

## Cirugía y Cirujanos

Volumen **72**  
Volume

Número **5**  
Number

Septiembre-Octubre **2004**  
September-October

*Artículo:*




### Absceso de psoas tuberculoso en paciente con VIH

Derechos reservados, Copyright © 2004:  
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de  
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in  
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



[Medigraphic.com](http://www.Medigraphic.com)

# Absceso de psoas tuberculoso en paciente con VIH

Dr. Juan Antonio Sánchez-Valle,\* Dr. José Luis Martínez-Ordaz,\* Acad. Dr. Roberto Blanco-Benavides\*

## Resumen

El absceso de psoas es poco frecuente y tiene causas multifactoriales. Se clasifica como primario cuando el factor etiológico más frecuente es *Staphylococcus aureus*; y secundario cuando la causa más común es la enfermedad de Crohn. Actualmente se debe considerar el abuso de drogas y la seropositividad a VIH como factores de riesgo para presentar abscesos de psoas. *Mycobacterium tuberculosis* es una causa extremadamente rara de abscesos de psoas, pero se han informado casos en pacientes con VIH. La presentación clínica es insidiosa y predomina el dolor y la fiebre. El diagnóstico se realiza por tomografía computarizada. El tratamiento se lleva a cabo con drenaje percutáneo guiado por imagen, de preferencia por tomografía. Cuando el procedimiento falla es necesaria la intervención quirúrgica, de preferencia por vía extraperitoneal, pero en caso de abscesos secundarios el abordaje es por vía transperitoneal con corrección de la patología de base.

**Palabras clave:** absceso de psoas, tuberculosis, VIH.

## Summary

Psoas abscess is an uncommon disease with varied etiology. The most common pathogen in primary abscess is *Staphylococcus aureus*. Crohn's disease is the most common cause of a secondary abscess. Recently, drug abuse and HIV infection have become important risk factors in identification of a patient with psoas abscess. *Mycobacterium tuberculosis* is considered an extremely rare cause of psoas abscess, but it is reported in HIV patients. Physical presentation is insidious; classical symptoms are pain and fever. Computed tomography (CT) is the most important tool for diagnosis. Preferred treatment is percutaneous drainage guided by CT. Open surgical drainage should be reserved if percutaneous drainage fails, if possible by extraperitoneal approach; in secondary abscess, the transperitoneal approach is preferred to correct the possible disease.

**Key words:** Psoas abscess, Tuberculosis, HIV.

## Introducción

El absceso de psoas es una enfermedad infrecuente en nuestro medio. Antigamente la etiología de estos abscesos estaba relacionada principalmente con la tuberculosis. Con el desarrollo de medicamentos antifímicos y la vacuna contra la tuberculosis esta enfermedad fue disminuyendo significativamente a partir de la segunda mitad del siglo XX. En la actualidad la mayor parte de los abscesos son secundarios a otros agentes etiológicos o asociados a otro tipo de enfermedades, como la enfermedad de Crohn. Sin embargo, con la epidemia del síndrome de in-

munodeficiencia adquirida (SIDA) ha habido un nuevo incremento de la enfermedad. Informamos el caso de un paciente con SIDA que inicialmente manifestó tuberculosis ganglionar y que desarrolló un absceso tuberculoso de psoas que ameritó tratamiento quirúrgico.

## Caso clínico

Hombre de 24 años con síndrome febril de ocho meses de evolución y presencia de adenomegalias cervical e inguinal; antecedente de cardiopatía reumática con colocación de prótesis mitral y aórtica ocho años antes, por lo que requirió múltiples transfusiones. Previo a su ingreso se le realizó biopsia de ganglios cervicales abscedados, con tinción Ziehl-Neelsen positiva; el estudio histopatológico indicó linfadenitis granulomatosa crónica por *Mycobacterium tuberculosis*; además, tenía evidencia de tuberculosis pulmonar. Posteriormente se demostró que era positivo para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Fue tratado con antirretrovirales y medicamentos antifímicos.

Dos meses después, el paciente presentó dolor abdominal localizado en flanco izquierdo y fiebre persistente. La tomografía abdominal demostró hepatoesplenomegalia, conglomerados ganglionares e imagen compatible con absceso de psoas izquierdo y pequeña colección retroperitoneal en el lado de-

\* Servicio de Gastrocirugía, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

### Solicitud de sobretiros:

Dr. Juan Antonio Sánchez-Valle,  
Av. Baja California 64 C,  
Col. Roma Sur,  
06760 México, D.F.  
Tel.: 5627 6900, extensiones 21529 y 21531.  
E-mail: juanisv@hotmail.com

Recibido para publicación: 20-05-2004.

Aceptado para publicación: 18-06-2004.

recho (Figura 1). Por diagnóstico de absceso de psoas fue intervenido quirúrgicamente, obteniendo del psoas 1,000 ml de material purulento. La evolución postoperatoria del paciente fue buena. Al momento de este informe el paciente continuaba con apoyo antifímico y antirretroviral. La tomografía de abdomen mostró resolución completa del absceso.

## Discusión

El absceso de psoas fue descrito por primera vez por Mynter en 1881, quien lo denominó psoitis<sup>(1)</sup>. Es relativamente raro en países occidentales. Puede ser primario por infecciones de focos desconocidos que se diseminan por vía hematógena, o secundario a abscesos retroperitoneales o intraabdominales, asociado con alguna otra causa que facilite su desarrollo, por ejemplo, enfermedad de Crohn.

Las causas de esta entidad han cambiado. A inicios del siglo pasado *Mycobacterium tuberculosis* fue la causa responsable de la mayoría de los casos de abscesos de psoas. Conforme se ha controlado el patógeno de la tuberculosis, los abscesos secundarios se han hecho más comunes<sup>(2)</sup>. Actualmente la causa más frecuente de los abscesos primarios es *Staphylococcus aureus* en 88.4%, seguido por estreptococo y *Escherichia coli*<sup>(1,3)</sup>. La enfermedad de Crohn es la causa más común de abscesos secundarios, otras incluyen la apendicitis, diverticulitis, colitis ulcerativa, osteomielitis, neoplasias, infección de disco vertebral, infecciones renales y traumatismos<sup>(3)</sup>.

Los abscesos de psoas están por detrás de la *fascia transversalis*. Un absceso involucra el espacio del psoas y se puede extender a través del tracto hacia el mediastino posterior y después el anterior<sup>(4,5)</sup>. La infección del psoas se propaga por vía hematógena debido a su rico riego vascular o por extensión directa a estructuras veci-

nas. Es más frecuente en personas jóvenes y muy rara en la población de la tercera edad<sup>(6)</sup>.

Los grupos más predispuestos son los inmunocomprometidos, como los diabéticos, pacientes mayores, que reciben esteroides, con enfermedades malignas, alcohólicos<sup>(1)</sup> o pacientes con VIH<sup>(7)</sup>. Estos últimos presentan sitios infrecuentes de infección.

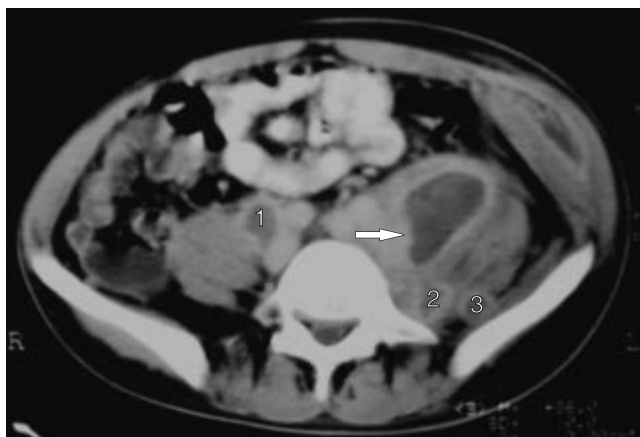
Aunque es histórico, está bien establecido que *Mycobacterium tuberculosis* es actualmente una causa muy rara de absceso de psoas. El reciente surgimiento de la tuberculosis debe darnos otro diagnóstico diferencial de estos abscesos, sobre todo en pacientes con VIH<sup>(7)</sup>. En la década pasada la mayoría de los pacientes en Estados Unidos con abscesos primarios eran adictos a drogas intravenosas (86%) o infectados con VIH (57%)<sup>(8)</sup>. Boyd y Brett describieron en 1999 dos casos de pacientes con VIH y con tratamiento antirretroviral que presentaron absceso de psoas por micobacterias atípicas; demostraron que pese a tratamiento contra VIH, ese tipo de pacientes son susceptibles a dicha entidad<sup>(9)</sup>.

La presentación clínica es generalmente insidiosa. Los síntomas clásicos son la fiebre acompañada de dolor en flanco o abdominal<sup>(1)</sup>. Otros síntomas pueden incluir malestar general, pérdida de peso o la presencia de un tumor. Los hallazgos físicos incluyen posición antiálgica, molestia o sensación de pesadez en flanco a la palpación profunda. Puede haber datos de tuberculosis en otras regiones —como en el caso presentado, en los ganglios cervicales—, sin embargo, no son comunes estos hallazgos. Los datos de laboratorios más frecuentes son elevación de la cuenta de glóbulos blancos, anemia, elevación de la sedimentación globular y cultivos positivos del organismo que causa el absceso<sup>(1)</sup>.

En el paciente ya se había realizado el diagnóstico de tuberculosis ganglionar, por lo que la sospecha fue mayor para el microorganismo causante.

Los estudios de imagen ayudan en el diagnóstico y para determinar la causa del absceso en caso de que sea secundario. Las radiografías simples de abdomen revelan una sombra anormal en el psoas o una masa en tejidos blandos. El ultrasonido puede demostrar masa hipoeoica sugestiva de absceso, pero no es útil para identificar la causa<sup>(10)</sup>. La tomografía computarizada con contraste es el recurso más eficiente y preciso para el diagnóstico<sup>(11)</sup>. La tomografía axial computarizada no sólo diagnostica el absceso, ayuda a determinar la etiología, con propósitos terapéuticos y seguimiento postoperatorio<sup>(1)</sup>.

El manejo tradicional del absceso de psoas no tuberculoso es quirúrgico, con un régimen antibiótico adecuado por cuatro a seis semanas. La punción guiada por imagen con drenaje por aspiración y colocación de catéter es la mejor opción para el drenaje de colecciones intraabdominales<sup>(12)</sup>. Aunque muchos autores informan buenos resultados con la punción guiada por ultrasonido, la técnica



**Figura 1.** Tomografía de abdomen que muestra absceso de psoas izquierdo (flecha).

preferida es la guiada por tomografía. Se ha optado por la tomografía porque muestra la extensión completa de los abscesos, sobre todo en los que se extienden hasta la pelvis; ofrece mejor visión de la patología asociada en estructuras vecinas y la mejor ruta libre de asas intestinales hacia el absceso<sup>(13)</sup>.

El drenaje por punción puede ser técnicamente difícil en algunos pacientes debido a la localización del absceso o a múltiples lóbulos del mismo. La cirugía está reservada para cuando el drenaje percutáneo falla<sup>(14)</sup>. El drenaje quirúrgico preferido es generalmente por vía extraperitoneal, como lo realizamos en este caso<sup>(1)</sup>. Sin embargo, los pacientes con abscesos secundarios requieren corrección de la patología que origina la enfermedad, además de un drenaje adecuado. Algunos autores recomiendan el drenaje transperitoneal con resección de intestino afectado y anastomosis primaria o derivación en el mismo tiempo quirúrgico<sup>(15)</sup>. El pronóstico general del absceso primario es mejor comparado con el absceso secundario<sup>(6)</sup>.

Como conclusión, el absceso de psoas tuberculoso es una patología que afecta principalmente a pacientes inmunocomprometidos, por lo que es probable que con el tiempo se observe más frecuentemente en pacientes con SIDA. El manejo es el drenaje del absceso, de ser posible a través de una punción guiada por tomografía. Cuando esto no sea posible, es necesario realizar drenaje quirúrgico. Posterior al drenaje el paciente amerita tratamiento médico antifímico por un período de 6 a 12 meses aproximadamente.

## Referencias

1. Agrawal S, Dwivedi A, Khan M. Primary psoas abscess. *Dig Dis Sci* 2002;47:2103-2105.
2. Santaella R, Fishman E, Lipsett P. Primary vs secondary iliopsoas abscess: presentation, microbiology, and treatment. *Arch Surg* 1995;130:1309-1313.
3. Ricci M, Rose F, Meyer K. Pyogenic psoas abscess: worldwide variations in etiology. *World J Surg* 1968;64:834-843.
4. Altameier W, Alexander J. Retroperitoneal abscess. *Arch Surg* 1961;83:44-56.
5. Altameier W, Culbertson W, Fullen W, Shook C. Intra-abdominal abscesses. *Am J Surg* 1973;125:70-79.
6. Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O. Psoas abscess. Case report and review of the literature. *J Urol* 1992;117:1624-1626.
7. Harrigan R, Kauffman F, Love M. Tuberculous psoas abscess. *J Emerg Med* 1995;13:493-498.
8. Thongngarm T, McMurray R. Primary psoas abscess. *Ann Rheum Dis* 2001;60:173-174.
9. Boyd A, Brettle R. *Mycobacterium avium* intracellular psoas abscess in patients with AIDS after antiretroviral therapy. *AIDS* 1999;13:2185.
10. Yowler C, Beam T. Psoas abscess. *Milit Med* 1988;123:641-642.
11. Lee J, Glazer H. Psoas muscle disorders: MR imaging. *Radiology* 1986;160:683-687.
12. Huang J, Rusan M, Lan R, et al. Acute pyogenic abscess in Taiwan: clinical features, diagnosis, treatments and outcome. *J Infect* 2000;40:248-255.
13. Cantasdemir M, Kara B, Cebi D, Selcuk N, Numan F. Computed tomography guided percutaneous catheter drainage of primary and secondary iliopsoas abscesses. *Clin Radiol* 2003;58:811-812.
14. Pruett T, Simmons R. Status of percutaneous catheter drainage of abscesses. *Surg Clin North Am* 1988;68:89-105.
15. Leu S, Leonard M, Beart R, Dozois R. Psoas abscess: changing patterns of diagnosis and etiology. *Dis Colon Rectum* 1986;29:694-698.