

Absceso primario del psoas

JULIA LESTANI*, JOSÉ MORENO*, RAMÓN BOGADÓ* y SERGIO MARCON**

*Servicio de Traumatología y Ortopedia "Dr. Arturo Lestani", **Servicio de Clínica Médica, Sanatorio Chaco, Chaco

Nos referimos al término absceso primario del psoas como entidad caracterizada por la "colección de pus confinada al ámbito del músculo psoas, ya sea limitada o flemonosa, sin que exista otra patología que pudiera ocasionarla por contiguidad o vecindad, como focos urinarios, raquídeos o gastrointestinales, como también los encontrados en infecciones posquirúrgicas, los que constituirían focos secundarios de esa patología.

En los pacientes que forman parte de esta revisión, no se encontró otra causa de su aparición en el momento de su descubrimiento ni durante un seguimiento máximo de tres años. Además, estos casos fueron considerados "curados" teniendo en cuenta los parámetros de laboratorio de seguimiento.

La revisión bibliográfica la describe como una patología poco frecuente, con un trabajo que recopila alrededor de 376 casos en la totalidad de la bibliografía conocida. El mismo artículo describe 19 casos propios de los cuales sólo 3 fueron primarios.¹ Una de las razones de la dificultad para su diagnóstico podría ser que se trata de una patología infecciosa del espacio retroperitoneal de difícil acceso en el examen clínico, que provoca pocos síntomas toxicoinfecciosos generales, como se verá más adelante. Esto también origina un retraso en el diagnóstico al interpretarse los síntomas iniciales como de otro origen.²⁻⁴

Las manifestaciones clínicas más frecuentes según la literatura médica son el dolor (45%) referido a la región de la cadera, lumbar y abdominal, en ese orden de frecuencia y la fiebre (sólo 36%). La misma literatura describe antecedentes de "inmunodeficiencia" sin especificar de qué clase.¹

En nuestros casos la manifestación clínica más frecuente fue también el dolor, de localización abdominopelviana, a veces lumbar con irradiación al miembro inferior del lado afectado, caracterizado por el signo del psoas, con cadera en flexión y rotación interna, cuya intensidad aumenta al producir rotación externa y extensión del miembro. Este signo asociado con el síndrome febril y las alteraciones del hemograma consideradas de "alta sospecha" obligan a la exploración mediante el diagnóstico por imágenes, es decir, ecografía, tomografía computarizada o resonancia magnética, para confirmar el diagnóstico.

Sin duda, al tratarse de una patología infecciosa el tratamiento fundamental consiste en la antibioterapia específica mediante el cultivo y antibiograma del material obtenido.

El tratamiento quirúrgico origina algunas dudas, repartiéndose a favor de la posición evacuación y el drenaje quirúrgico abierto. En dos casos de los evacuados fue requerido un nuevo tratamiento abierto. El tratamiento por punción es bastante demandante en cuanto a la técnica, requiere un catéter especial denominado *pig tail* y es difícil de realizar en nuestro medio.

Por eso, en nuestra revisión se utilizó el tratamiento quirúrgico abierto en todos los casos, tomando en consideración la intensidad de la sintomatología y el tamaño de los abscesos en los estudios complementarios y su "tabicamiento". Se realizó un abordaje posterolateral extra-peritoneal, desbridamiento, drenaje y lavado. Siempre dejamos drenaje.

Caso 1

Paciente mujer de 43 años.

Tiempo de evolución: 20 días. Atendida inicialmente por consultorio externo con dolor en la región trocánterea. Antecedentes de traumatismo posterior a un sobreesfuerzo. Exceso de peso.

Se realizó radiografía de pelvis y columna lumbosacra, ecografía abdominogenital por la aparición de síntomas

abdominales bajos, sin hallazgos patológicos. Respuesta parcial al tratamiento con AINE.

Se interna y se solicita RM de columna lumbosacra, que informa absceso del psoas izquierdo de 10 por 5 cm (Fig. 1 A y B).

Resultados del laboratorio: 15.000 glóbulos blancos con 85% de neutrófilos. Eritrosedimentación de 110 mm en la primera hora. Hemocultivo.

Clínica médica descarta otro posible foco infeccioso renal/respiratorio/abdominal.

Se realiza una interconsulta con infectología, clínica médica y radiólogo intervencionista y se decide efectuar un tratamiento quirúrgico abierto por el tamaño del absceso, las características de la paciente (obesidad) y el tiempo de evolución. También se descarta otro foco posible de origen. No tiene antecedentes de maniobras invasivas genitourológicas ni dentales.

Se realiza el tratamiento quirúrgico que consiste en drenaje por lumbotomía retroperitoneal.

Se inicia tratamiento empírico con cefalexina 1 g cada 6 horas y gentamina 80 mgrs cada 8 horas.

Cultivo: *Staphylococcus aureus* meticilino-sensible. Tiempo de internación: 7 días.

Caso 2

Paciente mujer de 41 años.

Ingresa el 1/08/2001 por guardia a clínica médica con un cuadro de dolor lumbar y síndrome febril (38,5° C).

Se realizan estudios de laboratorio de rutina y se solicita hemocultivo.

Hto 35%, glóbulos blancos 24.500/mm² y eritrosedimentación de 105 en la primera hora.

Se realiza una ecografía abdominal que revela sólo una litiasis biliar. También se descartan focos respiratorio y renal infecciosos.

Se inicia el tratamiento con cefalotina/amikacina/clin-damicina por vía parenteral.

En la interconsulta con traumatología se constata dolor "crural" y signo del psoas positivo, por lo que se realiza una resonancia magnética que informa: 1) absceso del psoas derecho de 10 por 6 cm, 2) absceso en la escotadura ciática contralateral.

Las estructuras discales y vertebrales son normales.

Se realiza el tratamiento quirúrgico abierto por lumbotomía extraperitoneal.

El hemocultivo y el cultivo de las muestras quirúrgicas informan *Staphylococcus aureus* sensible.

Evoluciona con remisión de los síntomas clínicos y de laboratorio continuando con tratamiento oral con ciprofloxacin/rifampicina.

Tras un tiempo de seguimiento de un año no se encontró otro foco infeccioso hasta la fecha.

Caso 3

Paciente varón de 68 años.

Ingresa por guardia derivado de una localidad del interior con un cuadro de dolor lumbar intenso por posible



Figura 1 A y B. Resonancia magnética que muestra absceso del psoas izquierdo de 10 cm x 5 cm.

hernia discal de 7 días de evolución. En el interrogatorio se constata antecedentes de fiebre y pérdida de peso.

El examen físico descarta signos radiculares. La radiografía evidencia signos de artrosis. Los estudios de laboratorio de rutina informan: 16.000 glóbulos blancos con 82 % de neutrófilos segmentados, por lo que ante la sospecha de un absceso se realiza una tomografía computarizada en la que se confirma la presencia de un absceso del posas izquierdo.

El paciente es intervenido quirúrgicamente a las 48 horas.

El cultivo de las muestras es positivo para *Staphylococcus aureus* meticilino-sensible.

Debido a su buena evolución clínica, es dado de alta a los cinco días con medicación por vía oral.

Caso 4

Paciente varón de 66 años.

Ingresa en clínica médica con diagnóstico de "síndrome febril prolongado", por el que seguía un tratamiento ATB previo.

El laboratorio informa eritrosedimentación de 77 mm en la primera hora y leucocitosis. Se descarta un foco visceral. Por la actitud de la cadera en flexión y rotación interna se solicita una interconsulta para descartar artritis séptica. Ante la sospecha de un absceso del psoas se solicita una tomografía computarizada que confirma una colección de 9 cm.

El paciente es intervenido quirúrgicamente al día siguiente por lumbotomía extraperitoneal. Tiene buena evolución y es dado de alta con tratamiento ATB por vía oral.

Referencias bibliográficas

1. **Córdoba J, Pigrau C, Pahissa A, y cols.** Absceso de psoas: utilidad diagnóstica y terapéutica de la ecografía y de la tomografía computarizada. *Med Clín*;99:568-570;1992.
2. **López de Alda A, Cruces F, Berrocal A, y cols.** Absceso de psoas: una entidad no tan infrecuente. Consideraciones sobre 6 casos. *Actas Urol Esp*;13:264-267;1989.
3. **Jiménez-Mejías ME, Alfaro MJ, Bernardo A, y cols.** Absceso de psoas: una entidad no tan infrecuente. Análisis de una serie de 18 casos. *Enferm Infecc Microbiol Clín*;9:148-153;1991.
4. **Pigrau C, Pahissa A.** Absceso de psoas: ¿Una enfermedad enigmática? *Med Clín*;95:456-458;1990.