cesúndez Gómez C, Satorras Fioretto A, Maseda Diez O, Costa Bujan J, Cao Pena J, Bal Alvarede M et al. Abscesos del psoas. A propósito de 10 casos. *Cir Esp* 1993;1:77-80.
2. Procaccino J, Lavery I, Fazio V, Oakley J. Psoas abscess: difficulties encountered. *Dis Colon Rectum* 1990; 34:784-9.
3. Swartz M. Myositis. Psoas Abscess. *En: Mandell G, Gordon R, (eds.) Principles and practice of infectious diseases* 3era. ed. New York: Churchill Livingstone 1990;812-8.
4. Pigrav Serrallach C, Palissa Berga A. Absceso de psoas: ¿una enfermedad enigmática? *Med Clin (Barc)* 1990;95:456-8.
5. Mynter H. Acute psoitis. *Buffalo Med Surg J* 1881;21:202-9.
6. Maicas Bellido C, Yebra Bango M, Ger Banacloche J, Lacomá Lanuza F, Berrocal Valencia E, Ruiz Ruiz J. Absceso Primario del psoas. *Rev Esp Microbiol Clin* 1991;9:465-8.
7. Matínez Tapia G. Absceso del músculo psoas. *Rev Cubana Cir* 1987;26(5):83-8.
8. Martínez Sagarra J, Estebañez M, Santos J, Amon J, Barrea A, Peláez A. Absceso primario del psoas. *Actas Urol Esp* 1990;14:139-42.
9. De Gregorio M, López S, Fernández A, Pérez J, Ariño I, Alfonso E et al. El drenaje percutáneo como tratamiento de los abscesos del músculo psoas. *Cir Esp* 1995;6:565-70.
10. Masso Misse P, Yao G, Essomba A, Moukouri M, Abolo-M, Benti A, Tietche J et al. Absces primaries psoas. Affection courante en milieu tropical, a propos de 87 cas. *J Chir (Paris)* 1995;4:204-10.
11. Martínez Urrutia J, Jaureguizar Monereo E, Valdés Gómez R. Absceso primario del psoas. Presentación de un caso clínico. *Arch Esp Urol* 1986;39:283-6.
12. Obando Y, de la Corte J, Mora D, Colchero J, Pujol E. Absceso primario del psoas. *Rev Clin Esp* 1992;5:247-8.
13. Isdale A, Foley- Nolan D, Butt W, Birkenhead D, Wright V. Psoas abscess in rheumatoid arthritis an in perspicuous diagnosis. *Br J Rheumatol* 1995;9:853-5.
14. Galiana Gómez J, Marchan Carrazana E, Gijón Rodríguez J, Ganz Gil M. Absceso primario del psoas complicado con artritis séptica e insuficiencia renal. *Rev Clin Esp* 1995;4:320-1.
15. Alonso M, Reyes G, Galena M, Ruiz M, Robles G, Rius X. Absces primaire du psoas: 2 nouvelles Observations. *J Chir* 1994;127:537-8.
16. Del Arco A, Ayuelas S, Prieto I, Romualdo L. Absceso del psoas por salmonella: una entidad infrecuente. *Med Clin* 1994;8:317-8.
17. Borrego Hernando J, Parra Montaner L, Rivas Escudero J, Gómez Cisneros S, Cazucia Alonso J. Absceso tuberculoso perianal presentación de un caso clínico. *Acta Esp Urol* 1997;50(7):810-11.
18. López de Alba A, Cruces de Abra F, Berrocal A, Quezada F, Bobledo G, Vela R. Absceso del psoas consideraciones sobre seis casos. *Actas Urol Esp* 1990;13:264-7.
19. Arines J, Chop W, Towsley D. Primary psoas abscesses: an often insidious infection. *Postgrad Med* 1991;87:287-8.
20. Rigau J, Ramón I, Castellsague J, Capdevila A, Mercade V. Mujer de 70 años con fiebre y Lumbalgia. *Enf Inf Microbiol Clin* 1987;5:309-10.
21. Kida T, Yago N. Detection of psoas abscess by gallium 67 scintigraphy, Sonography, and CT. *AJR* 1991;153:430-1.
22. Mc Auliffe W, Charke G. The diagnosis and treatment of psoas abscess a 12 year review. *Aust NZ J Surg* 1995;6:413-17.
23. Lozano Ojeda F, Manjon Luengo P, Gallego M, Díaz Romero F. Drenaje Percutáneo de abscesos abdominales. *Rev Cir Esp* 1985;39(2):255-60.
24. Horvath G, Boda A, Repa I. CT- Guide percutaneous drainage in the management of psoas abscess. *Orv Hetil* 1994;47:2597-602.
25. Takagi S, Tsukamoto L, Kumamoto T, Satoh T, Horita H, Koroku M. Pyogenic psoas muscle abscess. *Hinyokika Kyo* 1994;8:669-72.
26. Jiménez Mejías M, Lozano de León F, Alfaro García M. Pimiositis por staphylococcus Aureus. *Med Clin (Barc)* 1993;99:201-5.
27. Ilvine M, Serour F, Alad Jem M, Vinograd I. General peritonitis induced by rectal examination: an unusual complication of primary psoas Abscess. *Eur J Pediatr Surg* 1995;3:186-7.
28. Ricci M, Rose F, Meyer K. Pyogenic psoas abscess: worldwide variations in etiology. *World J Surg* 1986;10:834-43.

Recibido: 7 de enero del 2000. Aprobado: 16 de febrero del 2000.

Dr. *Rafael Pila Pérez*. General Gómez 452, Camagüey, Cuba.