

Absceso del músculo psoas iliaco derecho que provoca bacteriemia

¹Hermida Pérez JA, ²Bermejo Hernández A, ¹Sobenes Gutiérrez RJ, ¹Pérez Concepción SB, ¹Arroyo Díaz R

¹Centro de Salud de El Paso

¹Servicio de Urgencias de Los Llanos de Aridane Santa Cruz de Tenerife

Varón de 79 años, con antecedentes patológicos de diabetes mellitus tipo 2 e hipertrofia benigna de próstata, está en tratamiento con glimepirida (2 mg/24 horas), acarbosa (50 mg/8 horas) y tamsulosina (0,4 mg/24 horas).

Acude a consulta por dolor en la región lumbar derecha, irradiado a la región inguinal, cara látero-posterior del muslo, y cierta dificultad para la deambulación por lo que precisa muletas; no tiene fiebre.

La radiografía de la columna lumbo-sacra muestra espondiloartrosis, ligera escoliosis, sin borramiento de la sombra de los psoas.

Se interpreta como una lumbociatalgia y se inicia tratamiento con analgésicos por vía oral e intramuscular.

A los 8 días se le visita en su domicilio por falta de mejoría del cuadro, fiebre alta, escalofríos, pérdida de apetito, dolor abdominal, malestar general, disminución de la fuerza muscular de ambos miembros inferiores y persistencia del dolor lumbociático que le impide deambular.

En el examen físico la piel y las mucosas aparecen secas y la auscultación cardíaca y pulmonar son normales; el abdomen es blando, doloroso a

la palpación profunda difusamente, más acentuado en el flanco, región lumbar derecha y fosa iliaca derecha, no se palpan tumoraciones y no hay signos de irritación peritoneal. Presenta dolor con la palpación de la articulación sacroiliaca derecha y con la movilización pasiva de la cadera derecha; no hay edemas en los miembros inferiores, los pulsos periféricos están presentes y se observa disminución de la fuerza muscular del miembro inferior derecho que dificulta la deambulación.

Es remitido al Servicio de Urgencias del hospital, donde realizan analítica sanguínea (glucosa 122 mg/dl, PCR 3,65 mg/dl, elevación leve de las transaminasas, orina y resto de la analítica normales).

Es dado de alta con tratamiento con pregabalina y cefixima, pendiente de resultados de hemocultivos y cultivos de orina.

A pesar de dicho tratamiento persiste la fiebre alta y el cuadro clínico descrito anteriormente. Se sustituye la antibioterapia pautada por ciprofloxacino y doxiciclina, mientras está pendiente de la evolución clínica y de los resultados de los hemocultivos y las serologías infecciosas solicitadas.

Dada la ausencia de mejoría clínica y con la llegada de hemocultivos positivos para *Staphylococcus*

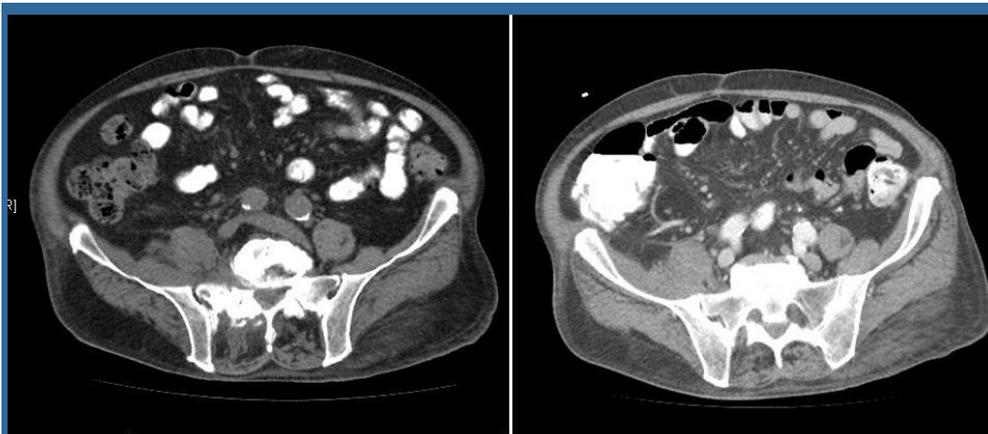


Figura 1. TAC del abdomen superior y pelvis: colección líquida en la fosa iliaca derecha, adyacente al músculo iliaco derecho, engrosado difusamente, con el que presenta amplio contacto (absceso retroperitoneal); colección con captación periférica de contraste en el espesor del tercio distal del músculo psoas

derecho, compatible con absceso del psoas; aumento de tamaño con borramiento de los bordes del psoas derecho y aumento de la densidad de la grasa adyacente por infiltración edematosa, que traduce la presencia de un proceso inflamatorio local.

aureus, se remite nuevamente al hospital.

Es ingresado en Medicina Interna, donde es estudiado con TAC del abdomen superior y pelvis sin y con contraste (figura 1). El informe radiológico es el siguiente: quistes hepáticos y en la cortical del riñón izquierdo; moderada ectasia piélica o bien quistes renales parapiélicos; colección líquida en la fosa iliaca derecha, adyacente al músculo iliaco derecho, que se aprecia engrosado y con el que presenta amplio contacto, compatible con absceso retroperitoneal; imagen de colección con captación periférica de contraste en el espesor del tercio distal del músculo psoas derecho, compatible con absceso del psoas; grave espondiloartrosis global, más acusada en la columna lumbo-sacra.

Se estudia mediante enema opaco, con el que se observa diverticulosis colónica; no se observan trayectos fistulosos desde el colon.

Se completa un mes de tratamiento con vancomicina intravenosa y posteriormente linezolid oral.

Es valorado por Cirugía, que no considera necesario el drenaje de los abscesos en el momento actual dada la buena evolución clínica y analítica (PCR 0,52 mg/dl).

Es dado de alta con seguimiento analítico y radiológico en la consulta de Cirugía.

Actualmente ha mejorado notablemente y en los TAC posteriores no se observan las colecciones líquidas descritas (figura 2).

COMENTARIO

Nesparehan, sacerdote de Amún de la XXI dinastía en el antiguo Egipto, presentaba características típicas del mal de Pott, con colapso vertebral torácico que producía la cifosis angular y un absceso del psoas muy largo que drenaba hacia la fosa iliaca derecha. El análisis de sus restos y la publicación de estos hallazgos realizados por Ruffer en 1910 se han convertido en el mejor caso histórico confirmado de tuberculosis espinal complicada con un absceso del psoas^{1,2}.

Sin embargo, la primera descripción médica de este absceso la realizó Abeille, en 1854, con ocho pacientes que mostraron abscesos piógenos¹; posteriormente lo hizo Mynter, en 1881, bajo la denominación de "psoítis aguda", con un caso de origen desconocido que presentó ante el Buffalo Medical Club^{2,3}.

ETIOPATOGENIA

El absceso del psoas es una patología infrecuente y de etiología variada. Gruenwald⁴, en una revisión realizada hasta el año 1992, encontró 434 casos publicados en la bibliografía mundial.

La particular situación anatómica del músculo psoas ilíaco, 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 de forma directa desde un foco vecino, así como la llegada de gérmenes por vía hematógena.

Su incidencia es alta en pacientes diabéticos⁵ e inmunodeprimidos⁶.



Figura 2. TAC del abdomen superior y pelvis (evolutivo): la colección adyacente al psoas iliaco derecho se ha reducido considerablemente y aparece ahora como una zona grasa rodeada por un fino halo denso, de unos 3 cm de diámetro mayor; la colección situada en el músculo iliopsoas, más inferiormente, ahora ya no es visible; resto, sin cambios significativos.

Se considera como condición predisponente el traumatismo abdominal previo, que al originar un hematoma muscular facilita la proliferación microbiana. El absceso de los músculos psoas usualmente es provocado por una enfermedad de las vértebras lumbares, con pus que desciende por la vaina muscular. La infección más común es la tuberculosa o la estafilocócica. Existen otros factores predisponentes, entre los que encontramos focos sépticos distantes (diseminación hematógena, yatrogenia (acupuntura), senilidad, anemia, adictos a drogas por vía parenteral (ADVP) e inmunodeficiencia

(diabetes mellitus, neoplasia de colon, neoplasia renal, insuficiencia renal crónica, hepatopatía crónica, desnutrición, alcoholismo, parasitismo, artritis reumatoidea y corticoterapia⁷.

CLASIFICACIÓN

Pueden ser primarios y secundarios:

- Primarios. Son aquellos en los que no se identifica una causa que los justifique; su origen es la colonización por vía hemática o linfática desde un foco lejano, no evidente clínicamente. Suelen presentarse en pacientes de edad avanzada, con enfermedades crónicas debilitantes, inmunodeprimidos y ADVP.

- Secundarios. Están relacionados con cuadros infecciosos de órganos adyacentes; provienen de la extensión directa desde un foco vecino, enfermedad de Crohn (causa más común⁴, apendicitis, diverticulitis, cáncer colorrectal, pancreatitis, absceso epidural, tuberculosis espinal, osteomielitis, artritis séptica, tuberculosis pulmonar, empiema, hidronefrosis, absceso perirrenal; o bien son iatrogénicos: post-cistostomía⁸, post-endoscopia colónica⁹ o como complicación de un dispositivo intrauterino¹⁰. Se han reportado casos secundarios a una sacroileítis¹¹.

MICROBIOLOGÍA

Dentro de los gérmenes más frecuentemente implicados se encuentran el *Staphylococcus aureus* (germen de mayor incidencia en los abscesos primarios), *Streptococcus agalactiae*, *Escherichia coli*, *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Salmonella spp*, *Fusobacterium nucleatum* y *Pseudomonas aeruginosa*.

En los primarios los dos gérmenes más frecuentes son *S. aureus*, *E. coli* y *Streptococcus spp*¹². En los secundarios predominan los gérmenes entéricos, que ascienden a 82% en la serie de Ricci. La *E. coli* es la más frecuente, seguida por *S. aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *S. viridans* y *Candida albicans*¹³.

CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO

Los síntomas y signos son inespecíficos. El dolor se presenta en el flanco, la cadera y el dorso. La fiebre es un signo común. La flexión y rotación externa del

miembro inferior y el dolor provocado ante la tentativa de movilización activa o pasiva del mismo son los signos más sugestivos de la presencia de un absceso en el psoas.

Se han descrito casos de drenaje espontáneo por la pared rectal, trombosis de vena iliaca primitiva, ruptura de aorta y sepsis¹⁴.

Diferentes trabajos¹⁵ destacan el valor de la ecografía y de la tomografía axial computarizada (TAC) en la confirmación diagnóstica. La sensibilidad de la ecografía fue de 57-60% y la de la TAC abdominal, con y sin contraste, de 91-95%. En etapas iniciales de inflamación, gran distensión gaseosa y abscesos pequeños, la ecografía tiene una menor sensibilidad y especificidad, por lo que es de más utilidad la TAC. También se ha resaltado el valor de la resonancia magnética⁷ y del centellograma con galio 67, este último en el diagnóstico de lesiones óseas concomitantes¹⁶.

TRATAMIENTO

Se requiere un drenaje efectivo del absceso y terapia antimicrobiana específica. El drenaje puede efectuarse por vía percutánea guiada por ecografía o TAC, o por cirugía. El drenaje percutáneo guiado por ecografía ha demostrado ser un procedimiento efectivo en los niños y alternativo a la cirugía. El tratamiento quirúrgico se realiza en situaciones en las que existe otra lesión intraabdominal concomitante, cuando la cavidad se encuentra multitabicada o el pus es muy espeso^{17,18}.

El aislamiento del germen de la sangre, la edad mayor de 50 años y la persistencia o recurrencia del absceso han sido vinculados directamente con la mortalidad^{17,18}.

CONCLUSIONES

La diabetes mellitus está presente en un alto porcentaje de pacientes afectados por abscesos del psoas e iliaco.

Se suele observar fiebre, alteración del estado general, dolor abdominal en el flanco y fosa iliaca de la zona afectada, dolor lumbar con el signo del psoas positivo e impotencia funcional de los miembros inferiores.

Los hemocultivos y el cultivo de secreciones una vez puncionados son de utilidad para aislar el germen causal. El más frecuente en la casuística revisada es el *Staphylococcus aureus*.

El diagnóstico de presunción es importante para la inmediata realización de las pruebas de laboratorio (hemocultivos) y radiológicas (ecografía, TAC), así como para una actuación terapéutica rápida para poder disminuir la morbi-mortalidad.

La TAC constituye el procedimiento diagnóstico de elección, pues es un método no invasivo y ágil que ha demostrado tener una sensibilidad cercana al 100%. Junto con la ecografía nos permite realizar una primera aspiración para aislar al agente causal e instaurar el tratamiento antibiótico adecuado y facilita el control evolutivo.

El tratamiento más eficaz es la antibioterapia y el drenaje de las colecciones. No se debe olvidar que puede haber recidivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mynter H. Acute psoitis. *Buffalo Med Surg J* 1881;21:202.
2. Abeille H. Phlegmon retroperitoneal de la fosse iliaque droite: termination par resolution. *Gaz de Hop* 1854;27:218.
3. Gerstner J, Galleguillos JC. Absceso piógeno del psoas. *Trib Med Col* 1973;47:A3-8.
4. Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O. Psoas abscess: case report and review of the literature. *J Urol* 1992;147:1624-6.
5. Rajbahandari S, Wilson R. Unusual infections in diabetes. *Diabetes Res Clin Pract* 1998;39:123-8.
6. Navarro V, Meseguer V, Fernández A, Medrano F, Sáez J, Puras A. Psoas muscle abscess. Description of a series of 19 cases. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1998;16:118-22.
7. Walsh TR, Reilly JR, Hanley E, Webster M, Peitzman A, Steed DL. Changing etiology of iliopsoas abscess. *Am J Surg* 1992;163:413-6.
8. Ameer A, Touiti D, Beddouch A, Oukheira H. Vesical cystostomy and psoas muscle abscess. Case report. *Ann Urol* 1999;33:280-2.
9. Jiménez Almonacid P, Martín Cavanna J, Alcázar Montero J, Rueda Orgaz J, Polo Melero J, Botella García A, et al. Psoas abscess with mediastinal extension secondary to rectal perforation. *Rev Esp Enferm Dig* 1999;91:149-50.
10. Stutz J, Wilkinson S. Psoas abscess: an unusual complication of an intrauterine contraceptive device. *Br J Obstet Gynecol* 1999;106:177-9.
11. Assalia A, Volpin G, Hashmonai M, Angel A, Stein H, Schein M. Psoas muscle abscess associated with pyogenic sacroiliitis. *Eur J Surg* 1996;162:415-7.
12. González D, Rodríguez G, Plazota C, Ruso L, Balboa O. Abscesos del músculo psoas iliaco. *Patología de Urgencia* 2001;9:23-6.
13. Ricci M, Rose F, Meyer K. Pyogenic psoas abscess: worldwide variations in etiology. *World J Surg* 1986;10:834-43.
14. Arai Y, Kawakami T, Soga H, Okada M. Psoas abscess associated with iliac vein thrombosis and piriformis and gluteal abscess. *Int J Urol* 1999;6:257-9.
15. Laguna P, Moya M. Abscess of the psoas muscle: analysis of 11 cases and review of the literature.

- Enferm Infecc Microbiol Clin 1998;16:19-24.
16. Kao P, Tzen K, Tsui K, Tsai M, Yen T. The specific gallium 67 scan uptake pattern in psoas abscesses. *Eur J Nucl Med* 1998;25:1442-7.
 17. Kang M, Gupta S, Gulati M, Suri S. Iliopsoas abscess in the pediatric population: treatment by US-guided percutaneous drainage. *Pediatric Radiol* 1998;28:478-81.
 18. Tong C, Griffith J, Lam T, Cheng J. The conservative management of acute pyogenic iliopsoas in children. *J Bone Joint Surg Br* 1998;80:83-5.
 19. Khosravi Shahi P, Del Castillo Rueda A, Barrera Sánchez JL, De Portugal Álvarez J. Absceso del músculo psoas-iliaco por *Streptococcus agalactiae* como forma de presentación de fiebre de origen desconocido. *An Med Interna (Madrid)* 2004;21:337-9.
 20. Romero Otero J, Martínez Silva V, Pamplona Casamayor M, Capitán Manjón C, Piedra Lara J, Leiva Galvis O. Absceso de psoas brucelósico bilateral: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Actas Urol Esp* 2005;29:704-7.
 21. García Méndez P, Bartolomé Villar A, Abad Barba FJ, Asenjo Siguero JJ, Delgado Lacosta A, Llamas Cascón E, y cols. Absceso piógeno del psoas secundario a espondilodiscitis postartrodesis lumbar. Revisión y comentario, a propósito de un caso. *Patología del Aparato Locomotor* 2005;3:275-81.
 22. Muñoz SD, Gohurdett C. Absceso del psoas en la edad pediátrica. Caso clínico y revisión de la literatura. *Revista Anacem* 2009;3:34-5.
 23. Larcamona JE, Juancob G, Álvarez LA y Pebea FV. Absceso de psoas como complicación de varicela. *Arch Argent Pediatr* 2010;108:e86-e88.
 24. García E, Gutiérrez J, Díaz M. Absceso del psoas: presentación de ocho casos y revisión de la literatura. *Rev Clin Esp* 1995;195:289-93.
 25. Huang JJ, Ruan MK, Lan RR, Wang MC. Acute pyogenic iliopsoas abscess in Taiwan: clinical features, diagnosis and outcome. *J Infect* 2000;40:248-55.
 26. Pila Pérez R, Rivero García C, Fernández Marichal F, Guerra Rodríguez C. Absceso primario del músculo psoas. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Cubana Cir* 2001;40:149-53.
 27. Martínez Sagarra J, Estébanez M, Santos J, Amón J, Barrea A, Peláez A. Absceso primario del psoas. *Actas Urol Esp* 1990;14:139-42.
 28. Obando Y, De la Corte J, Mora D, Colchero J, Pujol E. Absceso primario del psoas. *Rev Clin Esp* 1992;5:247-8.
 29. Alonso M, Reyes G, Galena M, Ruiz M, Robles G, Rius X. Abces primaire du psoas: 2 nouvelles observations. *J Chir* 1994;127:537-8.
 30. 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;50:810-11.
 31. Kida T, Yago N. Detection of psoas abscess by gallium 67 scintigraphy, Sonography, and CT. *AJR* 1991;153:430-1.
 32. Mc Auliffe W, Charke G. The diagnosis and treatment of psoas abscess a 12 year review. *Aust NZ J Surg* 1995;6:413-17.
 33. Pérez Herbón M, Rodríguez Constenla I, Lado Lado FL, Rodríguez López I. Absceso primario del psoas. *An de Med Int* 2004;21:50-1.
 34. García Rojo D, Abad C, Vicente E, Rovira A, Hannaoui N, González JL, y cols. Espondilodiscitis y absceso de psoas simulando una metástasis vertebral en paciente afectado de carcinoma de próstata. *XV Jornada de L'Associació Catalana D'Urolegs de Comarques Breus* 2008;pag 8-9.
 35. Álvarez Múgica M, Jalón Monzón A, González Álvarez RC, Escaf Barmadah S, Martín Benito JL, Regadera Sejas J. Absceso primario del psoas por *Streptococcus pneumoniae*. *Actas Urol Esp* 2006;30:943-6.