

Absceso de psoas secundario a cuerpo extraño. A propósito de un caso y revisión de la literatura

Luis Alberto Núñez Trenado,* Felipe Hernández Graf,* Daniel Dávila,** Ulises Rodríguez-Wong,** Edgar Torres López,** Javier García Álvarez***

RESUMEN

Objetivo. Analizar las características de un caso clínico por absceso de psoas causado por perforación por mondadientes. El absceso de psoas (AP) es una patología infrecuente de difícil diagnóstico debido a su cuadro clínico vago e inespecífico, asociado a una elevada morbimortalidad. Cincuenta y siete por ciento se presentan en el lado derecho, 40% en el lado izquierdo y 3% son bilaterales. La relación hombre/mujer es de 3 a 1. Es más común en pacientes inmunocomprometidos y se ha descrito en diabéticos, drogadictos, enfermos con cáncer y en VIH/ SIDA. Se dividen en primarios y secundarios según su origen siendo en épocas pasadas el más común de origen tuberculoso por mal de Pott, y actualmente los relacionados a infección por *Estafilococo aureus*. Se describe un caso de absceso primario del psoas en un paciente de 42 años de edad. Los síntomas predominantes fueron dolor abdominal, deterioro progresivo del estado general e incapacidad funcional de miembro pélvico derecho. El diagnóstico se realizó mediante tomografía axial computarizada. El tratamiento consistió en antibioticoterapia y drenaje quirúrgico por laparotomía, con recidiva del cuadro a los 30 días, por lo que se realiza nueva intervención quirúrgica por lumbotomía encontrando el agente causal un cuerpo extraño: un palillo localizado en el retroperitoneo. Se revisó la literatura médica; se señaló la patogenia, la clínica, el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad.

Palabras clave: Absceso de psoas, palillo, cuerpo extraño.

ABSTRACT

The psoas abscess is an uncommon entity affecting mainly young adults and adolescents. A case of primary psoas abscess in a patient aged 42 is described. Prevailing symptoms were: fever, abdominal pain and progressive deterioration of the general state. The diagnosis was made using computerized axial tomography (CAT). The treatment with antibiotic therapy and surgery was successful. Medical literature was reviewed and the pathogeny, clinic, diagnosis and treatment of this disease were stressed

Key words: Psoas abscess, strange body.

INTRODUCCIÓN

La primera descripción del absceso de psoas (AP) fue realizada por Mynter, en 1881.¹ La incidencia actual es desconocida, pero parece haber aumentado considerablemente respecto a la proporcionada por Gruenwald (12 casos/año) tras revisar los casos publicados en el periodo 1986-1991,² reportados alrededor del mundo, predominando actualmente los de origen primario. Este aumento de incidencia está relacionado con el uso generalizado

de técnicas radiológicas en la práctica clínica.³ Los síntomas clínicos continúan siendo vagos, lo que dificulta su diagnóstico.

Los abscesos retroperitoneales del psoas se clasifican en:

1. Primarios: si la infección es resultado de una diseminación hematógena.
2. Secundarios: relacionados con una diseminación de un órgano adyacente.

* Residente de la especialidad de Cirugía General, Hospital Juárez de México.

** Médico adscrito al Servicio de Cirugía General, Hospital Juárez de México.

*** Jefe de Servicio de Cirugía General, Hospital Juárez de México.



Anteriormente el origen más frecuente del AP era la tuberculosis vertebral (enfermedad de Pott); actualmente, el espectro etiopatogénico se encuentra relacionado con agentes piógenos.⁴

El desarrollo bacteriano en los abscesos primarios, el principal agente etiológico es el *Estafilococo aureus*, seguido por el *Streptococo agalactiae*, *Escherichia coli*, *Streptococos viridans*, *Streptococos epidermidis*, y *Salmonella* s.p. En los abscesos secundarios *E. coli* fue el organismo más aislado, seguido de *S. aureus*, *Klebsiella pneumonie*, *S. viridans*, y *Candida albicans*.^{4,5}

Entre los factores predisponentes se encuentran la diabetes mellitus, displasias de colon, de riñón, insuficiencia renal, hepatopatía crónica, y en casos raros, sacroileítis y enfermedad de Crohn. Las patologías asociadas incluyen abscesos epidurales, osteomielitis, artritis séptica, abscesos perirrenales, pielonefritis, tuberculosis pulmonar, empiema, hidronefrosis y antecedente de trauma.

Se revisó la literatura sin encontrar casos de absceso de psoas secundario a un cuerpo extraño, en este caso un palillo, motivo por el cual consideramos la publicación de este caso clínico.

MÉTODO

Revisión de un caso clínico de absceso de psoas secundario a cuerpo extraño; un palillo encontrado en el retroperitoneo durante su drenaje quirúrgico, y revisión de la literatura.

DESCRIPCIÓN DE CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente del sexo femenino, de 42 años de edad, la cual acude por dolor abdominal. Inició su padecimiento siete días previos a su ingreso, con dolor abdominal en cuadrante inferior derecho opresivo, intermitente, localizado, progresivo en intensidad hasta ser incapacitante, irradiado a miembro pélvico derecho. Cursó sin fiebre, escalofríos ni diaforesis. Niega náusea, vómito y cambios en los hábitos intestinales. Inició manejo con analgésicos antiinflamatorios no esteroideos sin referir mejoría de la sintomatología. El dolor aumentaba durante la bipedestación y con la extensión del miembro pélvico derecho. Disminuía con la flexión del muslo y el decúbito. Contaba con los siguientes antecedentes de importancia: Tabaquismo por 22 años, fumando tres a cuatro cigarros por día. Legrado uterino hace 10 años por aborto incompleto. Dos cesáreas sin complicaciones, en la última se realizó oclusión tubárica bilateral (hace 16 años). Oforectomía derecha con apendicectomía incidental hace dos años. Carga genética para diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica. Padre finado por cáncer de próstata.

Acude a Urgencias donde se encontró con una frecuencia cardiaca de 80 por minuto, frecuencia respiratoria de 18 por minuto, tensión arterial de 100/80 mm de Hg, índice de masa corporal de 29. A la exploración física destacó que la paciente se encontraba en una posición fetal, con facie álgica. El abdomen presentaba una cicatriz en línea media infraumbilical, doloroso a la palpación en cuadrante inferior derecho, sin datos de irritación

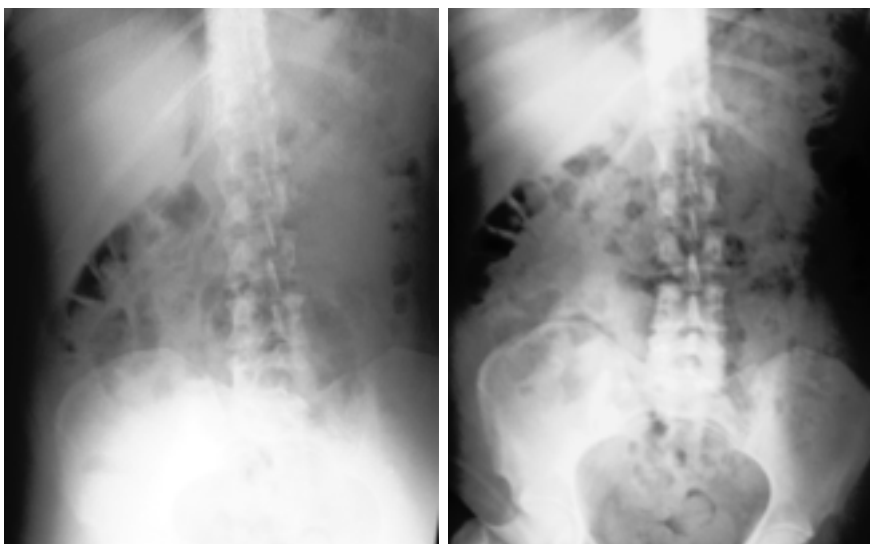


Figura 1. Placas simples de abdomen pie y decúbito con íleo segmentario en cuadrante inferior derecho del abdomen, posición antiálgica, borramiento del psoas derecho.

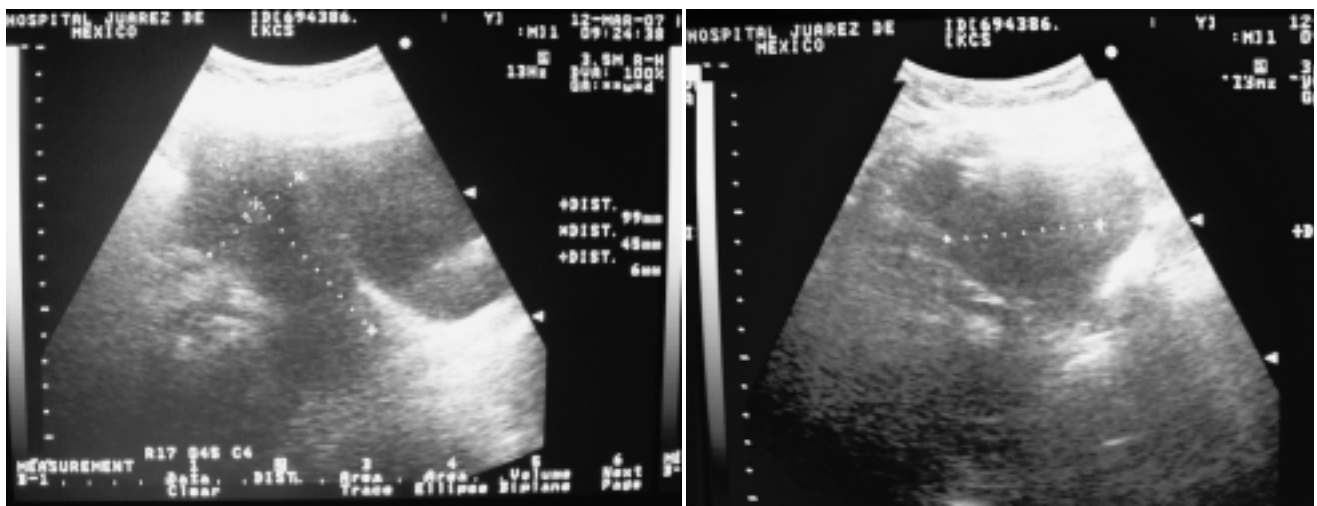


Figura 2. USG de abdomen que muestra colección en fosa renal derecha no dependiente de riñón.

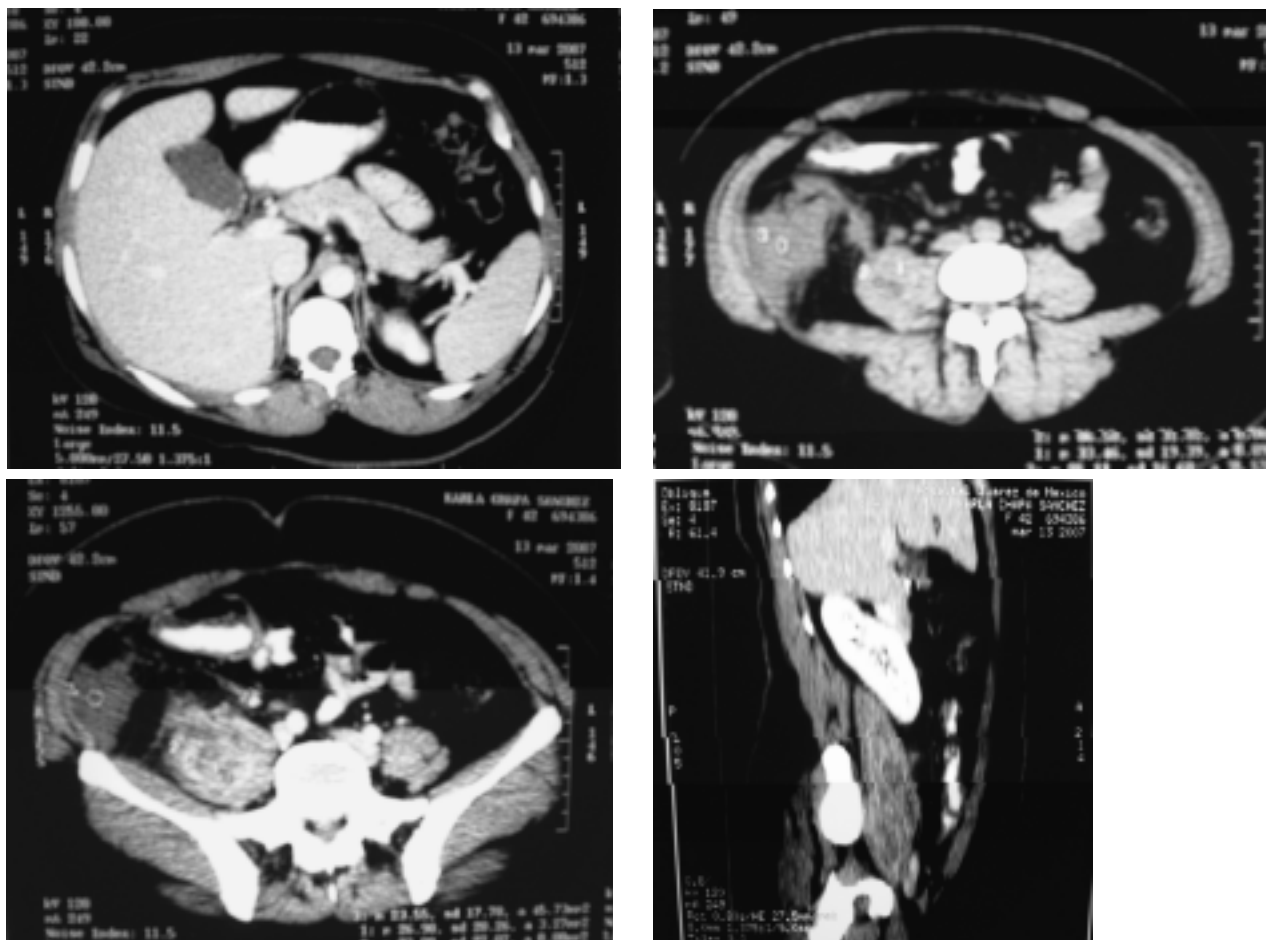


Figura 3. TAC de abdomen aumento de volumen del psoas derecho con cambios en su intensidad, sin evidencia de osteomielitis vertebral o colecciones perirrenales.

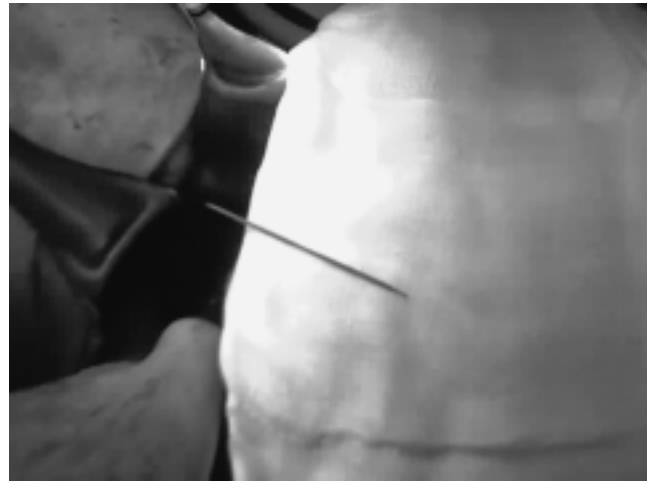


Figura 4. Palillo encontrado en retroperitoneo durante la lumbotomía y drenaje de absceso de psoas.

peritoneal. No se palpan visceromegalias ni masas en región inguinal. Signo de Giordano ausente. Extremidades con incapacidad para la extensión de cadera derecha. Resto de la EF sin datos patológicos.

Los datos de laboratorio anormales fueron: leucocitos de 17.330 (neutrófilos 14,100; 81%, linfocitos 1,540; 8.9%). Química sanguínea, electrolitos y examen general de orina normal.

Los estudios de imagen radiológicos no mostraron datos importantes. Los estudios radiográficos prácticamente normales sólo con íleo segmentario en cuadrante inferior derecho del abdomen, posición antiálgica de la columna y borramiento del psoas ipsilateral (Fig. 1).

En el ultrasonido y la tomografía (Figs. 2 y 3) se observa aumento de volumen del psoas derecho con cambios en su intensidad, sin evidencia de osteomielitis vertebral o colecciones perirrenales

Con los hallazgos por imagen, se realiza tratamiento quirúrgico. Los hallazgos transoperatorios fueron un absceso retroperitoneal de aproximadamente 150 cc, dependiente de músculo psoas.

Al mes, la sintomatología recidiva. Se realiza nuevamente una tomografía axial computarizada que muestra un absceso recidivante.

Se somete nuevamente a tratamiento quirúrgico. En esta ocasión se realiza lumbotomía derecha. El absceso contenía 500 cc de material purulento, blanquecino, espeso, no fétido. Dentro de este absceso se identificó un palillo de madera, el cual se extrae (Fig. 4).

Posterior a la cirugía la paciente presentó una evolución satisfactoria, siendo dada de alta al 4o. día de postoperada.

El material purulento se envió a cultivo. El resultado microbiológico fue de *E. coli* y *Bacteroides fragilis*.

DISCUSIÓN

Se han señalado varias teorías para explicar la patogenia del absceso primario del psoas: pioderma, linfangitis supurada, hematoma traumático y diseminación hematológica.^{6,7} Sólo en 20% se ha demostrado el factor causal.^{6,8}

Se han descrito diferentes factores de riesgo para el desarrollo de AP como son edad avanzada, desnutrición, anemia, diabetes mellitus; también viajes a regiones tropicales, parasitismo, alcoholismo, artritis reumatoide, inmunosupresión, insuficiencia renal, corticoterapia, uso de drogas intravenosas y VIH/ SIDA.^{7,9-11}

Esta entidad se presenta en 90% en pacientes jóvenes entre la 4a. y 5a. décadas de la vida. En 75% de los casos afecta al varón y se ha observado que 57% se presentan en el lado derecho, 40% en el lado izquierdo y 3% son bilaterales.¹²

Actualmente 90% de los abscesos primarios son producidos por el *Staphylococcus aureus*; pero puede ser producido, no obstante, por enterobacterias y *M. tuberculosis* o, más raramente, son causados por varios gérmenes patógenos a la vez.^{7,12-14}

En este caso, el origen del AP fue secundario al tracto gastrointestinal, vía de acceso del palillo hasta el retroperitoneo. Tras la ingesta, el palillo logró avanzar al colon ascendente, donde perforó, llegando al retroperitoneo. Posterior a la perforación del colon se produjo la consiguiente formación del absceso.

Los agentes etiológicos *E. coli* y *B. fragilis* son dos bacterias relacionadas comúnmente con infecciones intraabdominales por perforación de víscera hueca. Dato concordante con la posibilidad de que el palillo perforó el colon para ubicarse en el retroperitoneo.

La presencia de cuerpos extraños en el tubo digestivo es un problema común; sin embargo, en la mayoría de las ocasiones son eliminados espontáneamente^{15,16} En muy pocas ocasiones producen complicaciones y son excepcionales las perforaciones de colon. Las complicaciones más frecuentes producidas por los cuerpos extraños en el intestino son las obstrucciones, las hemorragias y las perforaciones.¹⁷

Las perforaciones intestinales por cuerpos extraños son raras. Entre los cuerpos extraños más frecuentes están los huesos de pollo, palillos y las espinas de pescado. Las localizaciones más frecuentes son colon, íleon y, más raramente, duodeno y yeyuno.¹⁸ La presencia de complicaciones está en función de las características del cuerpo extraño. En este caso, los palillos mondadientes poseen una morfología delgada, alargada y acabada en punta que facilita la impactación en la mucosa intestinal y, de este modo, favorecen el desarrollo de complicaciones (abscesos, perforaciones y peritonitis). Otros factores que pueden influir en la producción de lesiones son aquellas situaciones que cursan con alteración del peristaltismo abdominal (bridas y adherencias posquirúrgicas), de la morfología anatómica (compresiones extrínsecas) y de la ingestión enzimática (hipoclorhidria), así como aquellos que facilitan la ingestión de cuerpos extraños. Entre estos últimos se encuentra la edad avanzada, el retraso mental, prótesis dentales y todas aquellas situaciones que impliquen una disminución de conciencia y una incorrecta masticación.²⁰ Sin embargo, en muchas ocasiones es imposible identificar factores de riesgo ni el antecedente de la ingestión de cuerpo extraño; como en este caso, tampoco se pudo objetivar ni recordar la toma previa del palillo, ni la presencia de factores de riesgo para la ingestión de cuerpos extraños antes descrito, ni tampoco se presentó como un cuadro de abdomen agudo secundario a perforación de tubo digestivo que ameritara tratamiento quirúrgico de urgencia

Las manifestaciones clínicas del absceso de psoas son inespecíficas, encontrando como síntomas más frecuentes la presencia de dolor abdominal mal localizado, fiebre y dolor a la flexión en miembros pélvicos.^{19,20} Los diagnósticos de presunción más frecuentes son: infección de origen urinaria, masa renal y fiebre de origen desconocido, osteomielitis o enfermedad intestinal.

Son de ayuda para el diagnóstico de AP tanto el laboratorio como el gabinete en búsqueda de datos indirectos

como lo son la presencia de anemia, leucocitosis con desviación izquierda y aumento de la Vsg. La radiografía de abdomen puede mostrar borramiento o abombamiento del contorno del psoas, opacidad de la fosa ilíaca y escoliosis antiálgica. Se pueden usar estudios contrastados como la urografía excretora y el colon por enema en donde se ha observado desplazamiento renal y/o uretral, afección cólica asociada y/o desplazamiento del ciego o sigmoides.^{13,21,22} panendoscopia, colonoscopia, biopsias de lesiones sospechosas y cultivos en búsqueda de hongos o bacilos.

El ultrasonido tiene poco valor diagnóstico debido a la localización retroperitoneal de la colección, demostrando sólo 40% de los casos. La RM y la TAC son los estudios de elección para el diagnóstico de esta patología,²³ pues han demostrado tener una sensibilidad de 100%, siendo el método de diagnóstico en nuestro caso.

El tratamiento habitualmente consiste en la combinación de antibióticos y drenaje del absceso, ya sea percutáneo o quirúrgico. En la actualidad, el drenaje quirúrgico se prefiere cuando existe un foco de infección asociado que precisa intervención quirúrgica o bien resulte imposible la realización de un drenaje percutáneo, teniendo mayor éxito el drenaje extraperitoneal con 95% de éxito por encima que la laparotomía.²⁴⁻²⁶

El tratamiento antimicrobiano empírico debe tener actividad frente a *S. aureus*, asociando cobertura frente a bacilos gramnegativos y anaerobios cuando el foco inicial es gastrointestinal

La mortalidad oscila entre 7-20% según las series.^{4,5,27,28} En los primeros artículos publicados podía elevarse hasta 40%.

CONCLUSIONES

Posterior a la revisión de la bibliografía, no se encontró ningún reporte en donde la causa del absceso fuera un cuerpo extraño que su vía de entrada fuera el tubo digestivo. Suponemos que la vía por la que el palillo llegó al retroperitoneo fue secundario a perforación del colon ascendente tras la ingesta del mismo.

El absceso de psoas es una entidad clínica rara e infrecuente, con una sintomatología muy vaga e inespecífica. Actualmente la mayor disponibilidad y fiabilidad de las técnicas de imagen actuales ha contribuido al mejor diagnóstico y reconocimiento de esta entidad.

REFERENCIAS

1. Mynter H. Acute psoitis. Buffalo Med Surg J 1881; 21: 202-9.



2. Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O. Psoas abscess: case report and review of the literature. *J Urol* 1992; 147: 1.624-1.62.
3. Gordin F, Stamler C, Millis J. Pyogenic psoas abscess: noninvasive diagnostic techniques and review of the literature. *Rev Infect Dis* 1983; 1:003- 1.011.
4. Laguna P, Moya M. Absceso del músculo psoas: análisis de 11 casos y revisión de la bibliografía. *Enferm INFOC Microbiol Clin* 1998; 16: 19-24.
5. Ricci MA, Frederick B, Rose MD, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess: worldwide variations in etiology. *World J Surg* 1986; 10: 834-43.
6. Martínez SJ, Estebañez M, Santos J, Amon J, Barrea A, Peláez A. Absceso primario del psoas. *Actas Urol Esp* 1990;14:139-42.
7. De Gregorio M, López S, Fernández A, Pérez J, Ariño I, Alfonso E. et al. El drenaje percutáneo como tratamiento de los abscesos del músculo psoas. *Cir Esp* 1995; 6: 565-70.
8. Pigrav Serrallach C, Palissa Berga A. Absceso de psoas: ¿una enfermedad enigmática? *Med Clin (Barc)* 1990; 95: 456-8.
9. Masso Misse P, Yao G, Essomba A, Moukouri M, Abolo-M, Benti A, Tietche J, et al. Absces primaries psoas. Affection courante en milieu tropical, a propos de 87 cas. *J Chir (Paris)* 1995; 4: 204-10.
10. Martínez UJ, Jaureguizar Monereo E, Valdés Gómez R. Absceso primario del psoas. Presentación de un caso clínico. *Arch Esp Urol* 1986; 39: 283-6.
11. Obando Y, de la Corte J, Mora D, Colchero J, Pujol E. Absceso primario del psoas. *Rev Clin Esp* 1992; 5: 247-8.
12. Alonso M, Reyes G, Galena M, Ruiz M, Robles G, Rius X. Absces primaire du psoas: 2 nouvelles. Observations: *J Chir* 1994; 127: 537-8.
13. Cesúndez Gómez C, Satorras Fioretto A, Maseda Diez O, Costa Bujan J, Cao Pena J, Bal Alvaredo M, et al. Abscesos del psoas. A propósito de 10 casos. *Cir Esp* 1993; 1: 77-80.
14. Del Arco A, Ayuelas S, Prieto I, Romualdo L. Absceso del psoas por salmonella: una entidad infrecuente. *Med Clin* 1994;8:317-8.
15. Hamilton JK, Polter DE. Gastrointestinal foreign bodies. In: Sleisenger MH, Fordtran JS (eds.). *Gastrointestinal disease*. Filadelfia: Saunders; 1993, p. 286-392.
16. Moreno EA, Aguayo AJL, Parrilla PP. Perforaciones intestinales por cuerpos extraños (12 casos). *Cir Esp* 1995; 58: 343-5.
17. Vázquez J, Martín J, Fernández R, Ruiz P, Giménez L, Martínez JL. Perforación de íleon distal por palillo. Aportación de un caso. *Cir Esp* 1989; 46: 292-4.
18. Putzki R, Ledwoen J, Dueben Mlasowsky B, Heymann H. Non traumatic perforations of the small intestine. *Am J Surg* 1985; 149: 375-7.
19. Arines J, Chop W, Towsley D. Primary psoas abscesses: an often insidious infection. *Postgrad Med* 1991; 87: 287-8.
20. Rigau J, Ramón I, Castellsague J, Capdevila A, Mercade V. Mujer de 70 años con fiebre y lumbalgia. *Enf Inf Microbiol Clin* 1987; 5: 309-10.
21. Procaccino J, Lavery I, Fazio V, Oakley J. Psoas abscess: difficulties encountered. *Dis Colon Rectum* 1990; 34: 784-9.
22. Swartz M. Myositis. Psoas abscess. In: Mandell G, Gordon R (eds.). *Principles and practice of infections diseases* 3rd. Ed. New York: Churchill Livingstone; 1990, p. 812-8.
23. Kida T, Yago N. Detection of psoas abscess by gallium 67 scintigraphy, Sonography, and CT. *AJR* 1991; 153: 430-1.
24. Pigrav SC, Palissa BA. Absceso de psoas: ¿una enfermedad enigmática? *Med Clin (Barc)* 1990; 95: 456-8.
25. Horvath G, Boda A, Repa I. CT- Guide percutaneous drainage in the management of psoas abscess. *Orv Hetil* 1994; 47: 2597-602.
26. Takagi S, Tsukamoto L, Kumamoto T, Satoh T, Horita H, Koroku M. Pyogenic psoas muscle abscess. *Hinyokika Kiyo* 1994; 8: 669-72.
27. Chiedozi LC. Pyomiositis. A review of 205 cases in 112 patients. *Am J Surg* 1979; 137: 255-9.
28. Córdoba J, Pigrav C, Pahissa A, Almirante B, Gasser I, Martínez Vázquez JM. Absceso de psoas. Utilidad diagnóstica y terapéutica de la ecografía y de la tomografía computadorizada. *Med Clin (Barc)* 1992; 99: 568-70.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Luis Alberto Núñez Trenado
 Servicio de Cirugía General, Hospital Juárez
 de México
 Av. Instituto Politécnico Nacional No. 5160
 Col. Magdalena de las Salinas
 C.P. 07760, México, D.F.