

## DOLOR ABDOMINAL Y ENFERMEDAD DEL PSOAS

CARLOS ALBERTO YELIN\*

Sub-Director Académico de la Carrera del Doctorado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario.

### Resumen

Se presenta una cohorte de 137 pacientes, extraída de una base de datos de 11.850 pacientes de consultorio externo, entrevistados entre enero de 1970 y diciembre de 2001. Se trata de enfermos que consultan por dolor abdominal de origen no determinado luego de haber sido prolijamente estudiados. En el examen clínico se constata la presencia de compromiso inflamatorio del músculo psoas. Esta serie pretende configurar una entidad clínica de perfiles definidos, caracterizada por el tipo de dolor, su benignidad evolutiva y la casi nula repercusión en los estudios complementarios. Al inicio se presenta un caso clínico reciente, que se considera emblemático.

**Palabras clave:** dolor abdominal; enfermedad del psoas; semiología; diagnóstico diferencial

### ABDOMINAL PAIN AND PSOAS DISEASE

#### Summary

*From a database of 11,850 patients attending an outpatient facility, a cohort of 137 patients is presented. They were interviewed between January 1970 and December 2001. These are patients that consulted for abdominal pain of undetermined origin after being carefully evaluated and studied. In the clinical examination inflammatory involvement of the psoas muscle was observed. This paper attempts to define a clinical entity with its own profile, characterized by the type of pain, a benign outcome, and poor repercussion on the complementary studies. The article starts with the presentation of a recent clinical case, that can be considered emblematic.*

**Key words:** abdominal pain; Psoas disease; semiology; differential diagnosis

### INTRODUCCIÓN

Con una frecuencia que siempre nos resultó difícil de precisar, entrevistábamos a pacientes que padecían dolor en zona abdominal, el que, por su **ubicación** —no por sus características— podría referirse como molestia visceral. Habían sido infructuosamente estudiados para aclarar la etiología.

Se trataba de personas de edad variable, con predominio femenino, y que experimentaban dolor abdo-

minal, más asiduamente en el lado derecho y especialmente en fosa ilíaca y flanco. En general eran pacientes que habían sido correctamente estudiados, y con una extensa recorrida de consultas sin diagnóstico. Nos parece oportuno resumir la presentación de un caso, que tiene la virtud de su cercanía en el tiempo. Se trata de una mujer de 40 años, que luego de ser examinada por un servicio de emergencia (el 30/08/04) fue internada en una institución privada de nuestra ciudad. Tenía un

\* Dirección postal: Córdoba 1764, (2000) Rosario, SF. Correo electrónico: cayelin@cimero.org.ar

laboratorio completo normal, y ecografía y TAC de abdomen y pelvis sin patología. Se concretó interconsulta con clínicos y gastroenterólogos y finalmente, se dio el alta transitoria con persistencia del dolor, sin aproximación diagnóstica. A su externación, realizó nueva entrevista, y la propuesta fue laparoscopia, o una laparotomía exploratoria. El dolor no tenía perfiles de cólico por víscera hueca, ni de molestia persistente con agravación eventual, no estaba vinculado a la ingesta o evacuación, y sólo mejoraba levemente y en forma transitoria con diclofenac inyectable. En nuestra consulta (el 10/10/04), al palpar el músculo psoas se reprodujo el dolor con la elevación de la pierna derecha extendida. Basados en la semiología y la negatividad de los estudios previos, se le aclaró el perfil benigno del padecimiento y se le sugirió un estudio no invasivo para evaluar el músculo. Seleccionamos de los posibles estudios sólo la RMN de abdomen, que constató edema en la zona de la inserción distal del músculo (Figuras 1 y 2). Treinta días después nos conectamos con el médico derivante, que nos comunicó la buena evolución con el uso de ibuprofeno según requerimiento del dolor. A los tres meses el dolor había desaparecido.

Este caso sintetiza, en forma cercana, demostrativa y fiel, la casuística que presentáramos el 27 de setiembre de 2004, en el 27º Congreso Mundial de Medicina Interna (Granada, España). El estudio presentado se realizó a partir de una base de datos, construida con más de 11.000 casos de consultorio externo, registro que comenzó 1970. Se escogieron 137 casos, que constituyen la muestra de pacientes con dolor abdominal y

enfermedad del psoas estudiados con satisfactorio grado de complejidad. Es necesario consignar que el número de pacientes con el diagnóstico de compromiso del psoas fue mayor, pero evitamos incluir en la lista a aquéllos en los que no tuvimos seguimiento posterior al diagnóstico, o en los que los estudios no fueron suficientes para excluir otras patologías concomitantes.

**OBJETO**

Poner en consideración de la literatura médica, principalmente vinculada a la tarea de la medicina ambulatoria, un cuadro con poca o ninguna mención bibliográfica, desde el enfoque que realizamos. Si efectuamos una recorrida del compromiso del músculo psoas en las publicaciones de mayor impacto, nos encontraremos con alguno de los cinco casos en los que **sí** tuvimos demostración anatómo-patológica, como infiltración neoplásica, invasión por proceso séptico o inflamatorio de vecindad. Y eso **no** constituye, claramente, el perfil de la amplia mayoría de los pacientes que en este estudio tratamos de mostrar.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Como adelantáramos mas arriba, construimos una base de datos con pacientes de nuestro consultorio externo, desde enero del 1970 a diciembre del 2001. De esa base, y usando el *software* SSPS 1.0, extrajimos 137 pacientes que tuvieron la definición inicial de “Dolor abdominal de origen desconocido” (DADOD), y en los que luego, como en el caso emblemático del principio, se hizo el diagnóstico semiológico o se profundizó el estudio.

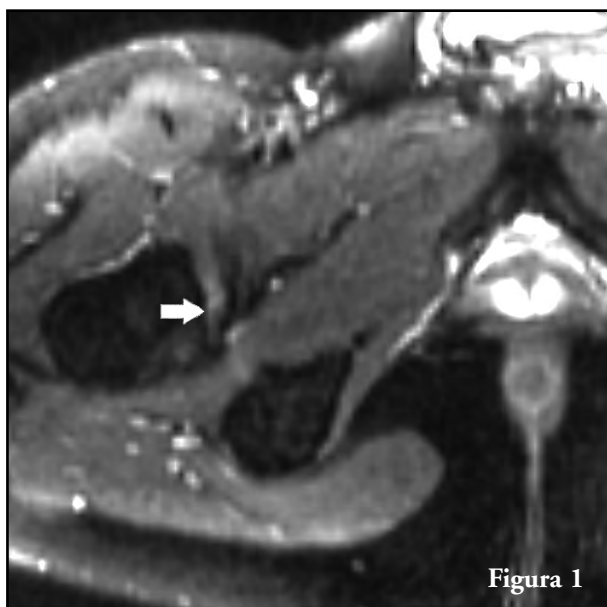


Figura 1



Figura 2

## RESULTADOS

Una primera observación nos permitió resaltar los predominios. Se trataba en general de mujeres (82%), con: **a)** dominancia en el lado derecho del abdomen (68%); **b)** intensidad del dolor sumamente variable; **c)** estudios complementarios que sólo documentaban leve edema del músculo; y que **d)** en sólo 5 casos terminaron en una cirugía por la gravedad y persistencia del dolor, y por tener un laboratorio comprometido. Estos cinco casos fueron: un linfoma retroperitoneal,<sup>1,3</sup> una invasión neoplásica por carcinoma de ovario,<sup>4</sup> una infección del psoas por un ántrax renal,<sup>5,6</sup> un absceso piogénico por osteomielitis vertebral,<sup>6,8</sup> y una infiltración por enfermedad de Crohn.<sup>3,9</sup>

En los 132 casos restantes, los estudios previos eran completos, y la semiología muy evidente; todos que fueron controlados, y evolucionaron benignamente, mejorándose con la prescripción de limitación de la actividad física y reduciendo la intensidad de la molestia con un AINE. Algunos de los casos no volvieron a la consulta y debieron ser entrevistados telefónicamente para refrendar su evolución.

Presentar una casuística sin complementación de la histología del proceso siempre genera interrogantes. Aristóteles decía que "aquello que se presenta sin pruebas, puede ser negado sin pruebas". Claro que con ese criterio podría descartarse la fibromialgia, un motivo frecuente de consulta para los reumatólogos, o el síndrome de intestino irritable, de alta incidencia en Gastroenterología, o la misma cefalea, la más alta razón de presencia de pacientes ambulatorios de un neurólogo, o el edema cíclico benigno en Endocrinología, o una interminable lista de síndromes cuya identidad nadie pone en duda, pero que carecen de substrato anatómico-patológico, aunque presentan una profusa presencia bibliográfica.

## DISCUSIÓN

### *Ubicación del dolor*

En la mayoría, la ubicación mas frecuente fue el lado derecho (68%). No tenemos una explicación clara para ese predominio. No olvidemos que el psoas –y su complemento, el ilíaco– es un músculo muy



**Manantial**  
CENTRO DE RELAX, ESTETICA Y SALUD

Centro de Kinesioterapia y Fisioterapia  
Especializado en "Tratamientos para Post Operatorio de Cirugía Plástica"  
Equipos de Electromedicina específicos para Prevención de  
Complicaciones en Cirugías Mamarías  
Dermolipeptomía Lipoescultura  
Drenaje Linfático manual  
Linfedema

Alem 1229 S2000BZG · Rosario · Tel/Fax: (0341) 4451647  
Info@manantialspa.com.ar · www.manantialspa.com.ar

importante en la bipedestación. Cuando en algunos pacientes pudimos reinterrogar y obtener la información, aquéllos con predominio derecho eran todos diestros, mientras que los del opuesto eran zurdos en una proporción más alta que la natural estadística. La discriminación de la región del abdomen comprometida fue la siguiente: fosa ílica derecha 38,6%; flanco derecho 15,3%; hipocondrio derecho 13,8%; fosa ílica izquierda 18,9%; flanco izquierdo 6%; e hipocondrio izquierdo 6%. Por lo general aquellos pacientes con dolor en hipocondrio tenían también dolor lumbar del mismo lado.

### **Características del dolor**

No encontramos que el dolor tuviera los matices que solemos objetivar cuando el origen es una víscera hueca; es decir, nunca era un dolor de tipo cólico. No era fácil para el paciente describirlo porque no tenía aspectos comunes a molestias previas experimentadas, pero lo refería como de tipo "intestinal". A veces el dolor no quedaba focalizado a un área exclusiva, e invadía zonas aledañas. Incluso, cuando se ubicaba en el flanco y el hipocondrio, con frecuencia el enfermo sufría lumbalgia. El movimiento de incorporarse en la cama, o simplemente girar en el lecho hacia uno de los lados, despertaba el dolor. También subir una escalera era un movimiento generador de dolor. Muchas veces pensábamos en el compromiso peritoneal, por la contracción de los músculos abdominales. Casi siempre los pacientes recurrían a la clásica combinación antiespasmódico-analgésico, que lo mejoraban parcialmente.

### **La semiología**

La particular tendencia a jerarquizar el examen físico debe haber constituido una de las razones del reconocimiento de la afección que planteamos. En estos pacientes es preciso comenzar con una semiología superficial, para luego profundizar esquivando la palpación del ciego y el colon ascendente a la derecha y el sigmoide y colon descendente a la izquierda. No resulta sencillo en los obesos, pero es, casi siempre, factible. Al lograr la palpación del músculo, se le indica al enfermo elevar la pierna con rodilla extendida; así debería reproducirse con precisión el dolor que relata en forma espontánea. La comparación del dolor obtenido por la maniobra con el espontáneo que sufre el paciente, debería constituir un aspecto desiderativo. Como acotación, recordamos que la clásica prueba de Meltzer-Lyon, también denominada "maniobra del

psaos", usada para investigar la apendicitis retrocecal, se realiza con extensión (no flexión), de la pierna derecha con decúbito lateral izquierdo.

### **Los exámenes complementarios**

Su negatividad, sólo alterada por un leve edema de músculo a veces percibido por la ecografía, la TAC o la RMN, es una característica del síndrome que presentamos. Si bien incluimos en la estadística los cinco casos que debieron ser intervenidos, en general, nuestro interés es poner énfasis en un cuadro clínico **benigno** bien definido, con inquietante dolor de ubicación abdominal, sin matices reconocibles que el paciente no asocia por lo general ni a horarios, ni a ingesta o evacuación. Todo aquel movimiento en el que el psoas tiene un papel preponderante puede ser el disparador del dolor.

### **CONCLUSIONES**

Siempre constituyó para nosotros una presencia frecuente el compromiso del psoas como motivo de consulta por dolor abdominal. Mucho nos costó separar el tan asiduo malestar por palpación del ciego o el sigmoide en pacientes con aumento del proceso fermentativo y/o putrefactivo, o con compromiso diverticular, de lo que sospechábamos como algia vinculada al músculo que hoy constituye el centro de nuestra inquietud. Debemos ser claros y especificar que nuestra tendencia a encontrar respuestas en el examen físico puede jugar un papel predominante en el hallazgo del compromiso del músculo. También debemos transmitir que estamos presentando un síndrome clínico, con básica apoyatura semiológica, sin sustento histológico. Además, así como una clásica jaqueca puede ocultar un tumor cerebral, este padecimiento, que se caracteriza por su benignidad y falta de repercusión, tiene la posibilidad en forma excepcional de constituir un síntoma de enfermedad severa. Aspiramos entonces a generar la iniciativa de explorar el psoas en aquellos pacientes que consultan por un dolor abdominal de difícil interpretación y con las características arriba mencionadas.

Nuestra principal intención al presentar el síndrome es evitar al paciente una compleja recorrida de estudios, habitualmente innecesarios, invasivos y costosos.

(Recibido: octubre de 2005. Aceptado: noviembre de 2005)

## REFERENCIAS

1. Ralls PW, Boswell W, Henderson R, y col. *CT of inflammatory disease of the psoas muscle*. Am J Roentgenol 134:767-70, 1980.
2. Arenson DM, Wilson SR, McKee JD. *Psoas disease causing a characteristic change in the ultrasonographic appearance of the psoas compartment*. J Can Assoc Radiol 35:276-8, 1984.
3. Gibson FC 3rd, Onderdonk AB, Kasper DL, Tzianabos AO. *Cellular mechanism of intraabdominal abscess formation by Bacteroides fragilis*. J Immunol 160:5000-6, 1998.
4. Solomkin JS, Reinhart HH, Dellinger EP, y col. *Results of a randomized trial comparing sequential intravenous/oral treatment with ciprofloxacin plus metronidazole to imipenem/cilastatin for intra-abdominal infections*. The Intra-Abdominal Infection Study Group. Ann Surg 223:303-15, 1996.
5. Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O. *Psoas abscess: case report and review of the literature*. J Urol 147:1624-6, 1992.
6. Bahamondes ML, López de Maturana LJC. *Retroperitoneal abscess: two cases. Report and review*. Rev Chil Infectol 18(2):147-52, 2001.
7. Santaella RO, Fishman EK, Lipsett PA. *Primary vs. secondary iliopsoas abscess. Presentation, microbiology, and treatment*. Arch Surg 130:1309-13, 1995.
8. Prigogine T, Stoffels G, Fauville-Dufaux M, Troilin C, Raftopoulos C. *Primary psoas muscle abscess due to Mycobacterium xenopi*. Clin Infect Dis 26:221-2, 1998.
9. Ricci MA, Meyer KK. *Psoas abscess complicating Crohn's disease*. Am J Gastroenterol 80:970-7, 1985.



Una decisión de hoy  
pensando en la salud de mañana

**MACROCELL®**  
Banco de Células Madre

Banco de Células Madre de cordón umbilical  
recolectadas en el momento del parto

*Desde Rosario, ofreciendo un servicio de atención personalizada a todo el país*

Sede Rosario: Bv. Oroño 1085 Tel: 4-218288  
Sede Córdoba: Gregorio Gavier 2085 Cerro de las Rosas Tel: 0351-4-814403  
Sede Santa Fe: 9 de Julio 11470342 Tel: 4-593372 int.20  
Sede Corrientes: Córdoba 666 Tel: 03783 -4-30078

0800 - 444 - CELL (2355) / [www.macrocell.com.ar](http://www.macrocell.com.ar) - [info@macrocell.com.ar](mailto:info@macrocell.com.ar)