

CIRUGÍA GENERAL

ABSCESO DE PSOAS

(Reporte de un caso y revisión de literatura)

Javier Badilla Umaña *

Royner Montero Carvajal **

José Ayi Wong ***

S U M M A R Y

Abstract: This is a 42 years male patient presentation case who has consulted in some occasions to Health Centers with persistent left lumbar pain even with the use of oral and intramuscular antinflammatory for about a week of evolution.

Psoas abscess is a non frequent pathology, with a lot of etiologies, wich clinic presentation is non specific in most of cases and the diagnostic is not always being thinking at first time, so, it takes a high morbidity and recurrent hospitalitation.

Descriptores: absceso, psoas, diagnóstico

Título Corto: absceso de Psoas.

Correspondencia: Javier Badilla Umaña

javierbadillau@hotmail.com

I N T R O D U C C I O N

Reporte de Caso

Se presenta al Servicio de Emergencias hombre de 42 años, sin antecedentes patológicos de importancia, con cuadro de 10 días de evolución de dolor en zona lumbar izquierda, el cual inició al realizar esfuerzo mecánico mientras subía por una escalera. Estuvo realizando cierto tipo de ejercicios no especificados por él, los cuales aliviaban dolor momentáneamente. Consultó 3 días después a la Clínica por persistencia de dolor, donde se manejó por varios días con antiinflamatorios orales e intramusculares, corticoides intramusculares y analgésicos orales y subcutáneos. No refirió sensación febril ni otra sintomatología. Luego reconsultó al décimo día por dolor intolerable. Al examen físico se encontró afebril,

conjuntivas levemente ictéricas. Cardiopulmonar estable, abdomen blando, depresible sin datos de masas palpables o de peritonismo, puñopercusión lumbar dolorosa izquierda; dolor a la flexión y extensión de miembro inferior izquierdo. Los resultados de laboratorio mostraron 19.200 leucos con 4% de bandas, glicemia en 306 mg/dl, electrolitos y pruebas de función renal normales; Bilirrubinas elevadas de predominio directo, fosfatasa alcalina 200. Ultrasonido de abdomen: Colelitiasis sin colecistitis ni coledocolitiasis.

Se realizó TAC de abdomen, el cual evidenció absceso de psoas pélvico izquierdo. Se inició terapia antimicrobiana con Metronidazol y Gentamicina. Controles posteriores de laboratorio no mostraron mejoría en el leucograma, con su aumento de la bandemia y asocia-

* Asistente de Medicina General, Unidad de Emergencias Quirúrgicas, Hospital San Juan de Dios (HSJD) San José, Costa Rica.

** Asistente de Cirugía, Unidad de Emergencias Quirúrgicas, Hospital San Juan de Dios (HSJD) San José, Costa Rica.



Figura 1. Tomografía Computarizada de abdomen del paciente que muestra zona hipodensa que corresponde a absceso del músculo psoas izquierdo

do deterioro del estado general del paciente se decidió llevar a Sala de Operaciones. Como único hallazgo de la laparotomía se encontraron un absceso de psoas que drenó aproximadamente 100 cc de material purulento fétido, sin evidencia de otras masas en retroperitoneo. El resultado del cultivo dio positivo por *Staphylococcus aureus*. Los controles posteriores de hemoleucograma mostraron mejoría con el paso de los días, al igual que su estado clínico, razón por la cual se egresó al paciente.

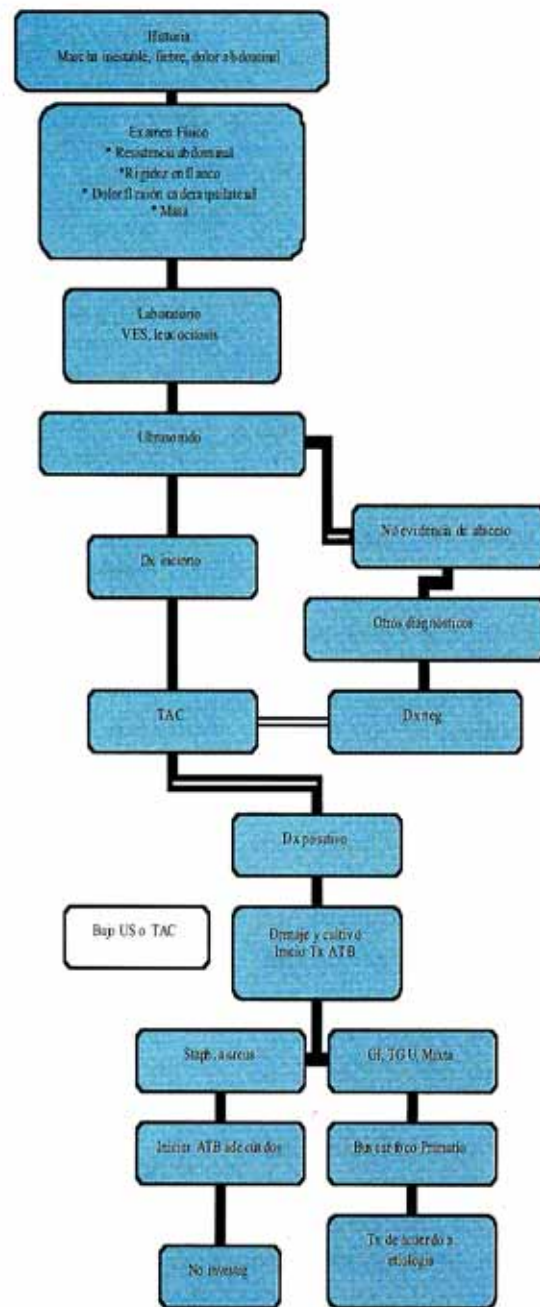
DISCUSION

El Músculo Psoas por su disposición anatómica, el cual se extiende desde el medias tino hasta el muslo, puede verse afectado por procesos infecciosos de las estructuras situadas en su vecindad, como colon, columna vertebral, articulaciones sacroiliacas y coxofemorales, páncreas, riñones y vías urinarias [13]. Previamente se ha reportado una variante anatómica normal del receso posterior del psoas en algunos individuos, lo cual no había sido

descrito[3]. La primera descripción del absceso de psoas fue realizada por Mynter en 1881.[10,13] El absceso de psoas es una patología con síntomas inespecíficos, lo que conlleva a un retraso en el diagnóstico y una morbimortalidad no desdeñable. Algunos autores han descrito 2 formas de presentación clínica: una típica con fiebre, dolor lumbar o en la ingle y cara anterior del muslo y otra atípica, más insidiosa y consistente en fiebre y malestar general [13]. Durante la última década se ha producido un aumento en el número de casos de absceso de psoas primario en los pacientes ancianos, con enfermedades crónicas debilitantes, inmunodeficiencias [18] Y uso de drogas intravenosas, aunque también es común verlo en niños [3,13]. La incidencia mundial de absceso de psoas es estimada en sólo 12 casos anuales, en donde sólo el 20 % ocurren en personas mayores de 40 años [3,12]. De acuerdo a series publicadas, el mayor número de abscesos de psoas se localizaron en el lado derecho. No son claras las razones que explican este fenómeno [2,3,12,13]. La mortalidad oscila entre el 7 %-20 %. [6,11,13]. Los Abscesos de Psoas secundarios son los más frecuentes y se asocian fundamentalmente a un foco infeccioso óseo, genitourinario o gastrointestinal (Enfermedad de Crohn 60 %) [5,8,9]. En apendicitis aguda 16 %, CUCI, diverticulitis y neoplasias 11 %, discitis y osteomielitis 10 %, pñonefrosis, infecciones perirrenales, infecciones micobacterianas, estados postoperatorios y tuberculosis

(Enfermedad de Pott)) [3]. En relación a la etiología del absceso de psoas, el microorganismo más frecuentemente identificado fue *S. aureus* en el 88 % de los casos, asociado a foco osteoarticular, por lo que debiera descartarse un origen osteoarticular (columna vertebral, cadera) en todos aquellos pacientes diagnosticados de absceso de psoas en los que se aísle este germen [1,3,12]. Otros patógenos reportados fueron *Streptococcus* (4,9 %) y *E. coli* (2,8 %) [3]. Suele observarse leucocitosis con desviación izquierda, anemia y elevación de la VES, siendo esta mayor de 90 mmJh en el 70 % de los casos [6,7,13,15,16]. La TAC y el drenaje percutáneo deben ser considerados los procedimientos de elección para el diagnóstico y tratamiento respectivo [3,12,13,16,17]. La TAC con contraste es la técnica de imagen de mayor valor para el diagnóstico, con una sensibilidad mayor del 90%. Otras técnicas diagnósticas utilizadas son la radiografía simple de abdomen, que solo se encuentra alterada en un 30 % [13]. La urografía excretora podría mostrar desplazamiento del riñón o desviación de los ureteres, escoliosis o borramiento de la sombra del psoas [4]. El enema baritado en casos de Enfermedad de Crohn podría mostrar una fístula entre el tracto gastrointestinal y el absceso [5].El tratamiento empírico de amplio espectro debe cubrir *S. aureus*, bacilos Gram negativos y anaerobios e iniciarse precozmente. La administración intravenosa no debería ser inferior a las cuatro semanas y la duración glo-

bal, intravenoso y oral, se ajustaría de forma individual hasta completar seis u ocho semanas. En abscesos menores de 5 mm se podría obviar el drenaje y tratar exclusivamente con antibióticos. El drenaje quirúrgico bajo incisión abdominal baja y abordaje extraperitoneal debe ser reservado para tratamiento de emergencia en abscesos secundarios [3]. Katara et al reportaron un caso de absceso de psoas con drenaje laparoscópico del mismo este año [1], Y Tanomkiat et al reportaron dos casos manejados con drenaje percutáneo con abordaje subinguinal [19]. En pacientes con Enfermedad de Crohn que presentan absceso de psoas lo ideal es drenaje percutáneo del absceso más resección de la porción intestinal afectada y anastomosis inmediata [5-9]. Con un apropiado tratamiento el pronóstico es por lo general bueno, de hasta un 100% de éxito con drenaje quirúrgico y de un 57,1 % en drenaje percutáneo [12,15]. Los abscesos primarios tienden a tener mejor pronóstico, en donde la mortalidad es de aproximadamente 2,4 %. En los abscesos secundarios se reporta de hasta un 18 %, la cual aumenta a un 100 % si el absceso no es drenado, en donde la causa de muerte es debida sepsis secundaria a una terapia inadecuada [14-17]. Otras series reportan hasta un 20 % de mortalidad [12].



Salud por dolor lumbar izquierdo persistente a pesar de uso de anti-inflamatorios orales e intramusculares en una semana de evolución. El absceso de Psoas es una patología infrecuente, de diversas etiologías, cuya presentación clínica en la mayoría de los casos

es inespecífica y su diagnóstico no siempre es tomado en cuenta de primera impresión, lo que conlleva a una alta morbilidad y a una prolongada o recurrente hospitalización. casos y revisión de literatura.

RESUMEN

Se presenta el caso de masculino de 42 años quien consulta en varias ocasiones a Centros de

BIBLIOGRAFÍA

1. AN Katara, RS Shah, OS Bhandarkar, and RI Unadkat. Retroperineoscopic drainage of a psoas abscess. *J Pediatr Surg*, 2004; 39 (9):e4-5
2. Bresee, I.S. and Edwards, M.S.: Psoas abscess in children. *Ped Infect Dis* 1990; 9:201.
3. Gruenwald, I., Abrahamson, J. , Cohen, O. : *J Urol* 1992; 147:1624-1626.
4. Hussain, P., Fairley, I. and Jackson, D.S. The use of ultrasound in the management of
5. Kyle, I. : Psoas abscess in Crohn's disease. *Gastroenterology* 1971; 61; 149.
6. Laguna P., Moya M. Absceso primario psoas abscess. *Radiography today* 1990;56: 23.1971; 61:149. del músculo psoas: análisis de 11
7. Lowe, B.A. and Smith, A. Primary psoas abscess. *J Urol*. 1987; 137:485.
8. M. Oghara, T. Masaka, T. Wanabe, K. Hatano, K. Matsuda, N. Yahagi, M. Ichinose, A. Seichi and T. Muta. Psoas abscess complicating Crohn's disease: report of two cases. *Surg Today* 2000; 30:759-763.
9. M. Veroux, I. Angriman, C. Ruffalo, P. Fiamingo, P. Caglio, C. Madia, M.A. Cannizzaro and D.F. Amico. Psoas abscess: a rare complication of Crohn's disease. *Acta Chir Belg* 2004; 104(2):187-190.
10. Mynter H. Acute Psoitis. *Buffalo Med Surg* 1 1881; 21:202
11. Nelly, R.B., Mahoney, P.D. and Frick, M.P.: The retrosoas recess. Demonstration using computed tomography. *Invest Rad* 1987; 22: 550.
12. Pan-Fu Kao, Ke-Hung Tsui, Hsieh-Shong Leu, Ming-Fong Tsai and Kai-Yuan Tzen. Diagnosis and treatment of pyogenic psoas abscess in diabetic patients: usefulness of computed tomography and gallium-67 scanning. *Urology* 2001;57:246-251.
13. Penado, S., Espina B., Campo, I. *Enferm. Infecc Microbiol Clin* 2001; 19:257260.
14. Ricci, M.A., Rose, F.B. and Meyer, K.K. Pyogenic psoas abscess: worldwide variations in etiology. *World J. Surg* 1986; 10:834.
15. Ruiz I.L., Martinez L.M. Absceso de psoas: ¿una enfermedad enigmática? *Med Clin (Barcelona)* 1990;95:456-458.
16. Santaella R.O., Fishman E.K., Lipsett P.A. Primary vs secondary iliopsoas abscess. *Arch Surg* 1995; 130:1309-1313.
17. S. Men, O'Akhan and M. Koroglu. Percutaneous drainage of abdominal abscess. *Eur J. Radiol* 2002;43 (3):204-218.
18. V Navarra Lopez, F Lopez Garcia, E Oonzalez Escoda, I Gregori Colome and A Munoz Perez. Psoas abscess in patients infected with the human immunodeficiency virus. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2004; 23: 661-3.
19. W. Tanomkiat and B. Buranapanitkit. Percutaneous drainage of large tuberculous iliopsoas abscess via subinguinal approach: a report of two cases. *J Orthop Sci* 2004;9: 157161.
20. Z, Dahami, I, Sarf, M, Dakir, R, Aboutaieb, S, Bennani, M, Elmrini and S, Benjelloun. Treatment of primary pyogenic abscess of the psoas: retrospective study of 18 cases. *Ann Urol* 2001;35(6):329-334.