

Absceso del psoas en una paciente diabética. Presentación de caso

Psoas abscess in a female diabetic patient. Case presentation

**Dra. Aida García Güell, Dr. Pedro Ung Lao, Dr. Alfredo Ediel Misiara Alvarez,
Dra. Dalgis Jenki Delgado, Dr. Yosvany Jiménez Ventosa**

Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente José R. López Tabrane. Matanzas,
Cuba.

RESUMEN

El absceso del músculo psoas ilíaco suele ser causa infrecuente de fiebre de origen desconocido en pacientes sanos. Sin embargo, su incidencia asciende en pacientes portadores de enfermedades debilitantes como la diabetes mellitus. Se presentó a una paciente diabética portadora de fiebre de origen desconocido, de seis meses de evolución, con diagnóstico final de absceso del psoas. La paciente, de 52 años de edad, ES portadora de diabetes mellitus tipo 1, complicada con uropatía litiásica obstructiva bilateral, infecciones urinarias a repetición, operada de pionefrosis y absceso renal derecho a los 33 años de edad, secundario a infección urinaria ascendente por *Klebsiella pneumoniae*. Se reintervinió por absceso recidivante a *Klebsiella*, adquirida por igual vía urinaria, pero esta vez con un absceso por contigüidad del músculo psoas ilíaco izquierdo, tras un período de fiebre de origen desconocido, de seis meses de evolución. La atipicidad de este caso radica en la recidiva de abscesos retroperitoneales profundos por *Klebsiella* y la forma insidiosa de presentación del actual absceso del psoas.

Palabras clave: diabetes mellitus, absceso del psoas, fiebre de origen desconocido.

ABSTRACT

The abscess of the iliac psoas muscle uses to be the infrequent cause of unknown origin fever in healthy patients. Nevertheless, its incidence increases in patients

who carry debilitating diseases as *diabetes mellitus*. The case presented deals with a female diabetic patient showing fever of unknown origin already for six months, with final diagnosis of psoas abscess. The patient, aged 57 years, has type I *diabetes mellitus*, complicated with bilateral obstructive lithiasic uropathy and reiterative urinary infections. At the age of 33, she was operated of pyonephrosis and right renal abscess secondary to ascendant urinary infection by *Klebsiella pneumoniae*. She was operated again for recidivist abscess to *Klebsiella*, acquired through the urinary tract, but this time it was an abscess contiguous to left iliac psoas muscle, after a six-month evolution period of unknown origin fever. The unusualness of this case consists in the recidivism of deep retroperitoneal abscesses by *Klebsiella* and the insidious presentation form of the current psoas abscess.

Key words: diabetes mellitus, psoas abscess, unknown origin fever.

INTRODUCCIÓN

La fiebre de origen desconocido (FOD) está definida como presencia de una temperatura superior a 38,3 °C, medida en varias ocasiones, con una duración de más de tres semanas, y en la que no se llega a un diagnóstico a pesar de un estudio de una semana con el enfermo hospitalizado. Actualmente esta idea ha sido eliminada, ya que los pacientes pueden ser estudiados sofisticadamente, aun en forma ambulatoria.⁽¹⁾

Según los estudios realizados por varios autores, los procesos infecciosos constituyen la primera causa de FOD, seguidas por las enfermedades neoplásicas e inflamatorias no infecciosas. Dentro de ellas se destacan los abscesos profundos localizados con mayor frecuencia en pulmón, cerebro e hígado.^(1,2) El absceso del psoas, tanto de origen primario como secundario, suele ser causa infrecuente de fiebre de origen desconocido en pacientes sanos, sin embargo, su incidencia asciende en pacientes inmunocomprometidos con enfermedades como la diabetes mellitus.⁽³⁾

Dada la incidencia creciente de esta enfermedad a nivel mundial, ya considerada como una pandemia, es de gran interés docente asistencial el conocimiento de sus comorbilidades y, dentro de ellas, las posibilidades de procesos infecciosos profundos como los abscesos del músculo psoas ilíaco.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente (AMG) de 52 años de edad, femenina, blanca, de procedencia urbana, con antecedentes de padecer de litiasis renal bilateral y doble sistema pielocalicial izquierdo, así como de infecciones urinarias a repetición; operada de pionefrosis y absceso renal derecho hace 19 años. La misma sufrió un infarto del miocardio a los 40 años de edad, para lo cual lleva tratamiento actual con nitrosorbide y atenolol. Diabética desde igual fecha, es tratada con esquema combinado de insulina lenta y simple.

Es atendida en consulta externa de Medicina Interna del Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente "José R. López Tabrane", de Matanzas, por presentar desde hacía 6 meses fiebre de 38-38,5 °C vespertina, diaria, asociada a escalofríos, dolor lumbar izquierdo irradiado a fosa iliaca y miembro inferior izquierdo, disuria y ardor miccional.

Durante este tiempo, se le trata como infecciones urinarias altas complicadas y recidivantes, teniendo en cuenta sus antecedentes, el cuadro clínico referido y dos urocultivos positivos a estafilococo *aeureus* y *Escherichia coli*, entre otros negativos. Al persistir con la fiebre, el dolor lumbar, una eritrosedimentación centenaria (110/130 mms) y creciente malestar general, se le realizó, desde hace cinco meses, estudios ultrasonográficos y tomografías axial computarizada abdominal y renal contrastada, en busca de un posible diagnóstico de pionefrosis o absceso renal o perinefrítico, esta vez del riñón izquierdo. En la referida fecha, todos estos estudios fueron negativos con respecto a estos diagnósticos, corroborándose en los mismos una atrofia del riñón derecho operado y una dilatación ureteropielocalicial del riñón izquierdo con litiasis renal bilateral. Por los cultivos referidos, la paciente llevó múltiples tratamientos antimicrobianos ambulatorios con ciprofloxacina, azitromicina, cefalexina oral y amikacina intramuscular, sin mejoría del cuadro clínico; lo que la hace acudir nuevamente a consulta, esta vez con marcada astenia y toma del estado general, palidez cutáneo mucosa, adinamia, fiebre ya persistente durante todo el día y exacerbación del dolor lumbar, con claudicación al caminar por irradiación del dolor a la pierna izquierda, por todo lo cual se decide su ingreso.

Examen físico positivo: palidez cutáneo mucosa. Panículo adiposo disminuido por pérdida de peso referida por la paciente, de aproximadamente 20 libras durante los últimos 6 meses.

Sistema respiratorio: murmullo vesicular disminuido hacia base pulmonar izquierda. No se auscultaban estertores. FR: 24 x min.

Sistema cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de bajo tono. No soplos. FC: 100 por min. TA: 90/60.

Abdomen: suave, depresible, doloroso a la palpación en flanco, hipocondrio y fosa lumbar izquierda. Miembro inferior izquierdo en flexión antálgica (signo del psoas positivo). En región del flanco se palpaba una tumoración de aproximadamente 6 cm de diámetro, superficie lisa, con contacto lumbar compatible con el riñón izquierdo pielocaliectásico.

Sistema renal: riñón izquierdo palpable y aumentado de volumen con maniobra puño percusión y puntos pielorrenoureterales positivos en fosa lumbar izquierda.

TCS: discretos edemas perimaleolares.

Exámenes realizados

1. Hto: 0.30.
2. V.S.G: 135 mm/s.
3. Leucograma: 13,5 x 10⁹/l. Seg: 0,70. Linfo: 0,29. Eos: 0,01.
4. Coagulograma: plaq: 600 x 10⁹/l. T. coag: 8 min. T. sang: 1 min.
5. Glicemias: de 8 a 14 mmol/l.
6. Lipidograma: col: 2.13 mmol/l. Tg: 1.16 mmol/l.
7. Urea: 5,6 mmol/l. creatinina: 50 mmol/l. Ácido úrico: 235 mmol/l.
8. TGO: 11.3 u/l. TGP: 21,2 u/l. CPK: 26 u/l. GGT: 64 u/l.

9. Amilasa pancreática: 14.0 u/l.
10. Citoria: Campos cubiertos de leucocitos.
11. Electroforesis de proteínas: proteínas totales 67.8 g/l. Albúmina 26 g/l. Globulinas: 40 g/l.
12. Hierro sérico: 1.2. Conteo de reticulocitos: 28 x 103/l
13. Lámina periférica: hipocromía, anisocitosis con microcitosis, leucocitosis con granulaciones tóxicas, trombocitosis y plaquetas disgregadas.
14. Factor reumatoideo: negativo.
15. Serologías VIH y VDRL: no reactivas.
16. Urocultivo con antibiograma, exudado vaginal y cultivo de cuello: sin crecimiento bacteriano. Exudado uretral: estafilococo coagulasa negativa.
14. Hemocultivos: no crecimiento bacteriano.
15. Ecocardiograma: sin alteraciones.
16. Ultrasonido abdominal y renal: hígado: ligero aumento de su ecogenicidad. Bazo y páncreas: sin alteraciones litiasis renal izquierda. En fosa iliaca izquierda se apreciaba imagen relativamente ecolúcida, mal definida, con microcalcificaciones asociadas, que medía 48.2 x 41.3 mm.
17. TAC abdominal, renal y pelviana con contraste: Se aprecia imagen densa en el músculo psoas izquierdo con áreas de cavitación que desplaza el riñón izquierdo hacia delante, aunque no tiene contacto con él. Pequeño derrame pleural bilateral, más pronunciado hacia la base pulmonar izquierda y no visualizado por Rx de tórax.

En la figura 1 se observa riñón pielocaliectásico con litiasis en ubicación anatómica habitual, y en la figura 2, músculo iliático izquierdo sin alteraciones. Luego se realizaron estudios tomográficos positivos tras seis meses de evolución, en noviembre de 2014, antes de la intervención quirúrgica. En la figura 3 se muestra riñón izquierdo siendo desplazado hacia delante, y en la figura 4 acceso del psoas iliaco izquierdo.

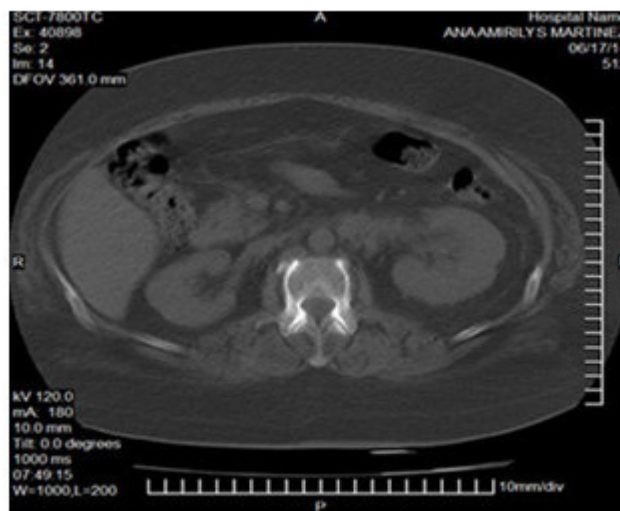


Fig. 1. Estudio tomográfico inicial.

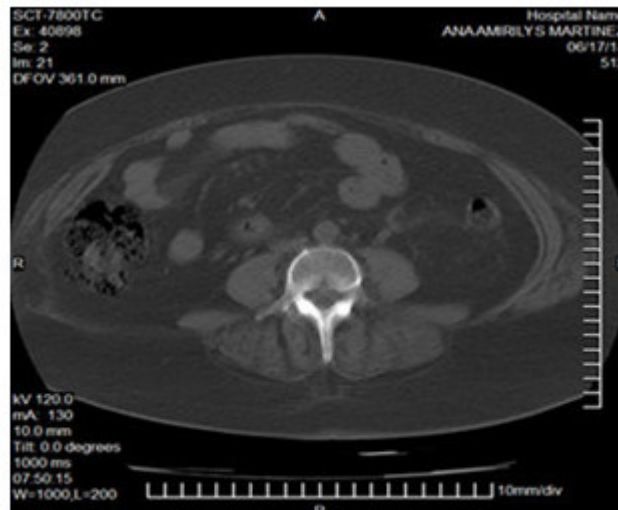


Fig. 2. Estudio tomográfico inicial.



Fig. 3. Estudio tomográfico tras seis meses de evolución.

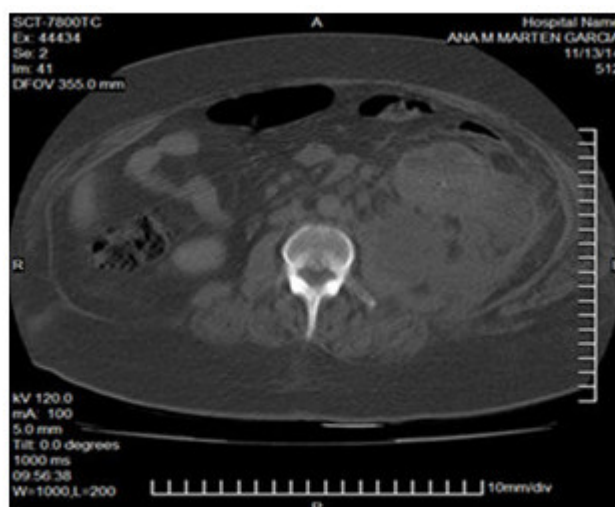


Fig. 4. Estudio tomográfico tras seis meses de evolución.

Ante el diagnóstico referido se traslada la paciente al servicio de cirugía general y se le realiza incisión y drenaje del absceso obteniéndose del mismo un cultivo positivo a *Klebsiella pneumoniae* sensible a los antimicrobianos utilizados (ceftriaxone, amikacina, metronidazol).

DISCUSIÓN

Se trata de una paciente diabética portadora de una uropatía obstructiva litiásica crónica con pielonefritis a repetición, que tras presentar una FOD de seis meses de evolución finalmente focaliza en un absceso profundo del psoas ilíaco izquierdo. Los abscesos del músculo psoas son infecciones profundas de difícil diagnóstico en no pocas ocasiones, por su forma insidiosa de presentación.⁽⁴⁾ Una reseña histórica del mismo nos lleva a 1881, cuando Herman Mynter describe en el Buffalo Medical Club un absceso del psoas de origen desconocido. Luego, en 1886, Reginal Fitz reporta el primer absceso cuyo origen fue una apendicitis. Hasta el año 1966 se consideraba esta afección como sinónimo de espondilitis (mal de Pott) o sacroileitis tuberculosa.⁽⁵⁾ Revisiones de la literatura desde 1966 al presente, demuestran una disminución en la etiología tuberculosa, siendo el origen bacteriano no específico el predominante, con una frecuencia en el 80 % de los casos de los abscesos secundarios a una infección hematógena por *Staphylococcus aureus*.⁽⁶⁻⁸⁾

La infección del músculo psoas ilíaco dada su situación anatómica de contacto con estructuras abdominales, pélvicas y raquis, suele ser consecuencia de la propagación de una infección desde estructuras adyacentes; y ello explica la confusión diagnóstica con patologías de esos órganos.^(5,9) Por su etiología pueden ser primarios (por diseminación linfática o hematógena desde un sitio oculto asociado o no con un traumatismo u otro factor de isquemia muscular) o secundarios por propagación desde e un foco contiguo o a distancia (óseo,^(4,10) gastrointestinal o urinario). Actualmente se reconoce una distribución global para los primarios en 30-45 %, y para los secundarios en 55-70 % de los casos, lo cual confirma el predominio de estos últimos.

En la última década los primarios se han incrementado en pacientes con enfermedades crónicas debilitantes, inmunodeficiencias, ancianos, usuarios de drogas endovenosas y pacientes infectados con VIH. De este modo, el absceso del psoas podría aumentar con la pandemia del VIH.⁽⁵⁾

La diabetes suele presentarse como factor dominante y predisponente hasta en un 64 % de los casos,^(3,11) seguida por las neoplasias colónicas y renales, la enfermedad renal crónica y las hepatopatías de este carácter. Asimismo, la enfermedad de Crohn y la artritis de cadera o sacroileitis se asocian con estos cuadros y comparten una misma vía común: la inmunosupresión.^(9,10) La presentación subaguda o crónica, en la cual hay más de siete días de persistencia de los síntomas, puede identificarse en 83 % de los pacientes. En otras series se halló una evolución de los síntomas, incluso superior a los 30 días hasta en el 64 % de los casos; y se consideró una demora diagnóstica el promedio de seis semanas.⁽⁹⁾

El absceso del psoas de esta paciente se diagnosticó como secundario, ya que la misma presentó un cuadro similar hace 30 años con un absceso perinefrítico derecho, positivo también a *Klebsiella pneumoniae* e intervenido quirúrgicamente. El absceso actual lo hacemos también dependiente de la colonización bacteriana ascendente del tracto urinario hacia el riñón izquierdo y por continuidad al tejido adiposo perirrenal y finalmente al músculo psoas afectado.

Los autores consideran que la atipicidad de este caso radica en la recidiva de abscesos retroperitoneales profundos por *Klebsiella*, y la forma insidiosa de presentación del actual absceso del psoas con estudios tomográficos iniciales negativos realizados en junio de 2014 Y posteriormente positivos tras seis meses de evolución, lo cual ameritó la intervención quirúrgica del caso.

En la actualidad, el desarrollo de la ecografía y tomografía han facilitado y, en especial acelerado, el diagnóstico y tratamiento de esta afección^(5,9,12) en un promedio de 7 a 45 días. Sin embargo, en esta paciente, a pesar de buscarse intencionalmente este diagnóstico desde el inicio de sus síntomas, el mismo se obtuvo seis meses después, probablemente por la terapéutica antimicrobiana utilizada de forma ambulatoria y reiterada ante sus diagnósticos asociados de infecciones del tracto urinario y su condición de inmunodeficiencia al ser diabética.

La FOD es causada la mayoría de las veces por una forma de presentación atípica de una enfermedad común, más que por una enfermedad rara. Los abscesos profundos del psoas se presentan de forma insidiosa sobre todo en pacientes inmunodeprimidos. Nuevamente se corrobora la diabetes mellitus como una enfermedad cuyo estado de hiperglucemia sostenida, complicaciones vasculares y déficit del sistema de inmunidad humoral y celular, se relaciona con un aumento de la morbimortalidad por estos procesos infecciosos. Recordar siempre que ante una fiebre de origen desconocido hay que persistir en la búsqueda de un diagnóstico, dándole tiempo a la evolución natural de las enfermedades causales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Farreras-Rozman. Medicina Interna. 13ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011. T. 6. p. 2572-7.
- 2- Rodríguez Silva H, Roca Campaña V. Fiebre de origen desconocido. Dilema diagnóstico. Rev Cubana Medicina [Internet]. 2006 [citado 5 ene 2015];45(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232006000400008
- 3- Guías de práctica clínica. Diabetes mellitus tipo 2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012.
- 4- Campillo López F, Martín Sánchez J. Absceso de psoas: una aproximación a la cojera aguda de origen infeccioso. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2014 [citado 5 ene 2015];16(63). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322014000400007&script=sci_arttext
- 5- Fernández-Ruiz M, Estébanez-Muñoz M López-Medrano F, Aguado José M. Absceso del músculo iliopsoas, tratamiento y evolución en una serie de 35 pacientes. Enfer Infecc Microbiol Clín [Internet]. 2012 [citado 5 ene 2015];30(6). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-absceso-del-musculo-iliopsoas-tratamiento-90142200>

6- Ticse R, Melgarejo W, Fuentes-Dávila A, Ortiz J, Zegarra J. Presentación atípica de piomiositis tropical difusa de psoas por staphylococcus aureus meticilino resistente. Rev Perú Med Exp Salud Pública [Internet]. 2012 [citado 5 ene 2015];29(1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342012000100020&script=sci_arttext

7- García Apac C. Staphylococcus aureus meticilino resistente adquirido en la comunidad. Acta Méd Peruana [Internet]. 2011 [citado 5 ene 2015];28(3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172011000300007&script=sci_arttext

8- Liu C, Bayer A, Cosgrove SE, Daum RS, Fridkin SK, Gorwitz RJ, et al. Clinical practice guidelines by the infectious diseases society of America for the treatment of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections in adults and children: executive summary. Clin Infect Dis [Internet]. 2011 [citado 5 ene 2015];52(3). Disponible en: <http://cid.oxfordjournals.org/content/early/2011/01/04/cid.ciq146.short>

9- Corral M, Hernández M, Godoy N, et al. Absceso del psoas: un desafío para el internista. Argentina. Rev Méd Rosario. 2010;76:29-33.

10- López-Zabala I, García Ramiro S, Bori G, Gallart X, Tomás X, Fuster D, et al. Absceso de psoas asociado a infección de una artroplastia de cadera. Rev Esp Quimioter [Internet]. 2013 [citado 5 ene 2015];26(3). Disponible en: <http://seq.es/seq/0214-3429/26/3/lopez.pdf>

11- Chang CM, Ko WC, Lee HC, Chen YM, Chuang YC. Klebsiella pneumoniae psoas abscess: predominance in diabetic patients and grave prognosis in gas-forming cases. J Microbiol Immunol Infect. 2001; 34:201-6. Citado en PubMed; PMID: 11605812.

12- Kaasch AJ, Fowler VG, Rieg S, Peyerl-Hoffmann G, Birkholz H, Hellmich M, et al. Use of a simple criteria set for guiding echocardiography in nosocomial Staphylococcus aureus bacteremia. Clin Infect Dis. 2011; 53:1-9. Citado en PubMed; PMID: 21653295.

Recibido: 12 de junio de 2015.

Aceptado: 13 de julio de 2015.

Aida García Güell. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente José R. López Tabrane. Santa Rita e/ Versalles y Santa Cecilia. Versalles. Matanzas, Cuba. Correo electrónico: aidagg.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

García Güell A, Ung Lao P, Misiara Alvarez AE, Jenki Delgado D, Jiménez Ventosa Y. Absceso del psoas en una paciente diabética. Presentación de caso. Rev Méd Electrón [Internet]. 2016 Feb-Mar [citado: fecha de acceso]; 38(2). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2962/1503>