

Una vez tomada la decisión de operar ya sea por cirugía de urgencia por complicaciones de hemorragia, ruptura o cirugía electiva, se han descrito varias vías de abordaje para los tumores adrenales. Si la técnica es abierta, el abordaje puede ser por vía abdominal, posterior o posterolateral uni o bilateral (2). Actualmente la adrenalectomía laparoscópica, es un procedimiento viable, seguro, con rápida recuperación y una disminución del costo hospitalario siempre que el cirujano tenga la experiencia de este método.

CONCLUSIONES

El mielolipoma complicado y sintomático es quirúrgico, si no está complicado la decisión de operar dependerá de cada caso en particular y será independiente del tamaño tumoral pero es recomendable considerar la cirugía en los tumores mayores de 4 cms. También está indicado operar un tumor adrenal por sospecha de malignidad cuando no sea posible obtener un diagnóstico preciso por punción con aguja fina y cuando no se pueda dar seguimiento y manejo expectante.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

- **1. HOEFFEL, J.; NOZICK, Z.: "Giant myelolipoma of adrenal gland: natural history". Clin. Radiol., 55: 6402, 2000.
- **2. SA, LL.; XUYM; OIAO, Y. y cols.: "Adrenal myelolipoma: clinical diagnosis and management of 26 cases". Zhonghua Wai Ke Za Zhi, 42: 1444, 2004.
- *3. KENNEY, P.J.; WAGNER, B.J.; RAO, P. y cols.: "Myelolipoma: CT and pathologic features". Radiol., 208: 87, 1998.
- *4. FRANIEL, T.; FLEISCHER, B.; REAB, B.W. y cols.: "Bilateral thoracic extraadrenal myelolipoma". Eur. J. Cardiothorac. Surg., 26: 1220, 2004.
- *5. UMPIERREZ, M.B.; FACKLER, S.; UMPIERREZ, G.E. y cols.: "Adrenal myelolipoma associated with endocrine dysfunction: Review of the literature". Am. J. Med., 314: 338, 1997.
- 6. GIERKE, E.: "Über knochenmarksge – webe in der Nebenniere Biethz". Path. Anat., 7: 311, 1905.
- 7. OBERLING, C.: "Les formations myelo – lipomateuses". Cancer, 18: 231, 1929.
- 8. DICKMAN, J.; FREEDMAN, D.: "Myelolipoma of adrenal gland with clinical features and surgical excision". J.M.T. Sinai Hosp., 24: 739, 1957.
- **9. WAGNEROVA, H.; LAZUROV, I.; BOBER, J. y cols.: "Adrenal myelolipoma. 6 cases and a review of the literature". Neoplasma, 51: 300, 2004.
- *10. EL MEJJAD, A.; FEKAK, H.; DAKIR, M. y cols.: "Giant adrenal myelolipoma". Prog. Urol., 14: 81, 2004.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 59, 1 (73-77), 2006

ABSCESO DE PSOAS: REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA.

Joaquín Navarro Gil, Óscar Regojo Zapata, Ángel Elizalde Benito, José Ignacio Hijazo Conejos, Carlos Murillo Pérez, José Manuel Sánchez Zalabardo y José Gabriel Valdivia Uría.

Servicio de Urología. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", Zaragoza. España.

Resumen.- OBJETIVO: Presentar las características clínicas, diagnóstico y tratamiento del absceso de psoas.

MÉTODO / RESULTADOS: Presentamos el caso de una mujer de 77 años diagnosticada de absceso de psoas. Debido a la inespecificidad de sus síntomas se trató al inicio como un cólico nefrítico complicado, siendo la ecografía la prueba diagnóstica que nos orientó en el diagnóstico. Mediante drenaje percutáneo el tratamiento fue eficaz, comprobándose la resolución mediante TAC.

CONCLUSIONES: El absceso de psoas es una patología poco común cuyas características de presentación son normalmente inespecíficas. El TAC es el método estándar de diagnóstico y el drenaje percutáneo tiene buenos resultados y es la opción terapéutica menos agresiva para esta enfermedad.

Palabras clave: Absceso. Psoas. Drenaje percutáneo.

Correspondencia

Joaquín Navarro Gil
Comandante Santa Pau 8-10 2ºA.
50.008 Zaragoza. (España).
telonman@hotmail.com

Trabajo recibido: 21 de abril 2005

Summary.- *OBJETIVES: To report the clinical characteristics, diagnosis and treatment of psoas abscess.*

METHODS/RESULTS: We report the case of a 77 year old female patient who was diagnosed of psoas abscess. Due to the unspecific symptoms, she was initially treated as a renal colic. Ultrasound was the test that oriented us to the diagnosis. Percutaneous drainage was effective, checking the resolution using CT Scan.

CONCLUSIONS: Psoas abscess is an uncommon pathology the presenting features of which are usually unspecific. CT Scan is the astronomer diagnostic tests and percutaneous drainage has good results and is less aggressive therapeutic option for this disease.

Keywords: *Abscess. Psoas. Percutaneous drainage.*

INTRODUCCIÓN

El absceso de psoas se trata de una entidad clínica que se presenta con relativa infrecuencia. Desde 1881 descrito por H. Mynter (1 - 3, 6, 8 - 12), quien lo denominó psoitis aguda, ha supuesto un verdadero reto diagnóstico debido a la escasa especificidad de su clínica que dificulta y demora el diagnóstico y por su escasa incidencia, doce anuales en países desarrollados según la literatura científica.

Patogénicamente clasificados en dos categorías, por un lado los primarios que se presentan con cierta frecuencia en poblaciones poco desarrolladas y por otro los secundarios, de los que se puede decir que su incidencia ha aumentado.

Clásicamente descritos según la triada constituida por fiebre, dolor lumbar y dolor a la flexión del muslo (1, 2, 4, 6, 8), lo cierto es que la forma de presentación suele ser anodina e insidiosa, lo que dificulta el diagnóstico y aumenta la posibilidad de generar complicaciones, lo que secundariamente eleva la morbi-mortalidad del proceso.

Podemos afirmar que su etiología ha variado desde aquella psoitis aguda descrita por Herman Mynter secundaria al mal de Pott. Actualmente lo habitual es encontrarlo asociado a un estado general deteriorado (inmunodeficiencias, enfermedades crónicas debilitantes), a adictos a drogas por vía parenteral o a pacientes con otras infecciones de órganos en vecindad.

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.

A continuación presentamos el caso de una mujer que acudió a nuestro hospital a la que se diagnosticó este problema y que es un ejemplo evidente de lo comentado anteriormente. Se trata de un absceso primario de psoas, ya que no fue posible identificar un foco primario que justificara la presencia del absceso.

CASO CLÍNICO

Nuestra paciente es una mujer de 77 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes patológicos de miocardiopatía dilatada, artrosis, e histerectomía y doble anexectomía junto a quimio y radioterapia por tumoración ginecológica hace 12 años.

Acude al Servicio de Urgencias por presentar dolor tipo cólico de ocho días de evolución localizado en fosa lumbar y flanco derechos así como en cara anterior del muslo derecho aumentando con la deambulación. A su vez, el dolor se acompaña de náuseas y vómitos. La paciente presentó picos febriles con sudoración profusa aunque en el momento en el que acude a Urgencias se encuentra afebril y no presenta síndrome miccional.

A la exploración presenta: soplo protomesostólico en ápex, abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca y flanco derechos. También destaca dolor espontáneo en cara anterior del muslo derecho que aumenta con la presión y con la movilidad de la extremidad.

En la analítica de Urgencias destaca leucocitosis con desviación izquierda (17.200 leucocitos con 84% de neutrófilos), 567.000 plaquetas, urea 1.35, creatinina 1.80.

Como pruebas de imagen se solicitan Rx. de vías urinarias y ecografía en las que se observa imagen cálcica en silueta renal derecha y ectasia pielocalicial derecha respectivamente.

Con el diagnóstico de cólico nefrítico derecho complicado se decide ingreso para derivación urinaria y tratamiento antibiótico intravenoso. Se coloca en quirófano catéter externo en uréter derecho con salida de abundante orina limpia.

A lo largo de los días el dolor cólico va cediendo aunque la paciente refiere dolor sordo en fosa lumbar y continúa con el dolor en muslo derecho. Es valorada por el servicio de Traumatología pautando tratamiento antiinflamatorio ante la sospecha de rotura fibrilar del cuádriceps.

Debido a la persistencia del dolor lumbar se decide revisión ecográfica objetivándose una masa localizada en el músculo psoas derecho de 10 x 5.5 cm. por lo que se solicita un TAC. En la tomografía se confirma la presencia del absceso retroperitoneal en el compartimento del músculo psoas iliaco derecho a nivel de L2-L3 sin perder la continuidad hasta anillo inguinal y sin poder

descartar la participación del uréter derecho en su tercio medio.

Una vez confirmado el diagnóstico nos ponemos en contacto con el Servicio de Radiología Intervencionista para drenaje percutáneo. Mediante ecografía se coloca catéter 10 fr. evacuando 200 cc. material purulento, del cual se envía muestra microbiológica (en los días sucesivos se confirma la presencia de *Bacteriodes fragilis* y *Streptococcus sanguis*). El débito por el drenaje es progresivamente menor y se realiza nuevo estudio con TAC, evidenciándose la disminución del volumen del absceso. Se decide retirar el tubo de drenaje al quinto día de su colocación pero es necesario recolocación de catéter 14 fr. por empeoramiento clínico.

Se desconoce la existencia de foco primario por lo que durante el ingreso, se solicita colonoscopia para intentar buscar un origen digestivo del problema. No es posible sobrepasar el ángulo esplénico por lo que no se halla un foco primario. Desde el punto de vista urológico tampoco se justifica la aparición del absceso.

Se hace cavitograma para estudiar la morfología y el tamaño del absceso y se indica la realización de lavados con fibrinolíticos intracavitarios (100.000 unidades de urokinasa en 10 cc de suero fisiológico).

Después de un mes y diez días de ingreso, la paciente es dada de alta ante la mejoría clínica del cuadro confirmada mediante técnicas de imagen. En los controles posteriores en nuestras consultas, la paciente se encuentra asintomática con resolución total del proceso.

DISCUSIÓN

Pese a la clásica descripción que hizo en 1881 Mynter de las psoitis agudas definida por la triada fiebre, dolor lumbar y dolor a la flexión del muslo, no se trata de una enfermedad de sencillo diagnóstico. El problema que supone al clínico es lo inespecífico de su sintomatología, la presentación tan anodina e insidiosa. Además el hecho que tenga una incidencia tan reducida, puede provocar en alguna ocasión que no se tenga en cuenta entre los diagnósticos diferenciales.

El músculo psoas se trata de un músculo alargado con inicio en los discos intervertebrales y en las apófisis transversas de las últimas vértebras dorsales y de las vértebras lumbares, atraviesa la laguna situada entre el ligamento inguinal y la cintilla ileopectínea para salir de la pelvis y se inserta junto al músculo iliaco en forma de un fuerte tendón en el trocánter menor del fémur. Bajo la inervación del plexo lumbar realiza funciones de flexión y anteversión del muslo y de lateralización de la columna. Localizado en el espacio retroperitoneal posterior a la fascia transversales en situación paravertebral, el músculo psoas guarda íntima relación con multitud de estructuras que debemos tener en mente a la hora de aclarar el origen de un absceso de psoas. Los riñones y

vías urinarias, colon, páncreas, las articulaciones coxo-femorales y la misma columna vertebral pueden ser un posible foco que lo origine, es más, el primer absceso que Mynter describió hace más de cien años fue secundario 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.

Los aspectos epidemiológicos (1, 3, 4, 8, 9) que caben destacar son los siguientes: el primario es una entidad relativamente frecuente en países tropicales y poco desarrollados indistintamente en el lado derecho o izquierdo, excepcionalmente bilaterales. Suele afectar a niños varones y jóvenes. En cuanto al secundario, según la literatura médica, no supera los 12 casos anuales, afectando ligeramente más a hombres con edad comprendida entre la cuarta-quinta década de la vida y afectos de enfermedades debilitantes o inmunodepresión.

Etiológicamente se clasifican en dos categorías en función de si se encuentra un foco infeccioso que origine el absceso.

Los abscesos primarios, en los que no se encuentra un foco, suelen ser debidos sobretodo a *S. aureus* y con menor frecuencia *Streptococo*, *E. coli* o *Proteus*, a diferencia de los abscesos secundarios en los que a parte de ser poli-microbianos en más de la mitad de los casos, suele aislarse gramnegativos y anaerobios secundarios generalmente a patologías del tubo digestivo (1, 3, 4, 6). Antiguamente los secundarios más frecuentes eran provocados por *M. tuberculosis* y en estos últimos años han aumentado por el incremento de la población VIH positivo.

Los abscesos primarios suelen afectar, en países desarrollados, a poblaciones previamente afectas de algún tipo de enfermedad debilitante, alcohólicos, diabéticos, edad avanzada, bajo estatus socioeconómico, adictos a drogas por vía parenteral o traumatismos previos (7). Sin embargo, podría considerarse como una enfermedad endémica en climas tropicales (Horn y Master aportan 800 casos de los cuales más de 150 se atendieron en un año en un solo hospital). El hecho de que se localicen con frecuencia distintos focos musculares simultáneos podría justificarse con la diseminación hematogena, aunque también se ha intentado explicar con otras teorías, como la sobreinfección de hematomas o secundarias a linfangitis supuradas (9, 10).

Por otra parte, los secundarios proceden de las infecciones de órganos y estructuras vecinas, tanto del retroperitoneo, del espacio retrofascial, como de órganos intraperitoneales. En un 60% son afecciones bilaterales. Estadísticamente los focos más frecuentes son digestivos (enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulitis, apendicitis, absceso pancreático...). En segundo lugar le siguen las patologías urológicas (pionefrosis, pielonefritis). Ya con menor frecuencia le suceden las afecciones osteoarticulares (espondilodiscitis, mal de Pott, clásicamente la más común).



FIGURA 1. CAVITOGRAMA: Imagen obtenida tras inyección del contraste a través del tubo de drenaje.

La sintomatología inicial del proceso fue descrita según la triada fiebre, dolor lumbar y dolor a la flexión del muslo. No obstante, la enfermedad suele ser subaguda o crónica (3, 6, 8, 9, 11), poco específica y en pocas ocasiones se presenta con los tres síntomas citados. El cuadro suele comenzar gradualmente con un síndrome constitucional, fiebre y dolor abdominal inespecífico lo que dificulta y retrasa el diagnóstico.

A la exploración podemos encontrar empastamiento en flanco o signo del psoas positivo (dolor a la flexoextensión de la cadera).

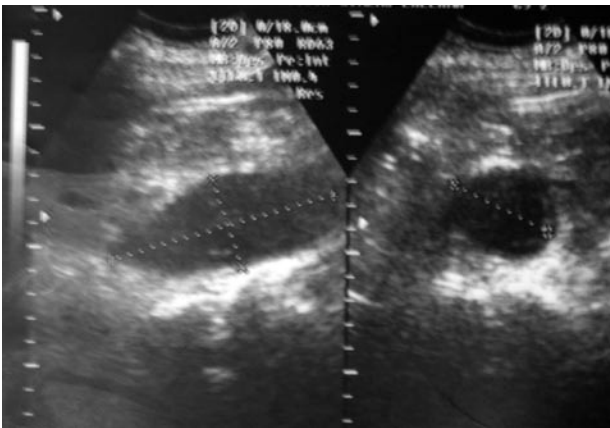


FIGURA 2. ECOGRAFIA: Diagnóstico mediante ultrasonidos del absceso.

Además también existe la sintomatología secundaria a compresión local del absceso, como por ejemplo, manifestarse como uropatía obstructiva si compromete un uréter.

Cuando el momento del diagnóstico se retrasa lo suficiente o el tratamiento resulta ineficaz, teniendo en cuenta la morbilidad previa del paciente, es posible el que desencadene un shock séptico.

En cuanto a lo que se refiere al diagnóstico, debemos tener en cuenta que ha supuesto un reto para el clínico por la inespecificidad de su clínica y por la infrecuencia con la que se presenta.

Las pruebas de laboratorio suelen evidenciar leucocitosis con neutrofilia y elevación de la velocidad de sedimentación lo cual no aporta gran información por ser común a cualquier proceso infeccioso.

En cuanto a las técnicas de imagen, en la radiografía simple de abdomen, no siempre pero puede observarse borramiento de la línea del psoas, escoliosis antiálgica aumento del tamaño del músculo que provoque signos indirectos de ocupación de espacio. La ecografía aporta gran información aunque no es capaz de identificar abscesos pequeños o en fase flemonosa. Se calcula la especificidad de la ecografía entorno al 50% frente al 100% del TAC.

La tomografía es la mejor prueba para el diagnóstico de esta entidad, fundamental para el diagnóstico y para el planteamiento terapéutico. Esencial también para el seguimiento del paciente y comprobar la resolución del cuadro.

Otras técnicas (urografía, pielografía, enema opaco) (7) pueden resultar de utilidad para el diagnóstico diferencial y para precisar la posible existencia de un foco primario. También se hace referencia a la utilización de la gammagrafía con Indio o Galio o leucocitos marcados (2, 6) pero como inconvenientes están el alto coste que supone, la falta de precisión en la delimitación del



FIGURA 3. TAC: Comprobación del tamaño y localización de la colección.

proceso y la demora en 48 horas hasta la interpretación de resultados.

La rentabilidad de practicar estudios microbiológicos se estima en entre 90 y 100% (9) si la muestra analizada procede del aspirado del drenaje, mientras que la de los hemocultivos es reducida, entorno al 25-50% según los artículos revisados (1).

Se deben tener en mente los posibles diagnósticos diferenciales, en especial con patología renoureteral, digestivos, osteoarticulares, ginecológicos, etc. (2, 6).

Una vez diagnosticado el proceso, el planteamiento terapéutico es sencillo. Por un lado debemos instaurar tratamiento antibiótico intravenoso y por otro debemos drenar el contenido del absceso. Antiguamente la vía de acceso era por cirugía abierta si bien el desarrollo y la mejoría en las técnicas de imagen permiten drenar percutáneamente ya sea guiado ecográficamente o por TAC. Cuando el pus es trabado y espeso (11), el tubo de drenaje ha de ser de mayor calibre. En ocasiones el fracaso de la evacuación percutánea obliga a replantear el tratamiento y recurrir a la cirugía abierta, habitualmente extraperitoneal, aunque por la agresividad de la técnica se debe evitar en la medida de lo posible. En caso de tabicaciones en el absceso se pueden colocar varios catéteres. El tubo de drenaje debe mantenerse hasta que la cavidad quede obliterada y cese la producción de pus. En el caso de los abscesos secundarios es necesario tratar la patología de base. Mientras no se conozca el diagnóstico etiológico el antibiótico ha de ser de amplio espectro durante 3-4 semanas (3, 7), de tal manera que si se trata de un absceso primario se utiliza cloxacilina, mientras que en el caso de los secundarios se recomienda el uso de imipenem o metronidazol y gentamicina (si se sospecha de foco digestivo); cefalosporina de 3ª generación (en focos urinarios) o cloxacilina (para patología osteoarticular) (1, 7). Una vez tengamos el resultado del cultivo actuaremos según el antibiograma.

Para finalizar, haciendo referencia al pronóstico (3) de la enfermedad, resaltar que sin tratamiento la mortalidad es cercana al 100%, siendo la sepsis la causa más frecuente. Con el tratamiento adecuado las tasas de mortalidad giran entorno al 0,8-1,5% según la literatura científica. Aunque se encuentran series en las que la mortalidad se estima entre el 7-20%. Además del shock séptico, entre las principales causas de mortalidad están la trombosis venosa profunda y el tromboembolismo pulmonar (7).

CONCLUSIONES

Con lo expuesto anteriormente debemos deducir que a pesar de la infrecuencia con la que se presenta esta patología, debemos tenerla en cuenta a la hora de plantear un diagnóstico diferencial cuando nos enfrenta-

mos a un paciente con sintomatología inespecífica que pueda orientarnos a un proceso infeccioso de origen intraabdominal. Además con un diagnóstico acertado y precoz y un tratamiento correcto la tasa de curación es elevada. Para ello el TAC es la técnica de elección tanto para confirmar el diagnóstico, como para guiar el drenaje percutáneo, actualmente el abordaje terapéutico con mayor porcentaje de éxito.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

- *1. GARCÍA VÁZQUEZ, E.; GUTIÉRREZ GUIADO, J.; DÍAZ CUIEL, M.: "Abscesos de psoas: presentación de ocho casos y revisión de la literatura". Rev. Clín. Esp., 195: 289, 1995.
2. SÁNCHEZ CHAPADO, M.; PEREIRA SORIA, J.; CABALLERO GÓMEZ, M. y cols.: "Abscesos piogénicos del psoas: Aportación de dos casos". Arch. Esp. Urol., 41: 312, 1998.
- **3. PENADO, S.; CAMPO, J.F.: "Absceso de psoas. Descripción de una serie de 23 casos". Enferm. Infecc. Microbiol. Clín., 19: 257, 2001.
- **4. ROBERT, O.; SANTAELLA, M.D.; ELLIOT, K. y cols.: "Primary vs Secondary iliopsoas abscess". Arch. Surg., 130: 1309, 1995.
- *5. THOMAS, A.; ALBERT, A.S.; BHAT, S. y cols.: "Primary psoas abscess : diagnostic and therapeutic considerations". Br. J. Urol., 78: 358, 1996.
6. CÁNOVAS IVORRA, J.A.; TRAMOYERES GALVÁN, A.; SÁNCHEZ BALLESTER, F. y cols.: "Absceso de psoas primario: a propósito de 5 nuevos casos. Revisión de la literatura". Arch. Esp. Urol., 56: 775, 2003.
7. MARTÍNEZ-SAGARRA, J.M.; ESTEBANEZ ZARRANZ, M.J.; SANTOS LARGO, J. y cols.: "Abscesos primarios de psoas". Actas Urol. Esp., 14: 139, 1989.
- *8. CAPITÁN MANJÓN, C.; TEJIDO SÁNCHEZ, A.; ROSINO SÁNCHEZ, A. y cols.: "Absceso primario de psoas. Presentación de 3 casos". Arch. Esp. Urol., 55: 552, 2002.
9. CÓRDOBA, J.; PIGRAU, C.; PAHISSA, A. y cols.: "Absceso de psoas: utilidad diagnóstica y terapéutica de la ecografía y de la tomografía computadorizada". Med. Clín., 99: 568, 1992.
10. CONDE, C.; ESTEBANEZ ZARRANZ, J.; RODRÍGUEZ TOVES, A. y cols.: "Absceso primario de psoas: A propósito de un caso". Actas Urol. Esp., 23: 374, 1999.
- *11. SALINAS SÁNCHEZ, A.S.; PASTOR GUZMAN, J.M.; MARTÍNEZ MARTÍN, M. y cols.: "Abscesos primarios del psoas. Aportación de tres casos y revisión de la bibliografía". Actas Urol. Esp., 15: 553, 1991.
12. PÉREZ HERBÓN, M.; RODRÍGUEZ CONSTENLA, I.; LADO LADO, F.L. y cols.: "Absceso primario de psoas". An. Med. Interna, 21: 64, 2004.