

# Absceso del músculo psoas iliaco. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Gustavo Esteban Beauregard-Ponce,<sup>(1)</sup> José Lisandro Castaneda-Flores<sup>(2)</sup>

*Gustavoesteban739@hotmail.com*

## RESUMEN

El absceso del músculo psoas es una afección poco frecuente y de difícil diagnóstico, con una presentación clínica generalmente inespecífica y a veces olvidada en la práctica diaria, lo que conlleva a retraso en el diagnóstico.

En nuestra institución ha habido un incremento en el número de casos diagnosticados, lo cual se debe posiblemente a la disponibilidad de técnicas imagenológicas avanzadas como el ultrasonido y la tomografía computarizada; asimismo, se han detectado modificaciones en cuanto a su etiología, variedad de presentación, modalidades diagnósticas y modificaciones en su manejo.

Nosotros presentamos el reporte de un caso con revisión de la literatura.

## SUMMARY

The psoas muscle abscess is a rare and difficult to diagnose condition, with a generally non-specific clinical presentation and sometimes forgotten in daily practice, leading to delayed diagnosis.

In our institution has been an increase in the number of diagnosed cases, which is possibly due to the availability of advanced imaging techniques such as ultrasound and computed tomography; also have detected changes in their etiology, variety of presentation, diagnostic modalities and changes in management.

We present the case report with review of the literature.

## INTRODUCCIÓN

Es una entidad que se presenta con poca frecuencia y se clasifica como primario (sin evidencia de algún foco

infeccioso próximo) o secundario (a partir de un foco supurativo en la vecindad del músculo), siendo los focos infecciosos más frecuentes el óseo, el tracto genitourinario y el tracto gastrointestinal.

La presentación clínica generalmente suele ser inespecífica o con un cuadro caracterizado por fiebre, dolor localizado en la fosa ilíaca, región inguinal o de cadera, impotencia funcional del miembro inferior.

Laboratorio con velocidad de sedimentación elevada y leucocitosis con neutrofilia. En el diagnóstico del absceso del psoas resulta de gran ayuda la utilización de la tomografía computarizada (TC) y/o la resonancia magnética.<sup>6</sup>

El motivo de este trabajo es mostrar un caso cuya presentación clínica no es común, y señalar la importancia del diagnóstico y la terapéutica correcta, para evitar la sepsis o la recidiva.

## HISTORIA

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 ilíaca derecha. El análisis de sus restos y la publicación de estos hallazgos realizados por Ruffer en 1910, se ha convertido en el mejor caso histórico confirmado de tuberculosis espinal complicada con un absceso del psoas.<sup>1,2</sup> Sin embargo, la primera descripción médica de este absceso la realizó Abeille, en 1854, con ocho pacientes que mostraron abscesos piógenos;<sup>1</sup> 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.<sup>2,3,5</sup>

Reginal Fitz en 1886, reportó el primer absceso cuyo origen fue una apendicitis.<sup>4</sup> Rogers, hacia 1911, informó siete casos en los cuales la causa se atribuyó a infección de los ganglios

<sup>(1)</sup> Profesor Investigador Titular A, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco y adscrito en el departamento de cirugía general. Hospital Dr. Juan Graham Casasús, Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, México.

<sup>(2)</sup> Jefe del departamento de cirugía General del hospital Dr. Juan Graham Casasús, Médico residente del segundo año de la especialidad en Cirugía General, México.

retro-peritoneales y Behrman en 1930, presentó cuatro casos cuyo enfoque inicial fue errado al considerar como patología causal la apendicitis aguda, la artritis séptica de cadera y el mal de Pott.<sup>3,5</sup>

## ANATOMIA

El musculo psoas es de forma alargada y fusiforme, con disposición anatómica retroperitoneal; se origina en los bordes laterales de la 12ª costilla y los bordes vertebrales de T12, así como de todos los cuerpos vertebrales lumbares (L1-L5) para terminar insertándose en el trocánter menor del fémur ipsilateral al conformar un tendón común con el músculo iliaco.

Por compartir localización en la pared abdominal posterior al igual que función e inserción tendinosa con el musculo iliaco, comúnmente se hace referencia a estos músculos con el nombre de musculo psoas iliaco, donde este último es adyacente a riñón (Abscesos perinefríticos), con ascendente (Absceso apendicular y descendente, asa duodenal, páncreas y ganglios linfáticos (celulitis y linfangitis de miembros inferiores y de región anal, donde es habitual identificar *E. coli* como agente causal.<sup>7,8 y 9</sup>

En el área retrofascial, la fascia presenta ciertas prolongaciones que delimitan 3 espacios independientes, que pueden ser base de abscesos piógenos o con menor frecuencia de origen tuberculoso (secundarios).

Una vez que se presenta la colección de tipo piógeno esta puede seguir dos cursos: permanecer localizado y progresar hacia la curación o por el contrario aumentar su volumen para extenderse hacia áreas anatómicas débiles y terminar drenando hacia el exterior.

De esta manera los abscesos retrofasciales del psoas tienden a drenar al musculo al cruzar bajo el ligamento inguinal y cerca al trocánter menor, donde terminan sus inserciones. El espacio del musculo iliaco confina sus abscesos a la fosa iliaca y se detiene a nivel del anillo inguinal. El espacio retrofascial del cuadrado lumbar canaliza sus raros abscesos al triangulo dorso lumbar de Petit.<sup>4,7,10</sup>

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

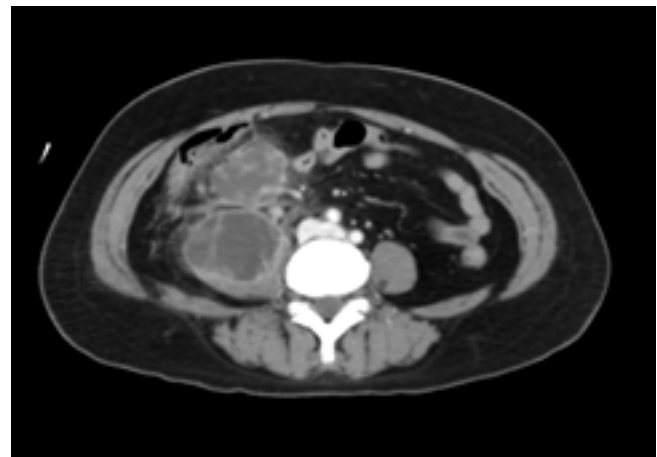
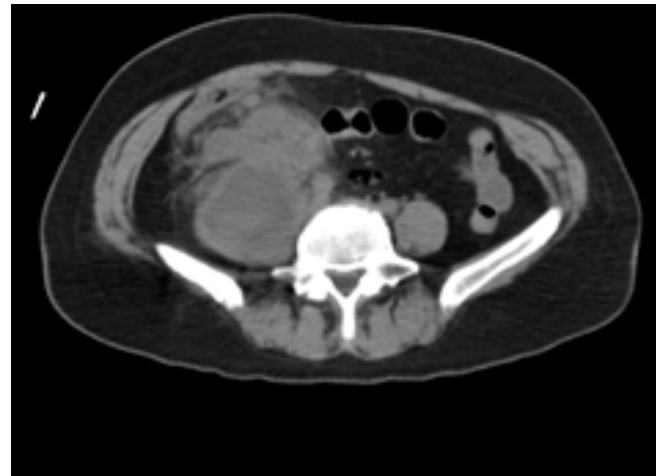
Se trata de una paciente del sexo femenino de 55 años de edad, casada y dedicada a labores del hogar, que tiene como antecedentes de importancia 2 hermanos portadores de diabetes mellitus tipo II.

Inicia el día 7 de enero del 2016 con dolor abdominal, localizado en fosa iliaca derecha de intensidad 3/10 en escala de EVA, de tipo punzante, el cual se exacerba con la deambulación; irradiado a región lumbar ipsilateral, acompañado de náuseas sin llegar al vómito, cefalea generalizada y escalofríos. Acudió con facultativo, quien

inicia tratamiento con analgésicos y antibióticos, sin mejoría de la sintomatología; posteriormente se realiza USG el día 13.01.16 el cual reporta colección con ecos puntiformes del musculo psoas iliaco derecho, de 84x50x45mm, volumen 100ml.

A su ingreso en esta institución el día 15 de enero del 2016 se le realizan estudios de laboratorio los cuales reportan: HB 12, VGM 92.9, Leucocitos 17.2, Segmentados 83.1 y Plaquetas 466. Se realiza Tomografía Computarizada simple y contrastada donde se obtienen las imágenes observadas en la figura 1 y 2.

**Las figuras 1 y 2 muestran aumento de volumen del musculo psoas del lado derecho con una imagen hipodensa.**



En la fase contrastada (figura 3 y 4) existe reforzamiento en anillo con compromiso del uréter del lado derecho e hidronefrosis del mismo lado.

Por lo anterior se pide interconsulta con el servicio de Radiología Intervencionista para drenaje percutáneo, realizándose el día 18.01.16 obteniendo 192ml de material purulento. Se envía muestra para cultivo de secreción

## CASO CLÍNICO

reportándose lo siguiente:

Enterobacter sp. Sensible a Cefazolina, Gentamicina, Ceftriaxona, Imipenem, Levofloxacin y metronidazol. Resistente a Ampicilina y Trimetoprim/Sulfametoxazol.

Por lo cual se maneja con Ceftriaxona 1 gramo IV cada 12 horas por 10 días y Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas por 10 días.

Posteriormente se realizan controles ultrasonográficos (figura 5 y 6).

La evolución clínica del paciente posterior al drenaje percutáneo fue satisfactoria, sin datos de respuesta inflamatoria sistémica; los leucocitos descendieron a valores normales y las manifestaciones clínicas desaparecieron, motivo por el cual es egresada el día 25 de enero del 2016, a los 10 días después de su ingreso.



**Figura 5.** 22 de enero colección residual de 16 ml.



**Figura 6.** 25 de enero colección residual de 12 ml.



## DISCUSIÓN

La clasificación actual del absceso del psoas es la propuesta por Gordin, el cual los subdivide en:

Primarios: en los que no se puede demostrar ningún foco infeccioso.

Secundarios: En los que se puede demostrar evidencia de algún foco infeccioso contiguo o a distancia.<sup>11</sup>

El musculo psoas parece afectarse a partir de una diseminación hematógena favorecida por su rico plexo vascular.

Como en nuestro caso, la mayor parte de los reportes de

casos provienen de países tropicales y en vías de desarrollo en donde alcanza un porcentaje del 95%.<sup>12</sup> Algunas publicaciones presentan al absceso primario como el más frecuente,<sup>13,14</sup> constituyendo del 30 al 60% del total de los abscesos de psoas, el 90 % de los pacientes tiene menos de 30 años y el 75% del total de enfermos son varones.<sup>15,16</sup>

En nuestra paciente no se demostró ningún foco infeccioso que pudiera ocasionar el absceso por lo que consideramos que fue primario como lo demostramos al drenar el material purulento y con la adición de antibióticos la paciente mejoró notablemente siendo dada de alta 10 días después de su ingreso. Su seguimiento hasta el tercer mes de su tratamiento continuó y permaneció favorable y asintomática, así como también la hidronefrosis del lado derecho se resolvió.

## CONCLUSIÓN

El número de casos de abscesos del psoas posiblemente se ha incrementado porque en esta institución se cuenta con los medios para hacer un diagnóstico temprano como son el ultrasonido y la tomografía axial computarizada; y dentro de las posibles causas se ha observado que en esta población pueden ser los factores predisponentes como la desnutrición que lleva a la inmunosupresión así como la diabetes mellitus mal controlado. El tratamiento actual recomendado para este tipo de patología es el drenaje percutáneo dando excelentes resultados evitando así la intervención quirúrgica y disminuyendo la morbi-mortalidad de los pacientes.

## REFERENCIAS

1. Abeille H. Phlegmon retroperitoneal de la fosse iliaque droite: Termination par resolution Gaz de Hop 1854;27:218.
2. Mynter H. Acute psoitis. Buffalo Med Surg J 1881; 21:202.
3. Gerstner J, Galleguillos JC. Absceso piógeno del psoas Trib. Med Col 1973;47: A3-8.
4. Fitz RH. Perforating inflammation of the vermiform appendix; with special reference to its early diagnosis and treatment. Am J Med Sci 1886
5. Juan FM, Víctor HV. 2004-Vol.19 No 3 Rev. Colombiana. Absceso del psoas: revisión de la literatura y estado actual
6. Yanguas BN, Martorell AOC, Bernal PD, Arroyo AF. Dolor lumbar persistente debido a absceso del psoas iliaco. Rev Pediatr Aten Primaria. 2013;15:247.97-99.
7. Taiwo B. Psoas abscess: a primer for the internist. South Med. J 2001; 94:2-5,15.
8. Echeverría H, Ferrada R, Kestenberg A. Absceso piógeno del psoas. En urgencias Quirúrgicas. 2ª edición. 1991; 105-107
9. Gerstner J, Castaño CA. Absceso piógeno del psoas. Act Med. Valle 1977; 8:4
10. Altemeier, WA, Alexander JW. Retroperitoneal abscess. Arch Surg. 1961; 83:512-52
11. Juan FM, Victor HV. Absceso del psoas. Revisión de la literatura y Estado actual.Revista Colombiana Cirugía.Vol 19 No 3. 2004
12. Pila PR, Rivero GC. Absceso primario del musculo psoas. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Cubana Cir. 2001; 40:149-153
13. Ricci MA, Frederick B, Rose MD, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess : world-wide variations in etiology. World J surgery 1986;10:834-843
14. Chiedozi LC. Pyomiositis. A review of 205 cases in 112 patients. Am J surg 1979; 137:225-259.
15. Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O y cols. Psoas abscess, case report and review of the literatura. J. Urol, 147: 1624, 1992.
16. Jose-Antonio CI, Alfredo TG y cols: Absceso del psoas primario: a propósito de 5 nuevos casos. Revisión de la literatura. Arch. Esp. Urol. 56,7 (775-780). 2003.