

ABSCESO DEL PSOAS: UN DESAFÍO PARA EL INTERNISTA

MARIQUENA CORRAL,* M. CELESTE HERNÁNDEZ, NATALIA GODOY, FERNANDO STAFFIERI, CARLOS WELLER

Concurrencia de Clínica Médica, Sanatorio Americano S.A., Rosario, Argentina

www.sanatorioamericano.com.ar

Resumen

El absceso del músculo psoas ilíaco es una condición rara con una presentación clínica inespecífica y su diagnóstico es pocas veces sospechado. Se reconocen dos categorías de abscesos según su origen: primarios y secundarios. Se actualiza el tema a propósito de un caso. Caso clínico: mujer de 58 años que consulta por fiebre, dolor abdominal continuo y lumbalgia. Al examen físico: taquicárdica, febril. Abdomen doloroso en fosa ilíaca izquierda con masa de mayor consistencia, fluctuante. Antecedentes: Dispositivo intrauterino (DIU) hace 20 años sin controles ginecológicos posteriores. En el laboratorio: anemia, leucocitosis, trombocitosis, velocidad de eritrosedimentación elevada, hepatograma y tiempos de coagulación alterados. Por tomografía axial computada de abdomen y pelvis se observa un absceso del psoas extendiéndose hacia la pelvis donde se constata un absceso tuboovárico. Se inicia antibioticoterapia, drenaje de las colecciones y retiro del DIU. Se aísla del material del absceso del psoas *Bacteroides fragilis*. La mejoría determinante se obtiene luego del retiro del DIU. Conclusiones: La incidencia del absceso del psoas es probablemente sub-reportada. La presentación clínica inespecífica genera demoras en el diagnóstico y aumento en la morbilidad. El alto índice de sospecha es la clave para su diagnóstico precoz.

Palabras clave: absceso del psoas; absceso tuboovárico; dispositivo intrauterino; tomografía axial computada.

PSOAS ABSCESS: A DIAGNOSTIC CHALLENGE FOR THE INTERNIST

Summary

Introduction: The iliac psoas muscle abscess is a rare condition with a nonspecific clinical presentation and its diagnosis is usually unsuspected. There are multiple etiologies and two categories of abscesses according to the origin: primary and secondary. **Objectives:** The objective of this presentation is to update this topic by presenting a clinical case. **Case report:** A 58-year-old woman presents with a 7-day history of fever, continuous abdominal pain and lumbar pain. Physical examination: blood pressure: 120/60 mmHg, heart rate: 100 beats per minute, breath frequency: 16 cycles per minute, temperature: 38.4 °C; painful abdomen especially at the left iliac fossa, where palpation reveals a mass of hard consistence. Her medical history reveals: two pregnancies with two childbirths; menopause at 53 years; intrauterine contraceptive device (IUD) implanted 20 years before without later gynecological controls. Laboratory findings: anemia (30% hematocrit), leukocytosis (35.400 white cells/mm³) with neutrophilia (90%) and trombocytosis (580.000 platelets/mm³), high sedimentation rate (100 mm in the first hour), alterations in liver enzymes and coagulation times. Computed tomography (CT) of abdomen and pelvis showed a left psoas abscess compromising the left iliac muscle, extending to the pelvis where an homolateral tuboovarian abscess was found. Therapy with antibiotics was started (piperacillin/tazobactam - gentamicin), collections were drained and the IUD was removed. Cultures of material obtained from the psoas abscess were positive for *Bacteroides fragilis*. The patient was discharged with antibiotics (amoxicillin/clavulanic acid - ciprofloxacin during 6 weeks), with resolution of the pathology. **Conclusions:** The incidence of psoas abscesses is probably under-reported. The nonspecific clinical presentation often delays the diagnosis and contributes to an increased morbidity. Clinical suspicion is the key for an early diagnosis.

Key words: psoas abscess; tuboovarian abscess; intrauterine contraceptive device; computed tomography.

* Dirección postal: Urquiza 1159, (2000) Rosario, SF, Argentina. Correo electrónico: mariquenacorrall@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La infección del músculo psoas ilíaco puede tomar la forma de un flemón o un absceso; ambos constituyen una inflamación aguda purulenta, diferenciándose el último por estar bien delimitado. El absceso del psoas es una patología infrecuente, de etiología variada, con una presentación clínica insidiosa y poco discutida en la literatura médica. Se lo clasifica según su origen en primario y secundario. A continuación se describe el caso clínico de un absceso de psoas secundario cuyo diagnóstico es pocas veces sospechado. Se actualiza el tema para considerarlo como opción diagnóstica con más frecuencia, acelerar el proceso de valoración y ofrecer un tratamiento precoz con mejor pronóstico.

CASO CLÍNICO

Mujer de 58 años que presenta cuadro de 7 días de evolución caracterizado por fiebre y dolor abdominal continuo, a predominio de hemiabdomen izquierdo acompañado de náuseas y escasos vómitos, deposiciones diarreicas y síntomas urinarios bajos. De 1 mes de evolución refiere edemas en miembros inferiores a predominio izquierdo y lumbociatalgia homolateral. Como antecedentes se destacan: II gestas II paras; menopausia a los 53 años; dispositivo intrauterino (DIU) hace 20 años sin controles ginecológicos posteriores; úlcera gástrica por

estrés; hipertensión arterial (HTA); apendicectomizada. El examen físico al ingreso revela: PA 120/60 mmHg; FC 100/min; FR 16/min; temperatura 38.4 °C. Puñopercusión positiva izquierda. Abdomen globuloso, doloroso a la palpación de fosa ilíaca y zona periespina ilíaca anterior izquierda donde se palpa masa sólida de bordes no definidos, de mayor consistencia, fluctuante, dolorosa, de 5-6 cm de diámetro. Miembros con terreno varicoso, edema godet ++. Signo del psoas +.

En el laboratorio al ingreso se obtiene: hematocrito 30%, 35.400 glóbulos blancos/mm³ con 90% de neutrófilos, 580.000 plaquetas/mm³, VES 100mm, glicemia 155 mg/dl, TGO 162 mUI/ml, TGP 97 mUI/ml, FAL 439 mUI/ml, GT 75 mUI/ml, 5NT 21 mUI/ml, LDH 601 mUI/ml, TP 15", KPTT 45".

Se efectúa una tomografía axial computada (TAC) de abdomen y pelvis donde se observa un absceso del psoas (**Fig. 1**) extendiéndose hacia la pelvis (**Fig. 2**) donde se constata un absceso tuboovárico (**Fig. 3**).

Debido al cuadro de sepsis, se inicia piperacilina/tazobactam más gentamicina empíricos. Se procede a la punción y drenaje bajo TAC del psoas ilíaco izquierdo (**Fig. 4**) obteniéndose material purulento que se cultiva aislándose *Bacteroides fragilis*. Se realizan hemocultivos y urocultivo que resultan negativos. Se decide tratamiento quirúrgico constatándose un absceso tuboová-

Figura 1. TAC de abdomen y pelvis con contraste oral que muestra proceso patológico que compromete al músculo psoas izquierdo, desplaza al riñón homolateral hacia afuera y adelante con ligera ectasia del mismo, con engrosamiento de sus fascias. Dicho psoas presenta zonas heterogéneas compatibles con proceso abscedado.

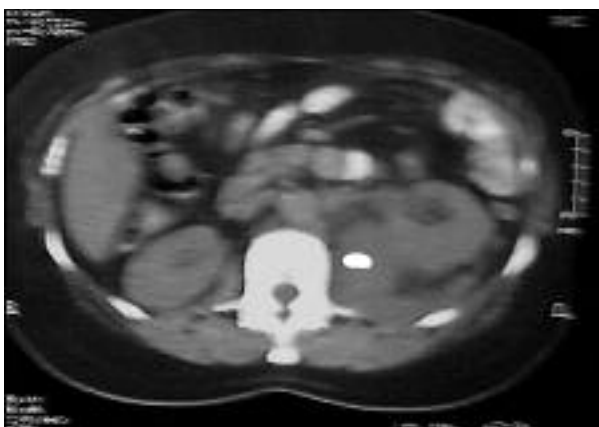


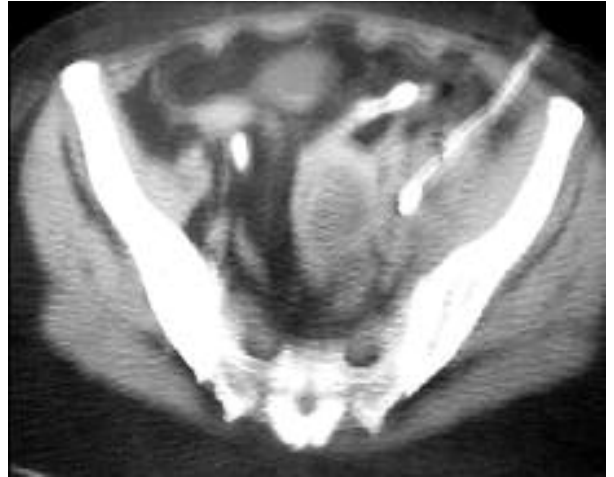
Figura 2. El absceso se extiende hacia la pelvis donde compromete al músculo ilíaco homolateral.



Figura 3. Colección heterogénea en hemipelvis izquierda en contacto con el ílaco compatible con absceso tuboovárico, y líquido libre en fondo de saco de Douglas.



Figura 4. Punción y toma de muestra para cultivo y colocación de drenaje percutáneo bajo TAC.



rico izquierdo por lo que se efectúa ooforosalingectomía, drenaje del absceso pelviano y fondo de saco de Douglas. Se retira DIU por legrado constatando que el mismo se encontraba penetrando parcialmente la pared uterina sin perforarla. La paciente evoluciona favorablemente externándose con tratamiento antibiótico por vía oral (amoxicilina/ácido clavulánico más ciprofloxacina) por 6 semanas con resolución definitiva del cuadro en forma ambulatoria.

DISCUSIÓN

El absceso del psoas se considera una enfermedad rara; su incidencia probablemente se haya incrementado en los últimos años debido al progreso de los métodos de diagnóstico por imágenes.¹⁻³ Los reportes de esta patología han aumentado, sin embargo se remiten a series de casos y su incidencia continúa siendo aún desconocida.⁴

Se reconocen dos categorías de abscesos del psoas según su origen: *primario* (sin evidencia de un foco próximo, por diseminación hematógena) y *secundario* (a partir de un foco supurativo en la vecindad del músculo).⁵ Los abscesos *primarios* ocurren fundamentalmente en gente joven, menor de 30 años (81%), sobre todo varones, a diferencia de los *secundarios*, que tienen menor relación con edad y género y afectan a pacientes adultos con comorbilidades.⁶ La particular situación anatómica del músculo psoas ílaco, que se extiende desde el tórax hasta el trocánter menor del fémur, así como su rica vascularización, son los factores que explican la especial susceptibilidad a la colonización del

mismo en forma directa desde un foco vecino, así como la llegada de gérmenes por vía hematógena.⁵⁻⁷ El absceso del psoas bilateral es extremadamente infrecuente y representa menos del 3% de los abscesos secundarios.⁷

La presentación clínica puede ser variada y florida, sobre todo en los secundarios. Se ha descrito una tríada sintomática del absceso del psoas que incluye: dolor lumbar, dificultad para la marcha, y fiebre persistente con picos. En descanso el paciente tiende a acostarse con la cadera ipsilateral flexionada porque la hiperextensión de la misma del lado comprometido aumenta el dolor (signo del psoas positivo). El espasmo paravertebral puede causar escoliosis y éste es un signo útil para sospechar un proceso retroperitoneal más que una infección intraperitoneal.⁷ Otra maniobra descrita para la valoración del compromiso del psoas consiste en efectuar una palpación profunda del músculo, esquivando ciego y colon ascendente a la derecha y sigmoide y colon descendente a la izquierda, al lograr la palpación del psoas se le indica al enfermo elevar la pierna con la rodilla extendida; así debería reproducirse con precisión el dolor que relata el paciente en forma espontánea.⁸

En el laboratorio pueden estar presentes: leucocitosis, aumento de la VES y anemia, todos hallazgos inespecíficos.⁷

En el caso presentado se constata signo del psoas positivo izquierdo, anemia, VES elevada y leucocitosis acompañados de alteración del hepatograma y de los tiempos de coagulación con trombocitosis, consecuencia del cuadro infeccioso.

La radiografía de columna lumbar puede demostrar alteraciones inespecíficas que hagan sospechar una patología del psoas como borramiento de sus contornos; sin embargo, el diagnóstico más costo-efectivo del absceso del músculo psoas se hace por ecografía y TAC, siendo este último el método de diagnóstico por imágenes de elección,² por medio del cual arribamos al diagnóstico de certeza en el caso presentado.

Respecto a los agentes etiológicos en los abscesos del psoas *primarios*, habitualmente es el estafilococo dorado el más frecuente, seguido por *Streptococcus agalactiae*, *Escherichia coli*, *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Salmonella spp*, *Fusobacterium nucleatum* y *Pseudomona aeruginosa*,⁵ en cambio, en los *secundarios*, el foco más probable por proximidad es el gastrointestinal con predominancia de las infecciones entéricas mixtas en un 55%. También se destacan las causas genitourinarias y musculoesqueléticas.⁹ *E. coli* es la más frecuente seguida por *S. aureus*, *K. pneumoniae*, *S. viridans* y *Candida albicans*.⁵ Entre los microorganismos provenientes de la flora intestinal se mencionan también bacteroides y enterococos, frecuentemente aislados en los abscesos del psoas secundarios.⁷ Los anaerobios se constatan menos frecuentemente de lo esperado, tal vez por técnicas de cultivo inadecuadas.⁶ Los actinomicetos son bacterias gram positivas, de lento crecimiento y anaerobias comunes de encontrar en abscesos tuboováricos.¹⁰

El caso presentado corresponde a un absceso del psoas ilíaco izquierdo secundario a la propagación del foco supurativo pelviano hacia el retroperitoneo. En el cultivo se aísla *B. fragilis* del absceso del psoas; sin embargo, luego del retiro del DIU y posterior cultivo, se observan bacilos gram positivos, finos, flexuosos y con ramificaciones compatibles con *Actinomyces*, no pudiendo establecerse con claridad si éste es sólo un colonizante o estamos en presencia de un foco polimicrobiano. El *Actinomyces* se encuentra fuertemente ligado a DIUS. La infección ascendente del *Actinomyces* desde el tracto genital superior podría ser clínicamente inaparente. Cuando se hallan organismos del tipo *Actinomyces* en los frotis de citología cervical, debe considerarse la remoción del DIU.¹¹

No constituye un dato menor en este caso la presencia del DIU, que se menciona entre las condiciones asociadas a los abscesos del psoas secundarios,⁹⁻¹² sobre todo teniendo en cuenta que el mismo había sido colocado 20 años atrás y la paciente no realizó controles ginecológicos posteriores.

Existen reportes que evidencian un aumento de la

incidencia de infección pelviana en mujeres que utilizan DIU en comparación con otras formas de contracepción. Estas infecciones son habitualmente polimicrobianas y la presencia de un DIU parece predisponer a una colonización actinomicótica. El tiempo que lleva el DIU colocado también pareciera contribuir a la posibilidad de colonización. El daño mucoso inducido por el mismo habilitaría la penetración y secuelas infecciosas.¹²

El tratamiento del absceso del músculo psoas incluye el uso apropiado de antibióticos (previa toma de cultivos) como así también el drenaje de la colección. Lo prudente en ambos tipos de abscesos es comenzar con un tratamiento antibiótico de amplio espectro hasta obtener el diagnóstico bacteriológico final. Se deben tratar estafilococos y organismos entéricos, para los cuales debieran utilizarse agentes tipo clindamicina, penicilina antiestafilocócica y un aminoglucósido.²

En el caso presentado se utiliza piperacilina/tazobactam más gentamicina debido a que se trata de un absceso secundario. El cuadro clínico de sepsis y el tratamiento antibiótico que había realizado (cefalotina, gentamicina y metronidazol) 4 días previos a la internación motivaron la elección de este antibiótico.

El drenaje puede ser percutáneo guiado por ecografía o TAC; o quirúrgico. La resolución definitiva del cuadro infeccioso depende de la efectividad de ambos procedimientos. Esto se evidencia en el caso reportado, dado que hasta no efectuar el drenaje definitivo del foco supurado y el retiro del DIU, no resolvió el cuadro infeccioso a pesar del amplio esquema antibiótico.

CONCLUSIONES

La incidencia del absceso del psoas es probablemente subreportada. La presentación clínica inespecífica genera demoras en el diagnóstico y aumento en la mortalidad. Los datos de laboratorio también suelen ser inespecíficos, resultando por estas razones un diagnóstico difícil que requiere por parte del clínico un alto índice de sospecha. Todo esto, sumado a la disponibilidad oportuna de estudios por imágenes apropiados de mayor sensibilidad, constituye la clave para su diagnóstico precoz. Sin duda el advenimiento de la TAC marca un antes y un después en esta patología convirtiéndose en la modalidad diagnóstica de elección. El drenaje percutáneo sumado a la antibioticoterapia constituye la primera línea de tratamiento. El drenaje quirúrgico permite el tratamiento simultáneo de la patología subyacente en abscesos secundarios.

(Recibido: agosto 2009. Aceptado: diciembre 2010)

REFERENCIAS

1. Van den Berge M, de Marie S, Kuipers T, Jansz AR, Bravenboer B. *Psoas abscess: report of a series and review of the literature*. Neth J Med 63: 413-6, 2005.
2. Taiwo B. *Psoas abscess: a primer for the internist*. South Med J 94: 2-5, 2001.
3. Solas Beltrán A, Velasco Sánchez B, Lendínez F, y col. *Tratamiento del absceso de psoas. Aportación de un caso y revisión de la literatura*. Cir Pediatr 15: 41-3, 2002.
4. Lores CA, Gerstner J. *Absceso piógeno del psoas. Descripción de casos registrados en el Hospital Universitario del Valle*. Rev Colomb Ortop Traumatol 20: 70-80, 2006.
5. González D, Rodríguez G, Plazzotta C, y col. *Abscesos del músculo psoas iliaco*. Patol Urg 9: 23-6, 2001.
6. Ricci M, Rose F, Meyer K. *Pyogenic psoas abscess: worldwide variations in etiology*. World J Surg 10: 834-43, 1986.
7. Gezer A, Erkan S, Saygi Erzic B. *Primary psoas muscle abscess diagnosed and treated during pregnancy: case report and literature review*. Infect Dis Obstet Gynecol 12: 147-9, 2004.
8. Yelin C. *Dolor abdominal y enfermedad del psoas*. Rev Med Rosario 72: 25-9, 2006.
9. Riyad M, Sallam M, Nur A. *Pyogenic psoas abscess: discussion of its epidemiology, etiology, bacteriology, diagnosis, treatment and prognosis – case report*. Kuwait Med J 35: 44-7, 2003.
10. Guerra-Velásquez M, Reyna-Villasmil E, Torres-Montilla M. *Absceso tuboovárico actinomicótico*. Rev Obstet Ginecol Venez 65: 33-4, 2005.
11. Livengood CH. *Tubeovarian abscess. Adult medicine, obstetrics and gynecology most relevant topics*. En: UpToDate (Basow DS, editor). Waltham, MA; UpToDate, 2009.
12. Stutz J, Wilkinson S. *Psoas abscess: an unusual complication of an intrauterine contraceptive device*. Br J Obst Gynecol 106: 177-9, 1999.



PROAR

**PROGRAMA DE ASISTENCIA
REPRODUCTIVA DE ROSARIO**

Director Médico
Dr. Carlos Morente

Comité Científico
Dr. Gustavo Botti
Dr. Hector Micchi
Dr. Roberto Tozzini

Médicos del Programa
Dr. Edgardo Almanzo
Dr. Hugo Alonso
Dr. Alberto Badano
Dra. Doris Bellmann
Dr. Alfonso Benítez Gil
Dr. Cesar Berta
Dr. Gustavo Botti
Dr. Antonio Diez
Dr. Rodolfo Feldman
Dra. Ivanna Garneró
Dr. Oscar González Lowy

Dra. Alejandra Hallberg
Dr. Diego Iglesias
Dra. Anabella Lima
Dr. Hector Micchi
Dr. Raúl Musachio
Dra. Constanza Nazario
Dra. Marisabel Osta
Dra. Patricia Perfumo
Dra. Malen Pijoan Molinas
Dr. Carlos Morente
Dr. Fernando Premoli
Dr. Alejandro Ridley
Dr. Enrique C. Roncoroni
Dr. Enrique A. Roncoroni
Dr. Ernesto Rouillón
Dr. Daniel Sandín
Dra. Leticia Solari
Dr. Roberto Tozzini
Dra. Viviana Ventura

Dra. Juliana Weisburd
Dr. Pablo Weiss

Ecografía
Dr. Luis Bégué
Dra. Marisabel Osta

Laboratorio Biológico
Bióq. Claudia Brignardello
Bióq. Maricés Carbonaro
Bióq. Nora Monjes
Bióq. Mariana Pérez

Coordinación
Sra. Norma Rivero
Dra. Carla López

Enfermería
Sra. Delia Bournisent
Sra. Mariela Ramacciotti

Laboratorio Bioquímico
Bióq. Irma Re
Bióq. Fernanda All

Psicología
Lic. Ana Luisa De Palma
Lic. Miriam Girolami

Visitadora Social
Sra. Nora Del Felice

Italia 1225 • Tel.: (0341) 447 6600 / 6676 / 6566
e-mail: proar@proar.com.ar • www.proar.com.ar