

Tratamiento del absceso de psoas. Aportación de un caso y revisión de la literatura

A. Solas Beltrán, B. Velasco Sánchez, F. Lendínez, A. Ramírez Huertas, R.M. Paredes Esteban

Hospital Ciudad de Jaén, Jaén

RESUMEN: El absceso de psoas es una enfermedad diagnosticada con poca frecuencia. Presentamos el caso de un niño de 13 años diagnosticado en nuestro centro de absceso de psoas derecho. El paciente no presentaba antecedentes traumáticos, ni de inmunodeficiencia y tampoco se encontró foco de infección, por lo que se calificó de absceso primario, que es la forma más frecuente en pediatría. El germen aislado en el hemocultivo fue el *Staphylococcus aureus*. En la clínica destacaba dolor en la zona glútea y cadera derecha que dificultaba la deambulación, así como fiebre elevada, lo que hizo plantearse en un principio el diagnóstico diferencial con una artritis séptica de cadera. El diagnóstico definitivo se realizó con resonancia magnética. En cuanto al tratamiento, hemos obtenido la total resolución del absceso con el empleo de antibióticos de amplio espectro por vía intravenosa, no precisando, como en la mayoría de los casos encontrados en la bibliografía, la realización de drenaje percutáneo. Pese a no haber sido realizado drenaje quirúrgico la evolución ha sido favorable y sin complicaciones, no observándose recidivas.

PALABRAS CLAVE: Absceso; Músculo psoas; Tratamiento médico.

TREATMENT OF PSOAS ABSCESS. CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

ABSTRACT: Psoas abscess is an infrequent disease. We present a right psoas abscess diagnosed in a thirteen-year-old child. There wasn't a history of known trauma nor immunodeficiency. We didn't find another infection focus so the abscess was described as primary one. This is the most commonly presentation in children. *Staphylococcus aureus* was the bacteria identified in blood culture. The presenting symptoms were bottom and hip pain, limp and fever. The differential diagnosis was established with suppurative arthritis of the hip. Diagnosis was confirmed by Magnetic Resonance. In regard to treatment the patient was exclusively treated with systemic antibiotics, high spectrum of activity. The patient didn't require percutaneous-drainage. Though surgical drainage wasn't made, evolution was favourable and recurrence wasn't observed.

KEY WORDS: Abscess; Psoas muscle; Medical treatment.

Correspondencia: Dra. Antonia Solas Beltrán, C/ País Vasco 14, 2º A, 23008 Jaén.

Recibido: Junio 2001.

Aceptado: Junio 2001

INTRODUCCIÓN

El absceso del psoas (AP) es una entidad poco frecuente⁽¹⁻³⁾, y más aún en la edad pediátrica⁽¹⁾, resultando por esta razón un diagnóstico difícil que requiere por parte del clínico un alto índice de sospecha. Pese a esto, estamos asistiendo en los últimos años a un aumento del número de casos diagnosticados, debido probablemente a la disponibilidad de mejores técnicas diagnósticas. Presentamos el caso de un paciente de 13 años, visto en nuestro servicio, en el que se diagnosticó un AP, así como una revisión de la literatura encontrada al respecto, enfatizando principalmente en la presentación clínica, diagnóstico y tratamientos aplicados.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 13 años que consulta por dolor en cadera derecha y abdomen de varios días de evolución, así como fiebre elevada en las últimas 24 horas.

En la exploración física destacaba dolor en región glútea derecha y una discreta limitación en la abducción de la cadera del mismo lado. El abdomen aparecía doloroso a la palpación profunda pero no existía defensa muscular. El resto de la exploración por órganos y aparatos resultó normal.

En la analítica sanguínea encontramos leucocitosis con desviación a la izquierda y una franca elevación de los reactantes de fase aguda (PCR: 229 mg/dL, VSG: 67 mm). La ecografía abdominal puso de manifiesto la existencia de líquido libre peritoneal en fosa paracólica derecha y fosa ilíaca derecha, junto con un aumento de tamaño del psoas derecho de forma heterogénea. La resonancia magnética (RM) (Fig. 1) demostró la existencia de edema a nivel de las estructuras del retroperitoneo parietal derecho con componente celulítico y área medial de consistencia líquida o semilíquida compatible con absceso de psoas.

Ante estos resultados se inicia tratamiento antibiótico de



Figura 1. Imagen del absceso en psoas derecho.

amplio espectro con ceftriaxona y vancomicina; posteriormente en los hemocultivos realizados se aisló *Staphylococcus aureus*, por lo que se continuó el tratamiento únicamente con vancomicina. El paciente mejoró desde el punto de vista clínico y analítico, normalizándose las pruebas de imagen. En nuestro caso no fue necesario realizar drenaje quirúrgico mejorando totalmente con el tratamiento médico. No se apreciaron recidivas en posteriores revisiones.

DISCUSIÓN

Los abscesos de Psoas se clasifican en primarios y secundarios⁽²⁻⁴⁾, según se conozca o no foco en un órgano adyacente desde el cual se haya podido propagar la infección. En nuestro caso se trata de un absceso primario, que es la forma más frecuente en menores de 30 años (80%), según las series revisadas⁽³⁾.

El germen identificado con más frecuencia en los AP primarios (88%) es el *Staphylococcus aureus*⁽²⁻⁴⁾, siendo en los secundarios los microorganismos entéricos (88%).

La forma de presentación tanto en niños como en adultos suele ser insidiosa y bastante inespecífica, de ahí el retraso que se produce con frecuencia en su diagnóstico. La presentación más frecuente es el dolor lumbar irradiado a miembro inferior junto con maniobras de Psoas positivas⁽²⁾. La mayoría presentan síntomas generales antes de consultar aunque no siempre existe fiebre (36% según algunas publicaciones⁽³⁾). Suele acompañarse de impotencia funcional, así como contractura antiálgica en flexión y rotación externa de la cadena ipsilateral, de ahí que en muchos casos se plantee el diagnóstico diferencial con la artritis séptica de cadera⁽¹⁾. Según algunos autores, entre un 18% y un 34% tendrán un antecedente traumático^(1, 3-5).

En cuanto al diagnóstico, la ecografía sería la técnica a emplear inicialmente, aunque es la tomografía axial (TAC)^(2, 3) la técnica de elección para el diagnóstico con una sensibilidad del 90-100%. Recientemente, como es el caso de nues-

tro paciente, se está comprobando la utilidad de la resonancia magnética (RM)⁽¹⁾.

El tratamiento se basa en 3 puntos o pilares básicos: tratamiento antimicrobiano, drenaje del absceso y tratamiento de la enfermedad de origen en el caso de los secundarios.

Mientras se carezca de diagnóstico microbiológico deben emplearse antibióticos de amplio espectro para cubrir *S. aureus*, bacilos gramnegativos de origen intestinal y anaerobios. Estos se mantendrán 2 ó 3 semanas después de que el paciente quede afebril o de que se realice el drenaje percutáneo. En caso de foco osteomielítico se recomienda prolongarlo 6 semanas y 12 meses si el foco es tuberculoso.

En cuanto al drenaje del absceso en los últimos años^(2, 3, 6), el realizado por vía percutánea (DPCT) dirigido por Eco o TAC con aguja fina ha sustituido a la cirugía como técnica de elección en el caso en que sea necesario su evacuación, por su menor agresividad, evitando las complicaciones secundarias a la cirugía mayor. Por el contrario, la cirugía sería más útil en caso de que el absceso esté multiloculado y cuando se compruebe la existencia de un foco infeccioso genitourinario o abdominal en las que el tratamiento antibiótico o el DPCT, además de no tratar la enfermedad causal, se asocian a un mayor porcentaje de fístulas y recidivas causadas por la evacuación incompleta del AP.

En nuestro paciente se realizó tratamiento exclusivo con antibióticos de amplio espectro por vía parenteral con los que se observó mejoría tanto clínica como de las pruebas analíticas y de imagen, no siendo necesario la realización de drenaje.

Hemos encontrado muy pocos casos en la bibliografía^(2, 3) revisada en los que el tratamiento se haya realizado únicamente con antibióticos. En una serie de 19 casos tan sólo 4 enfermos (21%) mejoraron con tratamiento médico, y en otra serie de 11 casos solamente en 3 (27%), a pesar de lo cual la evolución en todos ellos fue favorable. Algunos autores⁽³⁾ son partidarios de tratar exclusivamente con antibióticos, siempre que la evolución sea adecuada, los flemones y AP de menos de 5 cm de diámetro.

La mortalidad del AP primario es del 3%. Mientras que la del secundario alcanza el 19%, siendo las causas principales de muerte la sepsis y complicaciones como el tromboembolismo pulmonar^(3, 4). Un factor asociado a un peor pronóstico es el retraso en la instauración del tratamiento.

En conclusión, el absceso de Psoas es una entidad poco frecuente en niños y su diagnóstico difícil dado que la forma de presentación suele ser variada y bastante inespecífica. Por todo esto, el mejor conocimiento de esta enfermedad, junto con el empleo de las técnicas de imagen, nos permitirán hacer un diagnóstico precoz e iniciar tratamiento cuanto antes, lo que podrá reducir la morbimortalidad de estos enfermos. El tratamiento exclusivo con antibióticos de amplio espectro puede en algunos casos conseguir la total resolución del absceso sin necesidad de tener que recurrir al drenaje percutáneo o a la cirugía abierta, no asociándose por ello con mayor índice de recidivas o complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bresee J, Edwards M. Psoas abscess in children. *Pediatr Infect Dis J* 1990;**9**:201-206.
2. Navarro V, Meseguer V, Fernández A, Medrano F, Sáez JA, Puras A. Absceso del músculo psoas. Descripción de una serie de 19 casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1998;**16**:118-122.
3. Laguna P, Moya M. Absceso del músculo psoas: análisis de 11 casos y revisión de la bibliografía. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1998;**16**:19-24.
4. Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O. Psoas abscess: case report and review of the literature. *J Urol* 1992;**147**:1624-1626.
5. Mahotra R, Singh K, Bhan S, Dave P. Primary pyogenic abscess of the psoas muscle. *J Bone Joint Surg* 1992;**74**:278-284.
6. Jawhari A, Kamm MA, Ong C, Forbes A, Bartram CI, Hawley PR. Intra-abdominal and pelvic abscess in Crohn's disease: results of non-invasive and surgical management. *Br J Surg* 1998;**85**:367-371.