

Absceso de psoas primario

Lock Vargas Yatsen Augusto¹, Campos Guzmán Robert William¹, Diaz Villanueva Patricia Mercedes², Joo Fernandez Hoshe Lee²

1- Cirujano asistente del servicio de cirugía del Hospital II Lima Norte Callao – Luis Negreiros Vega.

2- Médico residente del servicio de cirugía del Hospital II Lima Norte Callao – Luis Negreiros Vega.

Correspondencia: yalov20@gmail.com

RESUMEN

El absceso de psoas es una enfermedad relativamente rara. Muchos casos se presentan con características clínicas atípicas. El absceso de psoas puede ser primario en pacientes inmunosuprimidos o secundario a infecciones gastrointestinales y genitourinarias. En los países no desarrollados la mayoría de estos pueden ser de etiología tuberculosa. Una alta sospecha clínica, una buena historia clínica y estudios de imagen pueden ser útiles en el diagnóstico de la enfermedad. El tratamiento temprano con antibióticos, drenaje guiado o cirugía abierta es necesaria debido a su alta morbimortalidad.

Se reporta el caso de un paciente varón de 57 años con historia de diabetes mellitus de 20 años de evolución, quien refiere dolor en región lumbar izquierda asociada a aumento de volumen y fiebre intermitente, por lo que se hospitaliza, detectándose por tomografía un absceso de psoas izquierdo extenso el cual es drenado por cirugía abierta con abordaje extraperitoneal, evolucionando favorablemente y dado de alta a la semana de operado.

Palabras claves: absceso, psoas, abordaje extraperitoneal

ABSTRACT

Psoas abscess is a relatively rare disease. Many cases present with atypical clinical features. Psoas abscess may be primary in immunosuppressed patients or secondary to gastrointestinal and genitourinary infections. In non-developed countries most of these can be of tuberculous etiology. High clinical suspicion, good clinical history and imaging studies can be useful in diagnosing the disease. Early treatment with antibiotics, guided drainage or open surgery is necessary due to its high morbidity and mortality.

A 57 year old male with a past medical history of diabetes mellitus for 20 years complained of pain in the left lumbar region, increased volume and intermittent pyrexia. After admission a CT scan revealed a left psoas abscess drained through an open extraperitoneal approach. Postoperative recovery was uneventful and was discharged a week after surgery.

Keywords: abscess, psoas, extraperitoneal approach

INTRODUCCIÓN

El absceso de psoas es una condición poco común pero con muy alta mortalidad. La alta susceptibilidad del músculo psoas a infecciones está relacionado con su anatomía peculiar; los organismos pueden acceder a este músculo ya sea por extensión directa o por medio de la siembra hematógena¹. El músculo psoas se origina desde las vértebras torácicas inferiores hasta las últimas vértebras lumbares (bordes laterales de T12 a L5), y se extiende a través del retroperitoneo hasta insertarse en el trocánter menor del fémur. Por lo tanto, se encuentra en estrecha proximidad a un número de órganos retro e intra abdominales, incluyendo los riñones, los uréteres, el páncreas, el apéndice, el intestino grueso y delgado. Organismos infectantes de estos órganos podrían extenderse directamente al músculo psoas. Por otra parte, el suministro de sangre abundante del psoas es un factor predisponente para diseminación hematógena desde fuentes distantes. La presentación clínica suele ser insidiosa. La triada clásica clínica consiste en fiebre, dolor de espalda y masa en región lumbar pero solo se observa en una minoría de pacientes. El tratamiento consiste de un drenaje adecuado, ya sea por vía percutánea o quirúrgicamente, junto con la terapia antibiótica inmediata. Las complicaciones graves como sepsis e incluso muerte podrían ser el resultado de retraso en el diagnóstico. La presencia de comorbilidades también se asocia con un mal pronóstico. El absceso de psoas es tradicionalmente clasificado en primario o secundario dependiendo en la presencia o ausencia de un foco infeccioso identificable en alguna estructura u órgano adyacente. En la actualidad, el principal agente microbiano en abscesos primarios parece ser *S. aureus* y en los abscesos secundarios se reportan gérmenes entéricos en los cultivos². La diabetes mellitus y el trauma muscular, incluso microscópico, se consideran como factores predisponentes para la formación de abscesos^{3,4}. La mayoría de abscesos

de psoas pueden ser diagnosticados por ecografía, tomografía o resonancia magnética, siendo la tomografía contrastada el método más efectivo. El drenaje percutáneo guiado por TAC es una técnica segura y un tratamiento efectivo principalmente en los abscesos de etiología primaria y tuberculosa. La cirugía debe reservarse cuando no se pueda realizar drenaje percutáneo, y en algunos casos de abscesos secundarios.^{5,6}

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 57 años con antecedente de diabetes mellitus de larga evolución desde hace 20 años controlado con meftormina de 850mg cada 8 horas, quien refiere un tiempo de enfermedad de 2 meses, caracterizado por dolor lumbar izquierdo de moderada intensidad, y sensación de masa en la misma zona, asociándose fiebre intermitente la cual llegaba hasta 39°C. Se automedicó con AINES (naproxeno 550mg) por 1 semana sin mejoría clínica, razón por la cual decide acudir al servicio de emergencia del Hospital Lima Norte Callao – Luis Negreiros Vega de Essalud, donde se decide su hospitalización en el servicio de Medicina. Al momento del ingreso, el paciente se encontraba con fascies dolorosa, diaforético, adelgazado, palidez ++/+++, en regular estado de nutrición y regular estado de hidratación. Al examen físico preferencial, se observaba tumoración flogótica de 7x3 cm aprox en región lumbar izquierda, dolorosa a palpación, de consistencia renitente, con dolor a la flexo extensión del miembro inferior izquierdo. El resto del examen físico dentro de parámetros normales. Se solicitan exámenes de laboratorio donde se aprecia hb en 8,5 gr/dl, leucocitos en 7850/ml, abastados 2%, glucosa en 157 mg/dl. Se solicita tomografía contrastada la cual informa colección de paredes gruesas que diseca las fibras musculares del psoas izquierdo y que

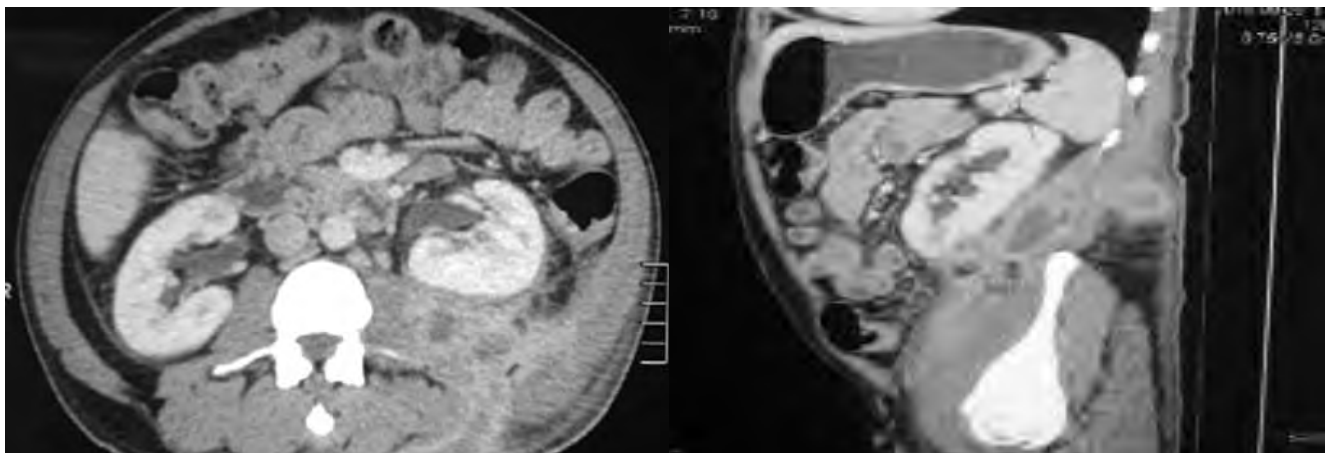


Fig 1. Tomografía con contraste donde se evidencia colección en psoas izquierdo que fistuliza hacia tejido blando.

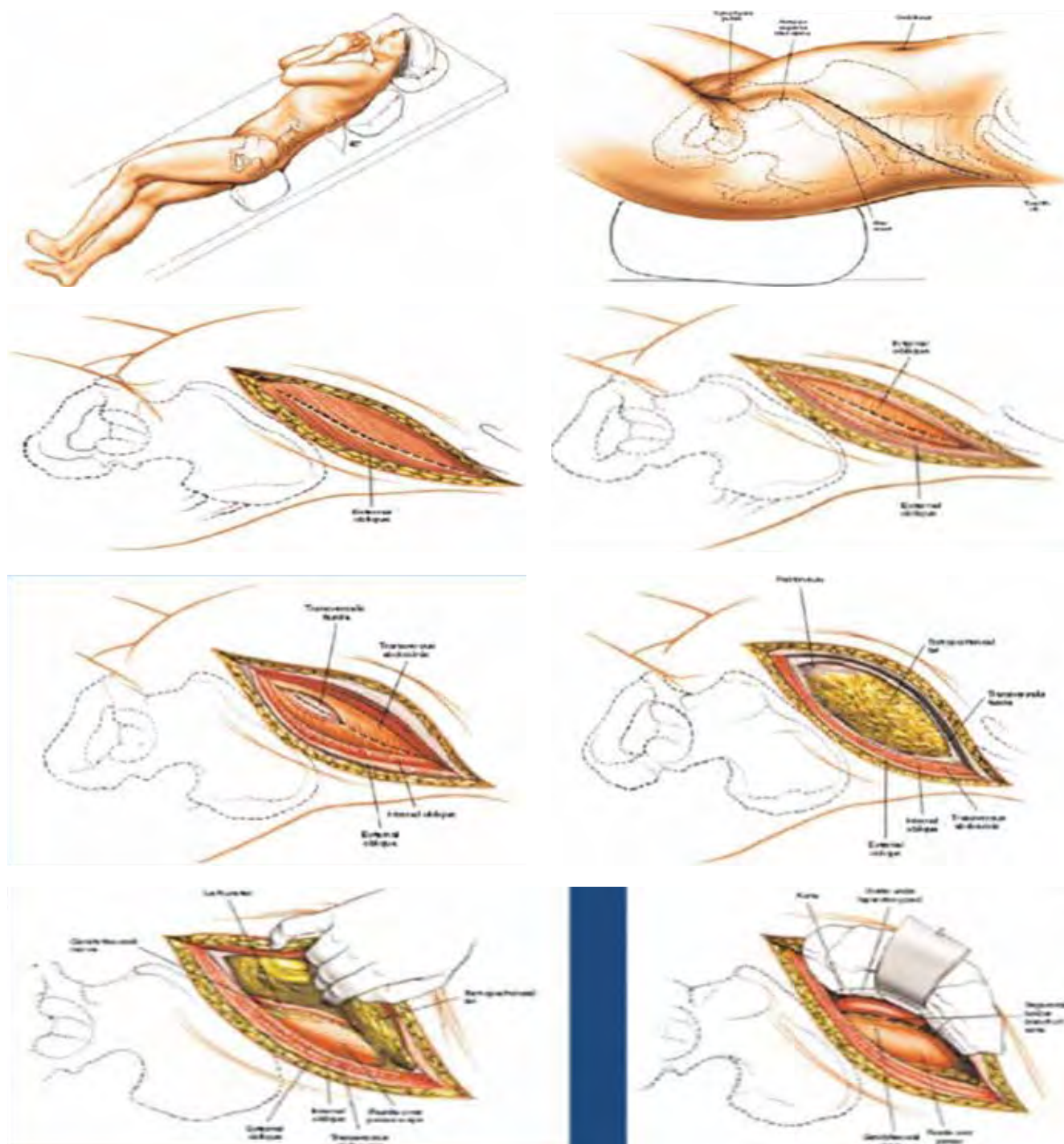


Fig 2. Abordaje extraperitoneal. A) posición decúbito lateral derecho B) incisión oblicua desde porción posterior de costilla 12 en sentido de la cresta iliaca antero superior C, D, E) incisión de oblicuo mayor, menor y transverso respectivamente respetando fascia transversalis F) visualización de grasa pre peritoneal G,H) retracción anterior de peritoneo y visualización de músculo psoas.

se extiende hacia la pared ipsilateral, fistulizando a los tejidos blandos adyacentes (Fig. 1), sin comprometer capsula renal con realce periférico tras inyección del contraste. Resto de órganos sin alteraciones. Hallazgos sugestivos de absceso de psoas izquierdo. Se inicia antibióticoterapia con ciprofloxacino 400 mg ev cada 12 horas más metronidazol 500 mg ev cada 8 horas durante 10 días, y ante la imposibilidad de drenaje

por radiología intervencionista debido a falta de materiales y persistencia de picos febriles, se realiza interconsulta al servicio de cirugía, decidiéndose un drenaje quirúrgico abierto del absceso. En sala de operaciones, bajo anestesia general, se coloca al paciente en decúbito lateral derecho y se realiza un abordaje extraperitoneal del absceso de psoas izquierdo (Fig. 2) identificándose un trayecto fistuloso



Fig 3. Abordaje extraperitoneal de psoas izquierdo, drenaje de absceso y colocación de tubo de anodex.

del tercio inferior del psoas hacia pared lumbar izquierda y colección seropurulenta proveniente del mismo, en volumen de 100 cc aproximadamente. Se realiza ecografía intraoperatoria para descartar colecciones residuales y se observa cavidad hipocogénica de 8 cm de diámetro en tercio inferior de psoas izquierdo. Se lava y se coloca un tubo de anodex para drenaje (Fig 3). Se envían muestras para descartar tuberculosis, estudio gram y cultivos.

El paciente pasa a medicina para continuar antibioticoterapia y para ampliación de estudios para descartar de secundarismo. Los picos febriles ceden totalmente y el drenaje seropurulento disminuyó de 35 a 10 cc, por lo que fue dado de alta al séptimo día post operatorio sin el tubo de drenaje y con antibióticoterapia por vía oral hasta completar 2 semanas.

Los resultados de todos los exámenes para descartar de secundarismo salieron negativos, y el cultivo salió positivo para *Stafilococo Aureus* Meticilino Sensible. El diagnóstico final de egreso fue Absceso de Psoas Primario.

DISCUSIÓN

El absceso de psoas es una condición poco común; en el presente tiende a ser de etiología no tuberculosa debido a la disminución de la tuberculosis en los países desarrollados. El absceso de psoas es un tipo de miositis infecciosa y puede ser causada por una amplia gama de bacterias, hongos, parásitos y agentes virales⁷. Sólo unos pocos casos de abscesos del psoas son reportados por año, siendo primario o secundario a enfermedades gastrointestinales o del tracto genitourinario, inflamatorias, infecciones óseas, en particular infecciones de la columna vertebral, y después de una cirugía abdominal⁸. La falta de las causas antes mencionadas caracteriza al absceso como primario, donde el tratamiento antibiótico asociado a drenaje guiado por TAC es efectivo aunque la tasa de recurrencia puede ser más alta que con drenaje quirúrgico⁹. En el pasado, la espondilitis tuberculosa con cambios óseos era una causa frecuente y el proceso inflamatorio podría extenderse a través del músculo psoas ilíaco hacia la región inguinal. En la actualidad, el principal

agente microbiano en abscesos primarios parece ser el *Stafilococo aureus*. Otros agentes microbianos, tales como *E. coli*, *P. aeruginosa* y *S. pneumoniae* a veces puede desempeñar un papel en la formación del absceso. El sitio de entrada del microorganismo por lo general no es evidente, y se extiende por la ruta hematógena desde un sitio lejano. Los abscesos primarios se presentan en grupos de edad más jóvenes; que no son bilaterales y se encuentran con más frecuencia en los países en desarrollo de Asia y África, asociado al aumento en la incidencia de individuos con VIH¹⁰. El absceso de psoas secundario esta ocasionado por flora entérica positiva en los cultivos, enfermedades inflamatorias gastrointestinales tales como apendicitis, enfermedad de Crohn, diverticulitis y el carcinoma de colon son las causas más comunes, mientras que en algunos países de Asia es la patología renal un factor importante para el desarrollo de abscesos¹¹. Causas poco frecuentes son la leucemia crónica, pancreatitis, artritis séptica y la púrpura de Henoch-Schönlein. La mayoría de los abscesos se encuentran en el área derecha del psoas; no tienen predominancia por grupo de edad y son altamente prevalente en Europa y los países de América. El diagnóstico clínico de un absceso de psoas puede ser difícil y los síntomas clásicos de dolor en el flanco, fiebre y aumento de volumen suelen estar ausentes. El examen de laboratorio frecuentemente arroja anemia y leucocitosis. El diagnóstico precoz puede ser obstaculizado por síntomas clínicos atípicos y el retraso de terapia resulta en aumento de la morbimortalidad. El aparente aumento de la incidencia de abscesos del psoas iliaco se debe al aumento del número de pacientes inmunocomprometidos, la quimioterapia, la inmunoterapia, enfermedad multisistémicas y la amplia disponibilidad de imágenes tomográficas¹². La mayoría de abscesos de psoas se pueden diagnosticar por los estudios de imagen de ultrasonido (US), tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética de formación de imágenes (RM), pero cuando se interpretan las imágenes sin el conocimiento de la historia clínica, el diagnóstico diferencial tales como abscesos, neoplasias y hematomas, puede ser difícil. La TC es más precisa y puede diagnosticar correctamente los casos.¹³ La RM es útil para la evaluación temprana o en tumores infiltrantes y es muy sensible en la detección de tumor o propagación de la infección en las vértebras adyacentes, discos o canales. El drenaje percutáneo guiado por TC es una técnica segura y un tratamiento efectivo principalmente en los abscesos de etiología primaria y tuberculosa. La cirugía debe reservarse cuando no se pueda realizar drenaje percutáneo, y en algunos casos de abscesos secundarios. El abordaje quirúrgico para el absceso puede ser realizado por una incisión extraperitoneal cuando el absceso

es primario o a través de una incisión abdominal cuando el absceso es secundario a una infección gastrointestinal o tumoración; ya que el tratamiento quirúrgico de la causa del mismo es de vital importancia.⁶ En nuestro caso, la inmunosupresión crónica del paciente debida a su diabetes mellitus jugó un rol importante en la etiología del absceso. La clínica fue la triada clásica descrita en la literatura, lo cual ayudó a la sospecha del cuadro por lo que solicito una TC con la que se hizo el diagnóstico definitivo. Lamentablemente no contamos con el servicio de radiología intervencionista a tiempo completo por problemas logísticos, por lo que fue necesario el drenaje a través de un abordaje extraperitoneal abierto, el cual creemos es mejor que el transperitoneal ya que evitamos la contaminación de la cavidad abdominal, y además se expone de forma correcta y amplia la zona a drenar ayudándonos también de la ecografía intraoperatoria para asegurarnos de lograr un drenaje completo. El paciente fue catalogado al egreso como un absceso de psoas primario, ya que los exámenes complementarios no arrojaron indicios de secundarismo.

CONCLUSIÓN

La etiología de absceso del psoas puede variar. La presentación clínica es a menudo vaga: el dolor lumbar, hallazgos laboratoriales de sepsis y una buena historia clínica son la base para la sospecha de absceso de psoas. Pacientes inmunocomprometidos, o la presencia de factores de riesgo como la diabetes mellitus y trauma en la zona del psoas, representan a los principales grupos riesgo. El absceso de psoas puede diagnosticarse fácil y tempranamente con TC o cualquier otro estudio de imágenes. Es necesario definir un absceso como primario o secundario tan pronto como sea posible para darle el tratamiento más apropiado antes que la septicemia se vuelva letal. El drenaje guiado percutáneo confiere una baja morbilidad y es el tratamiento principal, junto con los antibióticos apropiados, principalmente en abscesos primarios, aunque tiene una mayor tasa de recurrencia que con la cirugía. Cuando falla, o si hay una contraindicación, el tratamiento quirúrgico debe llevarse a cabo. La incisión más utilizada para el enfoque del absceso es a través de la vía extraperitoneal; los abscesos secundarios a enfermedades intestinales inflamatorias o carcinomas deben ser tratados mediante cirugía con una incisión abdominal media. La posición de la laparoscopia en el tratamiento de los abscesos de psoas no es muy clara en la actualidad, debido a la rareza de la enfermedad y las pocas referencias en la literatura¹⁴. El papel de los antibióticos es importante para el tratamiento final de los abscesos del psoas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Crum-Cianflone NF. Bacterial, fungal, parasitic, and viral myositis. *Clin Microbiol Rev* 2008;21:473-94.
2. Yacoub WN, Sohn HJ, Chan S, Petrosyan M, Vermaire HM, Kelso RL, et al. Psoas abscess rarely requires surgical intervention. *Am J Surg* 2008;196:223-7.
3. Garner JP, Meiring PD, Ravi K, Gupta R. Psoas abscess: not as rare as we think? *Colorectal Dis* 2007;9:269-74.
4. Wells RD, Bebartha VS. Primary iliopsoas abscess caused by community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Am J Emerg Med* 2006;24:897-8.
5. Huang JJ, Ruaan MK, Lan RR, Wang MC. Acute pyogenic iliopsoas abscess in Taiwan: clinical features, diagnosis, treatments and outcome. *J Infect Dis* 2000;40:248-55.
6. 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* 2005;63:13-6.
7. Navarro López V, Lo 'pez Garcí 'a F, Gonza 'lez Escoda E, Gregori Colome ' J, Munoz Pe 'rez A. Psoas abscess in patients infected with the human immunodeficiency virus. *Clin Microbiol Infect Dis* 2004;23:661-3.
8. Lehman N, Craig A. *Saunders manual of clinical laboratory science*. Philadelphia: W.B. Saunders and Co.; 1998.
9. Chern CH, Hu SC, Kao WF, Tsai J, Yen D, Lee CH. Psoas abscess. Making an early diagnosis in the emergency department. *Am J Emerg Med* 1997;15:83-8.
10. Cronin CG, Lohan DG, Meehan CP, Delappe E, McLoughlin R, O'Sullivan GJ, et al. Anatomy, pathology, imaging and intervention of the iliopsoas muscle revisited. *Emerg Radiol* 2008;15:295-310.
11. Cantasdemir M, Kara B, Cebi D, Selcuk ND, Numan F. Computed tomography-guided percutaneous catheter drainage of primary and secondary iliopsoas abscesses. *Clin Radiol* 2003;58:811-5.
12. De Jesus Lopez Filho G, Matone J, Arasaki CH, Kim SB, Mansur N. Psoas abscess: diagnostic and therapeutic considerations in six patients. *Int Surg* 2000;85:339-43.
13. Moran KM, Finkbeiner AA. Iliopsoas abscess following catheterization of the femoral artery: diagnostic and treatment strategies. *Am J Orthop* 1997;26:446-8.
14. Kao PF, Tsui KH, Leu HS, Tsai MF, Tzen KY. Diagnosis and treatment of pyogenic psoas abscess in diabetic patients: usefulness of computed tomography and Gallium-67 scanning. *Urology* 2001;57:246-51.