

## CIRUGÍA

# ABSCESO DEL MÚSCULO PSOAS (Caso Clínico)

Triana Carvajal\*  
Ingrid Karina Mayorga\*\*  
Brenda Salazar Cascante\*\*\*

## SUMMARY

The psoas abscess is a rare clinical entity which is difficult to diagnose. With an ambiguous clinical presentation, diagnosis can be discovered in subsequent clinical studies and even been overlooked. Its clinical presentation is vague abdominal pain, lower back or flanks associated with fever and leukocytosis. It can be often confused with urinary sepsis and other infectious diseases of abdominal type. The treating physician must consider this diagnostic possibility in order to find it in patients with a blurry clinic. The development in diagnostic imaging techniques has greatly improved both, the

**diagnosis and treatment of this pathology. Usually the treatment tends to be enough accomplished with a percutaneous drainage guided by ultrasound or CT plus an appropriate antibiotic therapy.**

## INTRODUCCIÓN

El absceso del psoas es una de las entidades clínicas más raras y difíciles de diagnosticar; con una presentación clínica ambigua, el diagnóstico suele obviarse y ser descubierto en los estudios clínicos posteriores. Su presentación es vaga: dolor abdominal, lumbar o de flancos

asociado con fiebre y leucocitosis (1,2) suele confundirse con sepsis urinarias y otras patologías de tipo infeccioso abdominal. El médico tratante debe tener en cuenta esta posibilidad diagnóstica para poder encontrarla en pacientes con una clínica oscura, así mismo el desarrollo en las técnicas de diagnóstico por imagen ha supuesto una mejora tanto a la hora de diagnosticar como a la de tratarlos, ya que suele ser suficiente con un drenaje percutáneo guiado por ecografía o TAC y tratamiento antibiótico adecuado. El músculo iliopsoas se encuentra contenido casi enteramente en la cavidad abdominopelviana, en el espacio

\* Médico General, Servicio de Emergencias Hospital San Rafael de Alajuela.

\*\* Médico General, Servicio de Emergencias Hospital San Rafael de Alajuela.

\*\*\* Médico General, Servicio de Emergencias Hospital San Rafael de Alajuela.

retroperitoneal posterior a la fascia transversal e íntimamente relacionado con otras estructuras retroperitoneales; después de atravesar la fosa iliaca, aparece en la parte anterior del muslo. Está constituido por dos porciones: el psoas mayor, insertado en la columna lumbar (T12 hasta L5) y el iliaco en la fosa iliaca. Los dos se unen para adoptar una inserción común en el fémur. (3,4) Se encuentra inervado por el plexo lumbar y realiza funciones de flexión y ante versión del muslo y de lateralización de la columna. El absceso del músculo psoas iliaco fue descrito por H. Mynter (5) en 1881 como una patología que envolvía una triada constituida por fiebre, dolor lumbar y dolor a la flexión del muslo. Esta presentación estaba relacionada al Mal de Pott, nombre por el que se conoce a la tuberculosis vertebral, antiguamente la causa más frecuente de absceso en el músculo psoas. La etiología actual dista mucho de la descrita por Mynter, actualmente está altamente relacionado a enfermedades crónicas que con llevan a un compromiso inmunológico como la diabetes mellitus, HIV y una serie de patología auto inmunes. Etiológicamente se clasifican en dos categorías: primarios y secundarios, esto en función de si se encuentra un foco infeccioso que origine el absceso. Los primarios son más comunes en países tropicales (5) y

poco desarrollados con una afección mayor en niños varones y jóvenes. En países desarrollados se relacionan a enfermedades subyacentes. Estos son producidos comúnmente por *S. aureus* y con menor frecuencia *Streptococo*, *E. coli* o *Proteus*. El hallazgo de diferentes focos musculares se explica por diseminación hematogena, aunque la sobre infección de hematomas es una teoría. Los secundarios son raros, más de la mitad polimicrobianos y antiguamente más frecuentes por M. tuberculosis y en estos últimos años han aumentado por el incremento de la población VIH positivo. Estos están relacionados a infecciones de órganos vecinos, en primer lugar del tracto digestivo (5), como diverticulitis, enfermedades inflamatorias intestinales, entre otras. En segundo lugar por afecciones urológicas (pielonefritis) y en menor medida por problemas osteoarticulares (espondilodiscitis, mal de Pott).

### CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente femenina de 55 años conocida hipertensa y diabética con antecedente de una cardiopatía isquémica en control, la cual consulta al servicio de emergencias de un hospital periférico con cuadro de dolor lumbar izquierdo, asociado a fiebre y una descompensación diabética simple que fue resuelta y egresada

el mismo día con los siguientes diagnósticos: Descompensación diabética simple, infección del tracto urinario no complicada y lumbalgia mecánica.(5,7) La paciente persiste muy álgica y decide reconsultar al siguiente día. A su reingreso se encuentra una paciente hipotensa, con dolor lumbar severo y deshidratada. Al examen físico se documenta un abdomen blando depresible, doloroso de forma difusa pero que predomina en la fosa iliaca izquierda sin datos de irritación peritoneal. Como dato interesante al examen físico se documenta un dolor intenso al flexionar la cadera izquierda, con signos Lasegue, Bragard, Cabatza negativos. Se le solicita un hemograma que evidencia una leucocitosis discreta con desviación izquierda con un 4% de bandas, se le solicita un ultrasonido de abdomen el cual no muestra ningún hallazgo patológico. Sin embargo, la paciente persiste muy sintomática por lo cual se decide repetir el ultrasonido el cual en esta ocasión revela una imagen heterogénea proyectado en lo que impresiona corresponder a los músculos psoas iliaco izquierdo.(9) La imagen encontrada mide aproximadamente 74 x 41 x 40 mm para un volumen de 65cc altamente sospechoso de un absceso. Ante este hallazgo se decide complementar los estudios de gabinete con un TAC de abdomen el cual describe que a

nivel de los músculos psoas ilíaco izquierdo se aprecia engrosamiento y distorsión de los mismos asociado con imágenes hipodensas y aire en sus interior hallazgo compatible con un absceso. Se decide dar cobertura antibiótica con metronidazol y cefotaxime a dosis plenas, terapéutica ante la cual la paciente responde satisfactoriamente y es egresada sin ninguna complicación con su control posterior a la consulta externa.

## DISCUSIÓN

El absceso del psoas supone un reto para los clínicos pues debido a lo poco específico de su sintomatología la presentación suele ser muy insidiosa y requiere de una alta sospecha clínica (10). Al ser una patología inusual, su poca incidencia es otro factor que contribuye a lo difícil de su diagnóstico. En nuestro caso al encontrarnos en un país tropical y en vías de desarrollo se supone una incidencia aún mayor que en otros países, indistintamente del lado que el absceso se presente. En nuestra paciente encontramos factores de riesgo para el desarrollo de dicha patología como lo son el grupo etario al que pertenece y sus enfermedades concomitantes, ya que se sabe que es más común en los pacientes que presentan alguna inmunodepresión como podría ser el caso de su diabetes.

En este caso nuestra paciente no pertenece al género con mayor incidencia. (6,9) Los abscesos secundarios encuentran su origen en infecciones de órganos y estructuras vecinas del retroperitoneo, espacio retrofascial y órganos intraperitoneales. Dentro de los focos más comunes se encuentran el tracto digestivo y patologías de índole urológica. A pesar de que la paciente fue egresada sin una etiología clara que explicara la formación del absceso, es altamente probable que la puerta de entrada haya sido su infección de tracto urinario alta. En el TAC de abdomen no se encontró hallazgos compatibles con patologías digestivas u osteoarticulares. A la hora de hacer el diagnóstico aparte de la sospecha clínica y los exámenes de laboratorio que son inespecíficos se encuentran las técnicas de imagen dentro de las cuales se encuentran las radiografías simples de abdomen que no suelen ser muy específicas pero que pueden evidenciar en algunos casos borramiento de la línea del psoas, escoliosis antiálgica aumento del tamaño del músculo que provoque signos indirectos de ocupación de espacio.(9,10) Otra de las técnicas de imagen empleadas es la ecografía la cual es de gran ayuda pues aporta información muy valiosa aunque no es capaz de identificar abscesos pequeños o en fase flemónica. Se calcula que la especificidad

de la misma es de alrededor de 50%, y en este caso a la paciente se le realizaron 2 ultrasonidos de abdomen en el cual solamente el segundo mostró utilidad diagnóstica. Finalmente la mejor prueba diagnóstica es el TAC, que nos ayuda a dar un diagnóstico claro y un manejo adecuado. Además nos sirve para dar seguimiento al paciente y corroborar la resolución del mismo (7,9). En nuestro caso las imágenes medicas permitieron llegar al diagnóstico de forma oportuna y poder dar un tratamiento eficaz para egresar posteriormente a la paciente sin ninguna complicación.

## CONCLUSIONES

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. Durante los últimos años se ha determinado un aumento en el número de casos diagnosticados, lo cual se debe a la disponibilidad de técnicas imagenológicas avanzadas como la ecografía y la tomografía computarizada; asimismo, se han detectado modificaciones en cuanto a su etiología, variedad de presentación, modalidades diagnósticas y modificaciones en su manejo.

## RESUMEN

El absceso del psoas es una de las entidades clínicas más raras y difíciles de diagnosticar; con una presentación clínica ambigua, el diagnóstico suele obviarse y ser descubierto en los estudios clínicos posteriores. Su presentación es vaga: dolor abdominal, lumbar o de flancos asociado con fiebre y leucocitosis (1,2) suele confundirse con sepsis urinarias y otras patologías de tipo infeccioso abdominal. El médico tratante debe tener en cuenta esta posibilidad diagnóstica para poder encontrarla en pacientes con una clínica oscura, así mismo

el desarrollo en las técnicas de diagnóstico por imagen ha supuesto una mejora tanto a la hora de diagnosticar como a la de tratarlos, ya que suele ser suficiente con un drenaje percutáneo guiado por ecografía o TAC y tratamiento antibiótico adecuado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. García, E et al. Abscesos de psoas: presentación de ocho casos y revisión de la literatura. Rev. Clín. Esp., 195: 289, 1995.
2. Sánchez, M et al. Abscesos piogénicos del psoas: Aportación de dos casos. Arch. Esp. Urol., 41: 312, 1998.
3. Taiwo B. Psoas abscess: a primer for the internist. South Med J 2001; 94:2-5,15.
4. Echevarría H et al. Absceso piógeno del psoas. En Urgencias Quirúrgicas. Arch Esp Urol 1991;105-107.
5. J. Navarro Gil et al. Absceso del Psoas: revisión de la bibliografía. Arch. Esp. Urol., 59, 1 (73-77), 2006.
6. Ricci MA et al.. Pyogenic psoas abscess: worldwide variations in etiology. World J Surg 1986;10:834-43.
7. Gruenwald I et al. Psoas abscess: case report and review of the literature. J Urol 1992;147:1624-6.
8. Leu S-Y et al. Psoas abscess: changing patterns of diagnosis and etiology. Dis Colon Rectum 1986;29:694-8.
9. Procaccino JA et al. Psoas abscess: difficulties encountered. Dis Colon Rectum 1991;34:784 -9.
10. Walsh TR et al. Changing etiology of iliopsoas abscess. Am J Surg 1992;163:413- 6.
11. Desandre AR y Cottone FJ. Iliopsoas abscess: etiology, diagnosis, and treatment. Am Surg 1995;61:1087-91.
12. 7. Wu T-L, et al. Primary pyogenic abscess of the psoas muscle. Int Orthop 1998;22:41-3.