

# Absceso de psoas como diagnóstico diferencial en la patología abdominal de Urgencias

## RESUMEN

**Antecedentes:** el absceso del psoas es una colección de pus que se localiza en el músculo psoas iliaco. Se produce por continuidad desde estructuras adyacentes o por diseminación hematogena; su etiología es diversa.

**Objetivo:** describir la atención ofrecida a los pacientes con absceso de psoas ingresados en un servicio de cirugía general.

**Material y métodos:** estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes ingresados al servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital General Reina Sofía, Murcia, España, entre enero de 2006 y febrero de 2012 con diagnóstico compatible con absceso de psoas.

**Resultados:** se reunieron 5 casos: 4 varones (80%) y 1 mujer (20%) con una media de edad de 51.6 años (límites: 35 y 75). Todos ingresaron al servicio de Cirugía General desde Urgencias. La clínica fue: dolor lumbar, fiebre y enrojecimiento de partes blandas en 3 pacientes. Dos iniciaron con choque séptico. A todos los pacientes se les realizó tomografía computada abdominal que confirmó el diagnóstico. Las causas del absceso fueron: 1 neoplasia de sigma perforada; 2 osteomielitis de cadera izquierda; 1 enfermedad de Crohn, y 1 absceso primario. El tratamiento fue el drenaje quirúrgico en 3 casos, y colocación de *pig tail* bajo control radiológico en 2 pacientes. Dos necesitaron atención en la unidad de cuidados intensivos, donde fallecieron.

**Conclusión:** el retraso en el tratamiento suele desembocar en choque séptico con resultado de muerte en todos los casos. Es importante tener en mente esta posibilidad diagnóstica para poder establecer el diagnóstico diferencial en urgencias y tratarla lo más temprano posible.

**Palabras clave:** psoas, absceso, urgencias, abdominal.

## Psoas abscess as a differential diagnosis in Emergency Department

## ABSTRACT

**Background:** A psoas (or iliopsoas) abscess is a rare clinical entity with a wide etiological range. It is defined as a collection of pus that begins and extends through the iliopsoas muscle and can reach up to the inguinal region.

**Methods:** We performed a retrospective descriptive study by reviewing medical records from the General Surgery department of Reina Sofía's General University Hospital. Information was collected from patients

María Vicente-Ruiz  
María de la Fe Candel-Arenas  
Miguel Ruiz-Marín  
Emilio Peña-Ros  
Ángela Sánchez-Cifuentes  
Antonio Albaracín-Marín-Blázquez

Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Reina Sofía, Murcia, España.

Recibido: 13 de septiembre 2013

Aceptado: 3 de diciembre 2013

## Correspondencia

Dra. María Vicente Ruiz  
Hospital General Universitario Reina Sofía.  
Av. Intendente Jorge Palacios  
30003 Murcia, Región de Murcia, España.  
Tel.: 968 359000 / Fax 968 359079  
maria.vi.ru@gmail.com

diagnosed with psoas abscess who were admitted to the General Surgery department from 2006 to 2011.

**Results:** Five cases were reported for 6 years: four males (80%) and one female (20%). Average age was 51.6 years (range: 35–75). All were admitted to the hospital through the Emergency Department. Lumbar pain, fever and rash were clinical features in three patients. Two patients initiated with septic shock. Each patient had computed tomography performed, which confirmed the diagnosis. Causes of the abscess were as follows: one perforated colon neoplasm, two left hip osteomyelitis, one Crohn's disease and one primary abscess. Surgery was the treatment in three cases and placement of pigtail drainage was the treatment in two patients. Two patients were admitted to the Intensive Care Unit and ultimately died.

**Conclusion:** In our case series report, it is seen that treatment delay developed to septic shock and death. We should consider this entity in emergency practice in order to carry out timely treatment.

**Key words:** Psoas, emergency, abscess, abdominal.

## ANTECEDENTES

El absceso del psoas es un padecimiento excepcional de etiología muy diversa. Se trata de una colección de pus que se inicia y extiende a través del músculo iliopsoas y puede llegar, incluso, a la región inguinal. Se origina por continuidad desde estructuras adyacentes (frecuentemente riñón, columna e intestino) o por diseminación hematogena cuando la causa es primaria.<sup>1</sup> Es más frecuente en varones en la edad media de la vida. Su incidencia es baja; sin embargo, como consecuencia del uso de la tomografía computada la frecuencia del diagnóstico se ha incrementado; antes el diagnóstico sólo era postmortem.<sup>2</sup>

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo efectuado mediante la revisión de historias clínicas. Se recopilaron informes clínicos de pacientes con diagnóstico al alta de absceso de psoas atendidos en el Hospital General Reina Sofía de

Murcia entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de septiembre de 2011. La selección se hizo en la base de datos del servicio de Documentación; se consideraron los pacientes que recibieron el código de absceso de psoas (tuberculoso y no tuberculoso) (A18.8 y M60.0) según la International Classification of Diseases (ICD-10). A partir de esas historias clínicas se reunieron los datos demográficos, de presentación clínica, métodos diagnósticos y tratamiento indicado. Se describieron y analizaron los hallazgos más relevantes. El protocolo de estudio contó con la aprobación de la Comisión de Investigación del hospital donde se realizó el estudio.

## RESULTADOS

En un periodo de seis años se encontraron cinco casos: 4 varones (80%) y 1 mujer (20%) con edad media de 51.6 años (límites: 35 y 75). Todos los pacientes ingresaron por el servicio de Urgencias. En dos pacientes, la clínica de inicio fue: dolor lumbar, fiebre y enrojecimiento de partes

blandas, otro paciente comenzó con fiebre y dolor abdominal, y dos enfermos comenzaron con un cuadro de choque séptico. A todos los pacientes se les realizó una tomografía computada abdominal que confirmó el diagnóstico. En 4 casos la causa del absceso fue de tipo secundario: 1 neoplasia de sigma perforada, 2 osteomielitis de cadera izquierda tras colocación de prótesis y 1 enfermedad de Crohn. El último caso fue de absceso primario sin determinación de su causa. Los microorganismos encontrados en las muestras para cultivo de los diferentes casos fueron diversos: dos muestras fueron positivas para *Staphylococcus aureus*, una para *Alcaligenes* especies junto a *P. aeruginosa*, en otro aparecieron *E. coli* junto a *E. cloacae* y *B. fragilis* y un cultivo fue negativo por ausencia de crecimiento de organismos. La estancia media hospitalaria de los pacientes fue de 26.28 días (con mediana de 12 días). El tiempo medio transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la aplicación del tratamiento fue de 4.2 días (Cuadro 1).

En tres casos se realizó drenaje quirúrgico, el abordaje fue mediante laparotomía media, incisión inguinal y un abordaje lumbar. En 2 de los casos se colocó un drenaje *pig-tail* bajo control radiológico (uno de los pacientes sufrió dos recidivas a pesar de haberse utilizado el tratamiento adecuado con drenaje radiológico y el otro precisó de cirugía como tratamiento definitivo). Dos pacientes (40%) se internaron en la unidad de cuidados intensivos; ambos fallecieron (40%) a los 21 y 10 días, respectivamente, del inicio del cuadro.

## DISCUSIÓN

El absceso de psoas es un padecimiento excepcional que se manifiesta con un amplio espectro de signos y síntomas, casi siempre es de tipo inespecífico, lo que hace que se retrase el diagnóstico.<sup>3</sup> Lo común era que la causa fuera tuberculosa; sin embargo, hoy día es de un tipo de miositis infecciosa de otra causa (bacterias,

**Cuadro 1.** Características de los pacientes con diagnóstico de absceso de psoas

Paciente	Sexo	Edad	Método diagnóstico	Microorganismo	Etiología	Manifestaciones clínicas	Tipo de drenaje	Estancia (días)	Días demora tratamiento	Muerte
Caso 1	M*	75	TC***	Alcaligenes especies, <i>P. aeruginosa</i>	Neoplasia sigma perforada	Choque séptico	Quirúrgico	21	4	Si
Caso 2	V**	51	TC***	<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Osteomielitis de cadera</i>	Dolor abdominal con vómitos y febrícula	Radiológico	62	3	No
Caso 3	V**	38	TC***	<i>E. cloacae</i> , <i>B. fragilis</i> , <i>E. coli</i>	<i>E. Crohn</i>	Dolor abdominal, febrícula y cojera	Radio-quirúrgico	1º ingreso: 12 2º ingreso: 10 3º ingreso: 62	1º: 4 2º: 3 3º: 2	No
Caso 4	V**	48	TC***	<i>S. aureus</i>	<i>Osteomielitis de cadera</i>	Shock séptico	Quirúrgico	10	4	Si
Caso 5	V**	46	TC***	Negativo	Primario	Dolor lumbar, febrícula y tumoración	Quirúrgico	7	2	No

\*M: mujer, V\*\*: varón, TC\*\*\*: tomografía computada.

hongos, parásitos y virus), debido al descenso de la tuberculosis en el mundo occidental.<sup>4</sup> Al año se registran pocos casos, la mayor parte de tipo primario o secundarios a infecciones urinarias, gastrointestinales, óseas, sobre todo las que afectan a la columna o después de una cirugía abdominal.<sup>4</sup>

Los abscesos de psoas primarios suelen aparecer en pacientes jóvenes, unilaterales. Son más frecuentes en países en vías de desarrollo de África o Asia, donde el aumento de seropositivos para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se ha incrementado mucho en los últimos años, lo que hace que estos pacientes queden expuestos a todo tipo de infecciones oportunistas.<sup>5</sup> Los abscesos de tipo secundario se originan en enfermedades gastrointestinales, como: apendicitis, enfermedad de Crohn, diverticulitis y neoplasia de colon perforada. En algunos países de Asia la etiología secundaria a la patología renal está aumentando su incidencia.<sup>1</sup> Otras causas menos frecuentes son la leucemia, pancreatitis, artritis séptica o púrpura de Henoch-Schölein. La infección de prótesis de cadera no ha sido una causa frecuente de absceso de psoas; sin embargo, recientes estudios defienden que es una causa habitual aunque poco diagnosticada, entre las complicaciones de la implantación de una prótesis de cadera.<sup>6</sup>

En nuestra serie la etiología predominante fue la secundaria. La osteomielitis de cadera postimplantación de prótesis sobreviene en 40% de los casos, el resto se origina por causas de patología intestinal clásica, como la enfermedad de Crohn. Éste es el absceso recurrente y más complicado de tratar; y la neoplasia de sigma perforada. En un paciente no pudo determinarse la causa del absceso primario.

Ante un paciente con prótesis de cadera y algún signo o síntoma de sospecha debe realizarse el diagnóstico diferencial con absceso de psoas.

La típica tríada clínica de fiebre, dolor en flanco y movimiento reducido de la cadera sólo se manifiesta en un bajo porcentaje de pacientes. Los síntomas como el dolor abdominal, fiebre, calor local, y pérdida de peso se asocian con relativa frecuencia. En nuestro estudio, la mayoría de los casos se iniciaron con febrícula y dolor, lumbar o abdominal, signos inespecíficos que produjeron la demora en el diagnóstico, con una media de 2.8 días.

En la actualidad, *Staphylococcus aureus* es el agente que con más frecuencia causa el absceso de psoas.<sup>1</sup> No obstante, el aumento de la infección por virus de la inmunodeficiencia adquirida y el uso de drogas por vía parenteral están dando un número elevado de agentes nuevos multirresistentes, que hay que tener en cuenta a la hora de pautar el tratamiento antibiótico. En nuestra serie *S. aureus* fue el causante de dos casos con la misma etiología secundaria: osteomielitis de cadera. El resto de agentes fueron variados, aunque todos resultaron de tipo bacteriano.

En cuanto al diagnóstico, la tomografía computada se reconoce como el mejor método de imagen para el diagnóstico de absceso de psoas.<sup>7</sup> No obstante, no es suficientemente específico para diferenciar el absceso de psoas de una neoplasia o un hematoma de la zona. La ecografía tiene una sensibilidad baja (53%). La resonancia magnética es útil cuando la patología es tumoral o existe una infección adyacente a los cuerpos o canales vertebrales.

A todos nuestros pacientes se les realizó una tomografía computada abdominal (Figura 1) que fue diagnóstica. El tratamiento del absceso de psoas consiste en: drenaje, medidas de soporte e inicio temprano de antibióticos. En varios estudios se discute el tipo de drenaje y se concluye que el radiológico es el método de elección, siempre que las condiciones del paciente lo permitan. Es un método rápido, fácil y poco peligroso cuando los realiza un radiólogo inter-

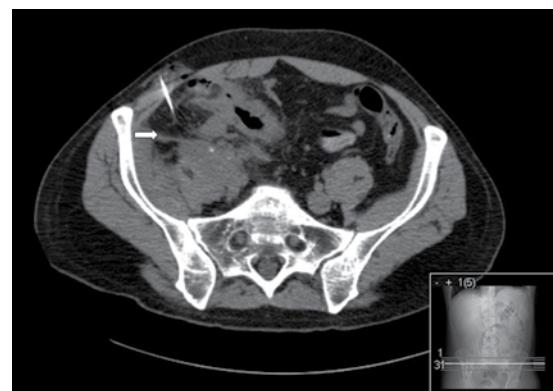


**Figura 1.** Absceso de psoas derecho (flechas blancas).

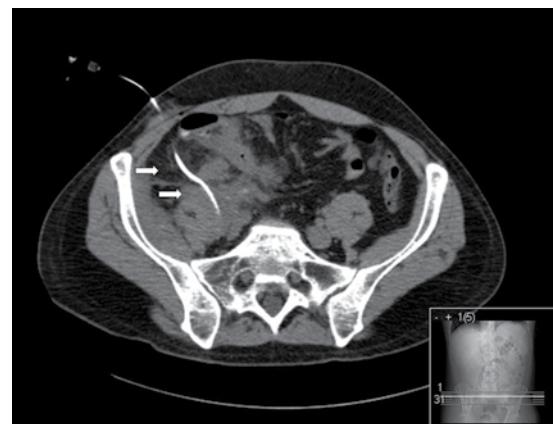
vencionista con experiencia.<sup>8</sup> La cirugía debe reservarse para los casos en los que el drenaje radiológico haya sido ineficaz. Esta técnica está contraindicada en abscesos muy voluminosos, y cuando la localización no lo permita. En algunos casos de etiología secundaria, como tumores perforados, la cirugía es el tratamiento más efectivo.<sup>7</sup> El tratamiento con antibióticos en un principio debe ser empírico contra bacilos gramnegativos, anaerobios y *Staphylococcus aureus*.<sup>7-9</sup>

El tratamiento indicado en la mayoría de nuestros casos fue la cirugía urgente. Se decidió intervenir a tres de los pacientes, dos de ellos con abdomen agudo y choque séptico, y el otro tuvo una fácil accesibilidad del absceso por vía lumbar. El resto se trató con drenaje radiológico (Figuras 2 y 3).

El tiempo de inicio del tratamiento desde el comienzo de los síntomas juega un papel decisivo en esta patología porque la rapidez en el diagnóstico y en la administración del antibiótico mejora el pronóstico.<sup>9,10</sup> En nuestra serie el tiempo de inicio del tratamiento tuvo una media de 4.2 días. En los casos en los que el tratamiento se demoró más de 5 días, los pacientes fallecieron por complicaciones derivadas de choque séptico.



**Figura 2.** Absceso de psoas derecho: colocación de *pig tail* (flechas blancas).



**Figura 3.** Colocación de *pig tail* para drenaje de absceso de psoas derecho.

## CONCLUSIÓN

El absceso del psoas tiene una incidencia baja; sin embargo, su frecuencia ha aumentado con la normalización de la tomografía computada abdominal en los servicios de Urgencias. El absceso de psoas puede derivar en una importante morbilidad y mortalidad. En los casos no tratados adecuadamente la mortalidad puede llegar incluso a 100%. En nuestra serie se ha visto que el retraso en el tratamiento ha desembocado en choque séptico con resultado de muerte en

ambos casos. Los riesgos de aumento de mortalidad incluyen el retraso en el diagnóstico, edad avanzada, bacteriemia e infección por *E. coli*. A lo largo del tiempo la etiología ha ido variando; por ello es importante conocerla y tenerla en mente en nuestra práctica clínica diaria para poder establecer el diagnóstico diferencial y, así, poder tratarla lo más pronto posible.

## REFERENCIAS

- Diagnostic, aetiological and therapeutic approach in five patients with a literature review. *Scandin J Gastro* 2009;44:594-599.
1. Huang JJ, Ruaan MK, Lan RR, Wang MC. Acute Pyogenic Iliopsoas Abscess in Taiwan: Clinical Features, Diagnosis, Treatments and Outcome. *J Infect* 2000;40:248-255.
  2. Ricci MA, Rose FB, Meyer KK, Butcher H. Pyogenic Psoas Abscess: Worldwide Variations in Etiology. *World J Surg* 1986;10:834-843.
  3. Mückley T, Schütz T, Kirschner M, Potulski M, Hofmann G, Bühren V. Psoas abscess: the spine as a primary source of infection. *Spine (Phila Pa 1976)* 2003;28:E106.
  4. Charalampopoulos A, Macheras A, Charalabopoulos A, Fotiadis C, Charalabopoulos K. Iliopsoas abscesses: 5. Navarro López V, López García F, González Escoda E, Greigori Colomé J, Muñoz Pérez A. Psoas Abscess in Patients Infected with the Human Immunodeficiency Virus. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2004;23:661-663.
  6. Santaella RO, Fishman EK, Lipsett PA. Primary vs Secondary Iliopsoas Abscess. Presentation, Microbiology, and Treatment. *Arch Surg* 1995;130:1309-1313.
  7. Audia S, Martha B, Grapping M, Duong M, Buisson M, Couaillier JF, et al. Les Abcès Pyogènes Secondaires du Psoas: à Propos de six cas et Revue de la Littérature. *Rev Med* 2006;27:828-835.
  8. Navarro López V, Ramos JM, Meseguer V, Pérez Arellano JL, Serrano R, García Ordóñez MA, et al. Microbiology and Outcome of Iliopsoas Abscess in 124 patients. *Medicine (Baltimore)* 2009;88:120.
  9. Wells Rd, Bebarta VS. Primary Iliopsoas Abscess Caused by Community-Acquired Methicillin-Resistant *Staphylococcus Aureus*. *Am J Emerg Med* 2006;24:897-898.
  10. Ogihara M, Masaka T, Watanabe T, Hatano K, Matsuda K, Yahagi N, et al. Psoas Abscess Complicating Crohn's Disease: Report of a case. *Surg Today* 2000;30:759-763.