Absceso del músculo psoas-ilíaco por *Streptococcus agalactiae* como forma de presentación de fiebre de origen desconocido

P. KHOSRAVI SHAHI¹, A. DEL CASTILLO RUEDA, J. L. BARRERA SÁNCHEZ,
J. DE PORTUGAL ÁLVAREZ

¹Servicio de Oncología Médica. Servicio de Medicina Interna II. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

PSOAS MUSCLE ABSCESS BY *STREPTOCOCCUS AGALACTIAE* AS
WAY OF PRESENTATION OF FEVER OF UNKNOWN ORIGIN

RESUMEN

Presentamos el caso de una paciente con antecedentes de adenocarcinoma de endometrio tratada mediante cirugía y radioterapia, que presentó un absceso de psoas por *Streptococcus agalactiae* como causa de fiebre de origen desconocido, que respondió favorablemente a la antibioterapia y drenaje quirúrgico.

PALABRAS CLAVE: Absceso psoas. *S. agalactiae*. Fiebre de origen desconocido.

ABSTRACT

We present the case of a patient with precedents of endometrial carcinoma treated by surgery and radiotherapy, which presented a psoas abscess by *Streptococcus agalactiae* as cause of fever of unknown origin, which answered favorably to the antibiotherapy and surgical drainage.

KEY WORDS: Psoas abscess. *S. agalactiae*. Fever of unknown origin.

Khosravi Shahi P, Del Castillo Rueda A, Barrera Sánchez JB, De Portugal Álvarez J. Absceso del músculo psoas-ilíaco por Streptococcus agalactiae como forma de presentación de fiebre de origen desconocido. An Med Interna (Madrid) 2004; 21: 337-339.

INTRODUCCIÓN

La primera vez que se describió un absceso en el músculo psoas fue en 1881 por Mynter (1). Es una entidad poco frecuente (2) que se puede clasificar como primario (sin evidencia de un foco próximo) o secundario (a partir de un foco supurativo en la vecindad del músculo) (3), siendo los focos infecciosos más frecuentes el óseo, el tracto genitourinario y el tracto gastrointestinal (2,4). La presentación clínica puede ser inespecífica o con un cuadro caracterizado por fiebre, dolor en fosa ilíaca, inguinal o de cadera, impotencia funcional del miembro inferior afecto, con VSG elevada y leucocitosis con neutrofilia. En el diagnóstico del absceso del psoas es gran ayuda la utilización del TC y/o RM.

El *Streptococcus agalactiae* es un coco-gram positivo en cadena, beta hemolítico del grupo B, que produce infecciones en la mujer embarazada y puerpera, y en el recién nacido y que recientemente ha sido descrito como causa de infecciones en el adulto (5).

Esta bacteria tiene como principales reservorios el ano-recto y aparato genital femeninos, y ha sido implicada de manera excepcional como agente causal de absceso de músculo psoas (2,4,6). Las infecciones en el adulto por *streptococcus agalactiae* se suelen asociar a enfermedades debilitantes subyacentes, tales como diabetes mellitus, insuficiencia hepática y/o alcohólica, cáncer, insuficiencia renal...(2,7)

El *Streptococcus agalactiae* es el agente causal de diferentes infecciones: sepsis, neumonía y meningitis neonatales, endometritis, osteomielitis, endocarditis, artritis, infección de piel y partes blandas, fascitis necrosante...

CASO APORTADO

Presentamos el caso de una mujer de 58 años, con antecedentes personales de adenocarcinoma de endometrio grado III estadio IB tratado mediante cirugía (histerectomía total, doble anexectomía y linfadenectomía) seguido por radioterapia pélvica y curiterapia; oste-

oporosis de columna vertebral, esofagitis erosiva secundario al tratamiento oral con hierro por anemia ferropénica y leucopenia secundaria a la radioterapia.

Motivo de ingreso: acudió a urgencias por un cuadro de 3 meses de evolución caracterizado por varios episodios similares y repetidos de fiebre de igual o más de 38 °C con escalofríos, y lesión eritematosa, rojo brillante, sobrelevada en región hipogástrica y muslo derecho, seguido de dolor inguinal izquierdo que se irradia a rodilla y pierna izquierdas. Acompañada de dolor lumbar en el último episodio.

Exploración física: auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos sin soplos y murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: dolor a la palpación de hipocondrio y fosa iliaca izquierdos. Miembros inferiores: edema maleolar en pie izquierdo con leve fovea, sin signos de trombosis venosa profunda. Signo de Lassegue positivo a menos de 45° y Bragard negativo.

Pruebas complementarias:

VSG 114 mm en la primera hora. Hemograma: hemáties 3.910.000/ μ l; Hb 10,4 g/dl; htco. 31,2%; VCM 79,8; HCM 26,7 pg; CHCM 33,4 g/dl; ADE 17,9%; plaquetas 648.000/ μ l; leucocitos 10.100/ μ l con 88,6% de neutrófilos y 7,6% de linfocitos. Coagulación normal, salvo fibrinógeno de 884 mg/dl. Bioquímica: fosfatasa alcalina 211 U/L, GGT 153 U/L, proteínas totales: 6,8 g/dl, hierro 10 μ g/dl, IST 5%, transferrina 155 mg/dl, ferritina 540 μ g/dl, y resto normal.

Hemocultivos negativos. Urocultivo negativo. Ecografía abdominal normal. ECG y ecocardiograma transtorácico y transesofágico normales. Resto de pruebas complementarias normales.

La TC abdomino-pélvica evidenció una colección abscesificada a nivel del músculo ilio-psoas izquierdo con participación de la articulación coxofemoral izquierda (Figs. 1 y 2).

Fig. 1. TC abdomino-pélvica: se objetiva una colección abscesificada en el músculo psoas-ilíaco izquierdo.

Diagnóstico: Absceso del Psoas-ilíaco y artritis séptica de cadera izquierdos.

Tratamiento: Antibioterapia de amplio espectro intravenoso (piperacilina-tazobactam 4 g-0,5g/6h) durante 3 semanas y drenaje quirúrgico del absceso con obtención de muestras para cultivo.

Evolución: La paciente respondió de manera favorable al tratamiento, y el resultado de los cultivos del líquido articular evidenció el crecimiento de *Streptococcus agalactiae*, razón por la cual se realizó cultivos de exudados vaginal y rectal tras antibioterapia que fueron negativos y una colonoscopia que objetivó una rectosigmoiditis rídica.

Fig. 2. TC abdomino-pélvica: se objetiva absceso que afecta a la articulación coxofemoral izquierdo.

DISCUSIÓN

La fiebre de origen desconocido (FOD) en su definición clásica debe cumplir los siguientes criterios diagnósticos: a) fiebre de 38 o más grados determinada en varias ocasiones; b) más de 3 semanas de duración; c) ausencia de diagnóstico etiológico después de 3 días de estancia hospitalaria o 3 visitas extrahospitalarias, a pesar de las investigaciones adecuadas. En su etiología hay que tener en cuenta varios grandes conjuntos de patologías: enfermedades infecciosas (causa más frecuente), neoplasias, collagenopatías/ vasculitis y las misceláneas (8).

El absceso del psoas debe considerarse en el diagnóstico diferencial de las causas infecciosas, sobre todo cuando cursa con un cuadro compatible (fiebre, dolor inguinal, lumbociática, impotencia funcional...). La TC abdominal considerado por algunos autores como exploración de primera línea en el estudio de FOD, es especialmente útil en el diagnóstico de abscesos intrabdominales, más aún si la ecografía abdominal ha resultado negativa.

El tratamiento de absceso de psoas requiere una terapia combinada basada en antibioterapia de amplio espectro intravenoso, tales como piperacilina-tazobactam o carbapenémicos en monoterapia, cefepime + aminoglicósidos+ metronidazol, ampicilina + aminoglicósidos + metronidazol... (9) (posteriormente ajustado según resultados del cultivo y antibiograma) y drenaje del absceso (percutáneo o quirúrgico).

Entre las causas del absceso del psoas están las polimicrobianas, *S. aureus*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Brucella melitensis*, *Candida albicans*, *Equinococcus granulosus*... (2,6,10).

El *Streptococcus agalactiae* es una causa rara de absceso de psoas y está implicada en infecciones de la embarazada y del recién nacido por un lado; y del adulto por el otro.

Las infecciones en el adulto por *Streptococcus agalactiae* suelen producirse en pacientes de edad avanzada y/o con enfermedades debilitantes tales como diabetes, neoplasias, hepatopatías, alcoholismo, HTA, insuficiencia renal crónica etc...

Los cuadros en el adulto pueden ser: infección del tracto urinario, bacteriemia, endocarditis, infecciones osteoarticulares y osteomielitis, infección de piel y partes blandas (pie del diabético, celulitis, abscesos, úlceras en el pie, infecciones en úlcera de decúbito, fascitis necrosante, piomiositis).

En nuestro caso se trataba de un absceso del psoas como presentación de una FOD, causado por *Streptococcus agalactiae*, en una paciente con antecedente de una neoplasia y tratada con radioterapia.

Bibliografía

1. Mynter H. Acute psoitis. *Bufalo Med Surg J.* 1881; 21: 202.
2. Navarro V, Meseguer V, Custardoy J. Absceso de psoas por *Streptococcus agalactiae* secundario a espondilodiscitis lumbar. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 276-7.
3. Pila Pérez R, Rivero García C, Fernández Marichal F. Absceso primario del músculo psoas. Presentación de 1 caso y revisión de la literatura. *Rev Cubana Cir* 2001; 40: 149-53.
4. Córdoba J, Pigrau C, Pahissa A, Almirante B, Gasser I, Martínez-Vázquez JM. Absceso de psoas: utilidad diagnóstica y terapéutica de la ecografía y de la tomografía computerizada. *Med Clin (Barc)* 1992; 99: 568-70.
5. Harrison LH, Ali A, Dwyer DM, Libonati JP, Reeves MW, Elliot JA, et al. Relapsing invasive group B streptococcal infection in adults. *Ann Intern Med* 1995; 123: 421-7.
6. Lin MF, Lau YJ, Hu BS, Shi ZY, Lin YH. Pyogenic psoas abscess: analysis of 27 cases. *J Microbiol Immunol Infect* 1999; 32: 261-8.
7. Bouza E, Rodríguez-Creixems M, García-Lechuz J. Infecciones causadas por *Streptococcus*. Farreras-Rozman. *Medicina Interna*. vol 2. 14 Edición 2000: 2560-2.
8. Mourad O, Palda V, Detsky AS. A comprehensive evidence-based approach to fever of unknown origin. *Arch Intern Med* 2003; 163: 545-51.
9. Jimenez Murillo L, Montero Pérez FJ. Shock. Compendio de medicina de urgencias: guía terapéutica. Madrid: Ediciones Harcourt 2002: 11-17.
10. Ricci MA, Frederick B, Rose MD, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess: worldwide variations in etiology. *World J Surg* 1986; 10: 834-43.