

CASO CLÍNICO

El absceso frío tuberculoso. ¿Entidad olvidada? Consideraciones a propósito de un caso de autopsia

Dr. Jorge Bustamante-Sarabia,* Dr. Jesús Carlos Núñez-Camacho,** Dr. Sócrates Juárez-Rabadán,** Dr. Aureo Ángel Castro-Campos,*** Dr. Rodolfo Zúñiga-Andrade,**** T.L.B. Isabel Arellano Chepetla**

* Departamento de Anatomía Patológica de la Unidad Académica de Medicina de la Universidad Autónoma de Guerrero y Departamento de Patología del Hospital General del ISSSTE, Acapulco, Guerrero. **Cirujano del Departamento de Gastroenterología del Hospital General de Acapulco, Secretaría de Salud, Acapulco, Guerrero. ***Departamento de Anatomía Patológica del Hospital General de Acapulco, Secretaría de Salud, Acapulco, Guerrero. ****Médico Internista del Hospital Vicente Guerrero, IMSS, Acapulco, Guerrero.

Correspondencia: Dr. Jorge Bustamante Sarabia. Departamento de Patología del Hospital General del ISSSTE. Av. Ruiz Cortines No. 124, Alta Progreso, Acapulco Guerrero. México.

Recibido para publicación: 9 de marzo de 2005.

Aceptado para publicación: 31 de enero de 2007.

RESUMEN. Comunicamos un caso poco frecuente de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar en ausencia de infección por VIH, con la presentación de un absceso frío tuberculoso en el miembro pélvico izquierdo, que simulaba una hernia crural estrangulada, en un varón de 28 años de edad quien falleció por sepsis secundaria a una perforación intestinal por anaerobios y *E. histolytica*. **Material y métodos:** los cortes del estudio necrópsico fueron estudiados con hematoxilina y eosina, la tinción de Gram y el método de Ziehl-Neelsen. **Resultados:** el estudio necrópsico demostró tuberculosis pulmonar cavitada bilateral, mal de Pott de la columna torácica y absceso frío tuberculoso del músculo psoas y el tercio medio de la región inguinocrural izquierda. Se identificaron los microorganismos anaerobios de las perforaciones en el colon descendente que fueron *Staphylococcus albus*, coag. (+) *Klebsiella sp.* y *E. coli*. **Conclusiones:** comentamos los aspectos clínico-patológicos del mal de Pott y la patogenia del absceso frío tuberculoso.

Palabras clave: tuberculosis pulmonar, mal de Pott, absceso frío tuberculoso, perforación intestinal, hernia inguinal estrangulada.

SUMMARY. We present the clinical case of a 28-year old male with pulmonary and extrapulmonary tuberculosis in absence of HIV infection; who also presented a left iliac psoas abscess of torpid evolution simulating an strangulated hernia and died of a sepsis due to colonic perforations by anaerobics and *E. histolytica*. **Material and methods:** Histological sections of the autopsy were studied with hematoxylin-eosin, Gram and Ziehl-Neelsen stains. **Results:** Autopsy study showed bilateral cavitated tuberculosis, Pott disease of thoracic spine and a cold tuberculous abscess on both psoas muscle and the lower third of the left thigh. Descending colonic perforation were identified, the responsible microorganism were *Staphylococcus albus*, *Klebsiella sp.* and *E. coli*.

Key words: Psoas tubeculous abscess, Pott's disease, strangulated inguinal hernia.

INTRODUCCIÓN

Hasta hace medio siglo, la etiología más común del absceso frío del músculo psoas era la tuberculosis de la columna vertebral. Esta entidad se desvaneció con los avances médicos de los antifímicos. Sin embargo, un artículo del New York Times, de enero de 1986, comunicó “un aumento sustancial en la tuberculosis en los Estados

Unidos desde 1986 “atribuido parcialmente a la aparición del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). La tuberculosis vertebral (espondilitis tuberculosa o mal de Pott) se considera como una enfermedad severa con un alto índice de mortalidad. Dicha perspectiva sombría cambió cuando Severino, Pott y Koch, aportaron el conocimiento de la naturaleza infecciosa de la enfermedad. A partir de 1950 la terapia antifímica mo-

derna cambió el curso de la enfermedad.¹ A pesar de estos avances, la migración hacia los países más desarrollados por personas con espondilitis tuberculosa y debido a que esa entidad es un gran simulador en el diagnóstico diferencial, creemos relevante establecer una correlación anatomoclínica a propósito de nuestro caso con mal de Pott y un absceso frío que llegó prácticamente hasta el tercio distal del muslo izquierdo en ausencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, y enfatizar también que la entidad no debe quedar en el olvido.

COMUNICACIÓN DEL CASO

Hombre de 28 años de edad, internado en el Hospital General el día 13 de diciembre de 1982 con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar desde 1979, con tratamiento antifímico únicamente por tres meses. Su padecimiento final lo inició cuatro meses antes de su ingreso, saltó una barda de tres metros de alto que produjo aparentemente una lesión en la columna lumbar que imposibilitó su deambulación. Posteriormente el paciente notó una protuberancia en la región inguinocrural del muslo izquierdo, de consistencia blanda, no dolorosa, sin cambios de coloración ni temperatura. Al darse masaje notaba que parecía escurrir un líquido en su interior. Un mes antes de su ingreso reinició la deambulación y apareció un dolor en la región glútea izquierda. Doce horas antes de su ingreso despertó con un dolor intenso en el muslo izquierdo y región glútea de mismo lado combinándose con fiebre, lo que motivó su ingreso al hospital. La exploración física inicial mostró un paciente séptico con facies dolorosa, deshidratado. Los pulmones con estertores crepitantes bilaterales de predominio izquierdo. El abdomen estaba distendido, los ruidos peristálticos ausentes con percusión timpánica y sin visceromegalias. El muslo izquierdo era muy doloroso a la movilización, y su percusión reveló timpanismo. El aumento de volumen del miembro pélvico izquierdo se extendía hasta la región glútea (*Figura 1*). La auscultación mostró silencio. Los análisis de laboratorio mostraron leucocitosis de 28,000. Su química sanguínea fue normal. La telerradiografía de tórax estableció el diagnóstico de tuberculosis pulmonar cavitada bilateral y bronconeumonía. La placa simple de abdomen, mal de Pott de la columna lumbar (*Figura 2*). El estudio radiográfico del muslo izquierdo, numerosos niveles hidroaéreos que se extendían hasta el tercio inferior y un pequeño secuestro óseo (*Figura 3*).

El diagnóstico inicial fue de sepsis intraabdominal secundaria a hernia inguinal complicada con estrangul-



Figura 1. Mal de Pott en L3, que se inicia por debajo de la cresta iliaca y región glútea izquierda, y engrosamiento e ingurgitación de las venas del muslo.



Figura 2. En la placa simple de abdomen se aprecia mal de Pott en L3, niveles hidroaéreos y edema interasas.

lación y/o perforación. Fue intervenido quirúrgicamente encontrando abundante material purulento; se efectuó lavado de cavidad, dejando canalizaciones y cierre de pared. Al terminar el acto quirúrgico, aun estando anestesiado el paciente, se puncionó la cara interna de muslo izquierdo con salida a presión de pus y gas extremadamente fétido.

Falleció en el postoperatorio inmediato. El cultivo del líquido aspirado del absceso y de la cavidad abdominal



Figura 3. Absceso frío con múltiples niveles hidroaéreos en muslo izquierdo y un pequeño sequestro óseo.

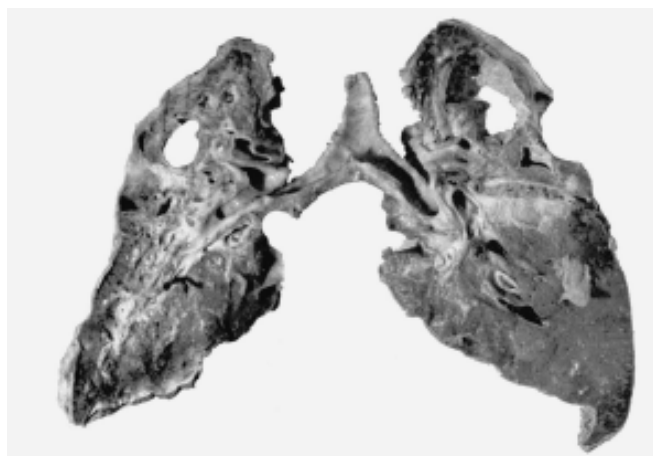


Figura 4. La foto macroscópica de ambos pulmones muestra tuberculosis pulmonar de reinfección con cavitaciones múltiples bilaterales, focos acino-nodosos peribronquiales derechos, y bronconeumonía bilateral.

comunicado tres días después, reveló *Staphylococcus albus* coagulasa (+), *Klebsiella* sp. y *Escherichia coli*. Los principales hallazgos de autopsia fueron: tuberculosis pulmonar acino-nodosa y cavitada bilateral (Figura 4), y destrucción de vértebras a nivel de L3 con xifoescoliosis. Al abrir la cavidad abdominal se identificaron tres perforaciones en la parte posterior retroperitoneal de hemicolon izquierdo con salida de materia fecal. Un absceso en la región inguinal izquierda, lleno de material necrótico verde-amarillento, se extendía hasta el tercio inferior del muslo izquierdo. En los cortes histológicos de la pared del absceso frío se observó una delgada pa-

red de tejido conjuntivo laxo, necrosis con abundantes colonias bacterianas y granulomas constituidos por células epitelioides y gigantes de tipo Langhans y un centro de necrosis caseosa. Los cortes de intestino grueso mostraron necrosis coagulativa y trofozoítos de *E. histolitica*.

DISCUSIÓN

Hacia el final del siglo XVIII, en 1779 y en 1783, Percival Pott, en dos memorias sucesivas, describió las relaciones de ciertas paraplejías, las caries de las vértebras, la gibosidad que es su resultado y los abscesos fríos con que se acompañaban frecuentemente. Se definió la tríada sintomática:

1. La inflexión raquídea y la protuberancia que es su manifestación.
2. El absceso osifluente.
3. La parálisis.

Para consagrar su síntesis clásica, se le denominó mal de Pott a la tuberculosis vertebral. A esta forma preponderante de tuberculosis de la columna vertebral anterior se añadió el mal vertebral posterior, tuberculosis que ocupa el arco vertebral, láminas y apófisis. Otra forma que involucraba la parte superior del raquis fue denomi-

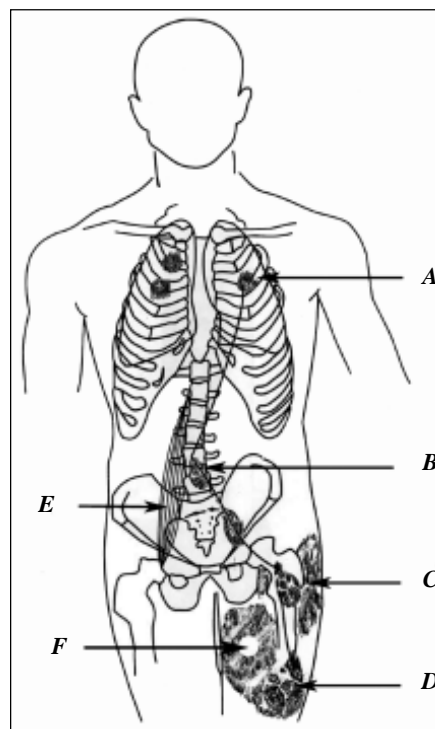


Figura 5. El esquema muestra el origen de los abscesos osifluentes desde su inicio como tuberculosis pulmonar. A) Tuberculosis pulmonar cavitada bilateral. B) Colapso vertebral entre L3 y L4 con angulación de la columna vertebral. C) Músculo psoas con su vaina por la cual desciende el absceso hasta la región inguinal. D) Diversos niveles hidroaéreos hasta el tercio inferior del muslo. E) Músculo psoas derecho. F) Calcificación que corresponde al sequestro óseo.

nada mal suboccipital. Esta obra clínica de Percival Pott se completó durante el siglo XIX por Delpech, Nichet, Nelaton y Rokitsansky, quienes establecieron sus dos formas principales: el tipo enquistado y el tipo infiltrado. Lannelong, que estudió con claridad el desarrollo y progresión de la combinación de osteomielitis y artritis, observó que la infección se desarrolla lentamente, a partir de la sinovia articular, destruye el disco intervertebral y el hueso esponjoso rico en vasos y elementos formes de la sangre. Con la destrucción de discos y cuerpos vertebrales se presenta el colapso, teniendo la giba como resultado.

Las colecciones prevertebrales procedentes de la región cervical descienden a menudo por detrás de la faringe, del esófago y pueden fluir hasta el mediastino posterior. Las que nacen a los lados de la cervical se desarrollan hacia el cuello y hacia el hueco supraclavicular.²

Los abscesos de Pott dorsal son poco emigrantes formando rara vez grandes abscesos, originan colecciones sésiles, adheridas por delante de la columna y forman prominencias en el mediastino o en la pleura, y rara vez por el espacio intercostal, creando abscesos peritorácicos.³ Sin embargo, penetran con frecuencia en el conducto raquídeo produciendo paraplejía dorsal de Pott.

Los abscesos procedentes de la columna lumbar recorren trayectos más largos; siguen la vaina del psoas que, gracias a sus inserciones vertebrales, los recoge a manera de embudo, deslizándose entre el psoas y el retroperitoneo; se prolonga hacia la fosa ilíaca, a la cual rellenan con su dilatación formando una voluminosa colección lumbar, pasan por debajo del arco de Falopio y se coleccionan en el triángulo de Scarpa o a nivel del trocánter menor en la inserción baja del psoas; ocasionalmente su trayecto se vuelve recurrente y sigue hacia la nalga, fluyendo por detrás de la cadera. Estos abscesos fríos de la columna lumbar pueden localizarse en el retroperitoneo y pueden simular un pseudoquistes pancreático,⁴ o bien manifestarse como un absceso frío retroperitoneal secundario a tuberculosis de la unión sacroilíaca y hueso púbico.⁵ El cuadro clínico es insidioso, manifestado por signos generales como astenia, adinamia, febrícula vespertina, dolor en la articulación comprometida y claudicación, generalmente con varios meses de evolución. La *figura 5* ilustra la secuencia de los abscesos en este paciente. En esta etapa en ocasiones el diagnóstico es muy difícil, pues varias patologías de la cadera y en las mismas edades se inician en forma semejante, tales como el Legg-Calvé-Perthes, la artritis reumatoide monoarticular y la sinovitis

transitoria que son las más comunes; así como la enfermedad de Crohn.⁶ Silverman y col. han comunicado los hallazgos citológicos con la aspiración con aguja fina en casos de tuberculosis de la columna vertebral, identificando granulomas característicos de la tuberculosis,⁷ Frable enfatiza la importancia del cultivo del aspirado para descartar criptococosis y actinomicosis.⁸ El diagnóstico de miositis tuberculosa es relativamente sencillo cuando es secundario a lesiones óseas previamente diagnosticadas. El diagnóstico definitivo casi siempre se obtiene mediante estudios histopatológicos y de bacteriología. En la radiografía simple se observa calcificación, la TC muestra lesiones con aspecto de tumor bien delimitadas, tanto isodensas como hipodensas en comparación con la imagen del músculo normal y en la RM se puede observar una masa característica que puede tener una densidad mayor o menor que la del músculo.

El absceso de gran tamaño del músculo psoas, dirigido hacia el ligamento inguinal, debe diferenciarse de una hernia inguinal o de una linfadenopatía a dicho nivel. En la radiografía simple, la presencia de calcificaciones dentro o fuera del músculo psoas en relación con espondilitis de la columna vertebral toracolumbar es patognomónica del absceso tuberculoso.

En el pasado y actualmente en países subdesarrollados, el diagnóstico se hace mediante criterios clínicos y radiológicos. La quimioterapia se inicia con estos datos y la mejoría del paciente representa el indicador confirmatorio del diagnóstico. La biopsia quirúrgica abierta se realiza en regiones donde hay acceso a la tecnología quirúrgica de alto nivel y en ocasiones como auxiliar en el tratamiento quirúrgico.⁹

En el siglo pasado, *Mycobacterium tuberculosis* fue la causa responsable de la mayoría de los casos de los abscesos primarios del psoas. Conforme se ha controlado el microorganismo, los abscesos secundarios se han hecho más frecuentes. El absceso del psoas fue descrito por primera vez por Mynter, en 1881, quien lo denominó psoitis.¹⁰ Es relativamente raro en países occidentales, puede ser primario por infecciones de focos desconocidos, o secundarios a abscesos retroperitoneales o intraabdominales, asociado con alguna otra causa que lo facilite como lo es la enfermedad de Crohn.

La enfermedad de Crohn como factor etiológico en el absceso del psoas fue establecido por Van Patter y cols. de la Clínica Mayo, en 1954. La asociación de la enfermedad inflamatoria del colon y absceso del psoas fue hecha por Kyle, en Escocia, como una causa común. Leu y cols., también de la Clínica Mayo, describieron los patrones cambiantes en el diagnóstico de su etiología

concluyendo que el absceso del psoas era frecuentemente una complicación más de la enfermedad de Crohn.⁶ El caso que comunicamos ejemplifica y considera la importancia de la tuberculosis o bien de otras espondilitis granulomatosas en los diagnósticos diferenciales de masas osifluentes de diverso origen; y enfatiza que el conocimiento del absceso frío no debe permanecer en el olvido.

REFERENCIAS

1. Forgue E. Tuberculosis ósea. En: Manual de patología externa. Vol. 1. Madrid: Espasa Calpe; 1950, p. 806-14.
2. Kooli H, Marreckchi M, Tiss M, et al. Cold parapharyngeal abscess in spondylodiscitis. *Presse Med* 2001; 30: 19-21.
3. Faure E, Souilamas R, Riquet M, et al. Cold abscess of chest wall: a surgical entity? *Ann Thorac Surg* 1998; 66: 1174-8.
4. Karia K, Mathur SK. Tuberculous cold abscess simulating pancreatic pseudocyst. *J Postgrad Med* 2000; 46: 33-4.
5. Ramakrishnaiah VP, Jain V, Choon AT, Rao BH. Retroperitoneal cold abscess with tuberculosis of sacro-iliac joint and pubic bone: a case report of unusual presentation of osteo-articular tuberculosis. *J Indian Med Assoc* 2000; 98: 128-9.
6. Procaccino J, Lavery I, Fazio V, Oakey J. Psoas abscess: difficulties encountered. *Dis Colon Rectum* 1990; 34: 784-9.
7. Silverman JF, Larkin FW, Carney M, et al. Fine needle aspiration cytology of tuberculosis of the lumbar vertebrae (Pott's disease). *Acta Cytol* 1982; 30: 538.
8. Frable WJ. Thin needle aspiration biopsy. In: Bennington JJ (ed.). Major problems in pathology. Vol. 14. Philadelphia: WB Saunders; 1983: 289.
9. Sánchez VJA, Martínez OJL, Blanco BR. Absceso del psoas tuberculoso en paciente con VIH. *Cir Ciruj* 2004; 72: 405-7.
10. Mynter H. Acute psoitis. *Buffalo Med Surg* 1881; 21: 202-9.
11. Currier BC, et al. Infections of the spine. In: Rothman and Semion (eds.). The spine. 3rd. Ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992, p. 1319-80.
12. Albarracín TA. El saber quirúrgico. En: Lain EP (ed.). Historia de la medicina. Vol. 5. Barcelona: Salvat Editores; 1973, p. 312.