

Absceso primario de Psoas por Streptococo pneumoniae

Álvarez Múgica M, Jalón Monzón A, González Álvarez RC, Escaf Barmadah S, Martín Benito JL, Regadera Sejas J.

Servicio de Urología 1. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias.

Actas Urol Esp. 2006;30(9):943-946

RESUMEN

ABSCESO PRIMARIO DE PSOAS POR STREPTOCOCO PNEUMONIAE

Introducción y objetivos: Aportar a la literatura un nuevo caso de absceso primario de Psoas, con afectación también del Cuadrado Lumbar.

Métodos: La paciente es una mujer de 65 años que consultó por dolor en fosa renal izquierda y en cadera izquierda de 1 mes de evolución. En TAC se objetivó la presencia de una masa retroperitoneal con componente quístico que infiltraba el Músculo Psoas y el Músculo Cuadrado Lumbar. Se drenó obteniéndose 1800 cc de material purulento, aislándose en él un Streptococo pneumoniae.

Resultados: En TAC de control 21 días después de su drenaje, presentaba una mínima colección en pelvis menor.

Conclusión: Los Abscesos primarios de Psoas son una entidad poco frecuente y con una baja tasa de mortalidad si se realiza un tratamiento adecuado.

Palabras clave: Masa retroperitoneal. Absceso. Músculo Psoas. Streptococo pneumoniae.

ABSTRACT

PRIMARY PSOAS ABSCESS DUE TO STREPTOCOCO PNEUMONIAE

Introduction and objectives: To report to the literature a new case of primary psoas abscess.

Methods: The patient is a 65 years old woman who suffered back and left hip pain for approximately 1 month. A CTA showed a retroperitoneal mass that involved the left Psoas. It was drained 1800 cc of purulent fluid infected by Streptococo pneumoniae.

Results: In a CTA made 21 days after drainage, showed a very small residual collection.

Conclusions: Primary Psoas Abscess are a very rare entity, with a low rate of mortality if well treated.

Keywords: Retroperitoneal mass. Abscess. Psoas muscle. Streptococo pneumoniae.

Los abscesos de psoas son una entidad clínica poco frecuente, cuya sintomatología es insidiosa e inespecífica. La mayoría de ellos primarios, y suelen afectar a niños. La tasa de mortalidad por esta patología es poco frecuente, estando en relación con un drenaje inadecuado y/o retrasado. La afectación conjunta del psoas y el cuadrado lumbar es aún menos frecuente. Aportamos el caso de una mujer adulta con un absceso primario de psoas con afectación también del cuadrado lumbar.

CASO CLÍNICO

Mujer de 65 años, que presentaba como antecedentes de interés etilismo crónico, y polimialgia reumática a estudio en el momento de nuestro ingreso. Consultó por dolor de 1 mes de evolución de tipo cólico en flanco izquierdo con mala respuesta a analgésicos, sin otra sintomatología miccional asociada. Asimismo, refería dolor a la movilización de la cadera, sobre todo a la flexión de la misma, y en los días previos al ingreso, dolor también a la deambulación. A la explora-

ción presentaba un abdomen globuloso, no doloroso, sin masas ni megalias. Los parámetros analíticos en sangre y orina eran normales salvo una leve leucocitosis.

La ecografía abdominal refería una masa polilobulada y muy heterogénea de 11 x 8 cm, que parecía originarse en el hilio renal izquierdo creciendo hacia retroperitoneo, sin afectación de la vía urinaria. El primer T.A.C. realizado demostró una masa retroperitoneal con componente quístico y zonas sólidas con grasa en su interior, que desplazaba al riñón izquierdo e infiltraba el músculo Psoas izquierdo y el Cuadrado Lumbar izquierdo (Fig. 1). La gammagrafía ósea realizada resultó negativa. Se practicó punción guiada por T.A.C. obteniéndose líquido sanguinolento sin celularidad atípica. La paciente permaneció afebril, con persistencia de la leucocitosis. Los urino cultivos y hemocultivos resultaron negativos.

Dado que los hallazgos de la punción no fueron concluyentes y ante el aumento del perímetro abdominal de la paciente, se decide repetir el T.A.C que evidenció una disminución del tamaño de la masa que infiltraba el músculo psoas y el cuadrado lumbar, apareciendo una nueva colección retroperitoneal y extraperitoneal de 27 x 11 cm, que se extendía hasta pelvis menor (Figs. 1, 2, 3 y 4).

Ante la sospecha de absceso retroperitoneal y dado su gran tamaño se decidió drenaje por vía abierta, extrayéndose 1800 cc de contenido sero-



FIGURA 1. TAC 1: Masa retroperitoneal de 11 x 8 cm que infiltra Psoas y Cuadrado Lumbar izquierdo, desplazando el riñón izquierdo.



FIGURA 2. TAC 2: Marcada disminución del tamaño de la colección perirrenal.



FIGURA 3. TAC 2: Gran colección extraperitoneal que desplaza asas de intestino.



FIGURA 4. TAC 2: Colección de 28 cm de diámetro máximo retroperitoneal.

purulento (Figs. 5 y 6). En el cultivo del material obtenido creció *Streptococo pneumoniae*, siendo negativo para anaerobios y otros. En T.A.C. de control realizado 3 semanas después de la intervención se observó la práctica resolución del proceso, permaneciendo una mínima cantidad de líquido en pelvis menor.



FIGURA 5: Salida de material purulento a través de incisión en peritoneo posterior.

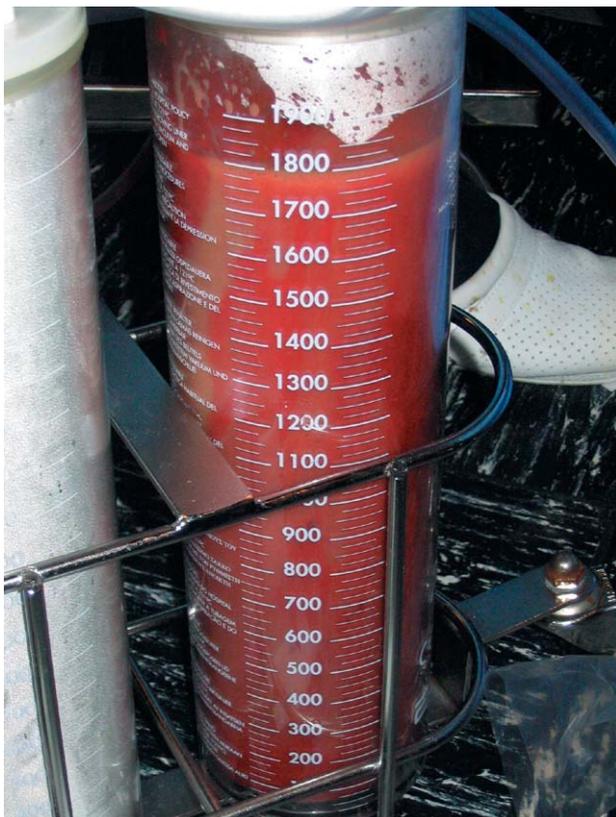


FIGURA 6: 1.800 cc de material seropurulento.

DISCUSIÓN

Los abscesos psoas son una entidad clínica poco frecuente, con una presentación clínica habitualmente vaga e inespecífica. El 70% son primarios, en los cuales no hay un foco de infección y este suele estar oculto¹. El músculo psoas está muy próximo a estructuras pélvicas y abdominales importantes pudiendo verse afectado por procesos infecciosos a estos niveles dando lugar a un absceso secundario. Entre las entidades más frecuentemente relacionadas con los abscesos secundarios estarían la Enfermedad de Crohn, apendicitis, colitis, neoplasias de colon, así como todo tipo de infecciones intraabdominales y retroperitoneales².

Hay estudios que demuestran que en países desarrollados hay mayor incidencia de Abscesos secundarios, siendo la fuente primaria de infección procesos gastrointestinales. En países de Asia y África, el 99% de los Abscesos de Psoas son primarios, comparado con el 61% en EEUU y Canadá, y el 18,7% en Europa^{1,2}.

Aproximadamente el 70% de los Abscesos primarios ocurren en pacientes menores de 30 años, siendo más frecuentes en el sexo masculino (3:1)³. En la década de los 90 la mayoría de estos pacientes eran ADVP (86%) y VIH + (57%), existiendo casos descritos en pacientes con etilismo⁴. En cuanto a su localización, tienen predominio en el lado derecho, y sólo en un 3% de los casos se presenta de forma bilateral. En los Abscesos secundarios, no hay clara relación con la edad ni el sexo, aunque sí se localizan con más frecuencia en el lado derecho. En estos últimos los gérmenes entéricos son los causantes del proceso en la mayoría de los casos^{5,6}.

Los abscesos primarios son monomicrobianos en el 87,5% de los casos, siendo el microorganismo más frecuentemente implicado el *Staphylococo aureus* (88%), seguido de *Streptococos* (4,9%) y *Escherichia coli* (2,8%). Otros gérmenes descritos serían la *Pasturella* y el *Proteus*. Son varias las especies de *Streptococo* que han sido descritas como causantes de Abscesos de Psoas, como son el *Streptococo agalactiae*, el *Streptococo pneumoniae*, y el *Streptococo milleri*. Los cultivos de sangre son positivos en el 41,7% de los casos, habitualmente por *Staphylococo aureus*². Los mecanismos propuestos para la formación de estos

abscesos son, la diseminación hematógena de un foco de infección primario, o bien secundarios a un traumatismo local con formación de hematoma intramuscular que predisponga a la formación de un absceso⁷.

La clínica que presentan estos pacientes suele ser insidiosa e inespecífica, lo que ocasiona un retraso medio en el diagnóstico de unas 6 semanas. La triada sintomática clásica incluye dolor, cojera y fiebre, aunque esta se presenta en un pequeño porcentaje de casos. El dolor suele localizarse en la cadera ipsilateral, aunque en ocasiones se irradia a la pared abdominal, espalda, área inguinal, flanco, rodilla, o incluso a la pantorrilla. La mayoría de pacientes presentan malestar, pérdida de peso, anorexia y masa palpable⁸.

La ecografía es una buena técnica inicial para el diagnóstico ante sospecha de un absceso de psoas, comportándose este como una masa hipocogénica, sin embargo su sensibilidad diagnóstica es baja (40-57%). El TAC es la técnica de elección con una sensibilidad del 91-100%⁵. El TAC junto con el cultivo del material obtenido por punción aspiración serían las técnicas más adecuadas para el diagnóstico de esta patología según la mayoría de los autores. La R.N.M. sería muy útil, pero presenta el inconveniente de su elevado coste y su limitada disponibilidad^{5,6}.

Entre los diagnósticos diferenciales de los Abscesos de Psoas, se incluirían: artritis de cadera, necrosis avascular de cadera, cadera irritable, fascitis necrotizante del músculo psoas, enfermedad inflamatoria intestinal, apendicitis retrocecal, hernia discal de S1, osteomielitis vertebral o pélvica y abscesos epidurales^{3,9}.

El tratamiento de esta entidad puede realizarse, mediante drenaje guiado por ecografía o por

TAC combinado con antibioterapia parenteral¹⁰, y en ocasiones en que el pus es muy espeso o en casos en los que exista afectación intestinal, el drenaje abierto sería el indicado. La tasa de morbimortalidad de estos pacientes está en torno al 2,5%, estando estos casos en relación con un drenaje inadecuado y/o retrasado².

REFERENCIAS

1. Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O. Psoas abscess: case report and review of the literature. *J Urol*. 1992;147(6):1624-1626.
2. Ricci MS, Rose FB, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess: worldwide variations in etiology. *World J Surg*. 1986;10(5):834-843.
3. Bresee JS, Edwards BS, Edwards MS. Psoas abscess in children. *Pediatr Infect Des J*. 1990;9:201-206.
4. Santaella RO, Fishman EK, Lipsett PA. Primary vs secondary iliopsoas abscess. *Arch Surg*. 1995;130:1309-1313.
5. Pigrau C, Pahissa A. Absceso de psoas ¿una enfermedad enigmática?. *Med Clin (Barc)* 1990;12:456-458.
6. 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.
7. Isabel L, MacTaggart P, Graham A, Low B. Pyogenic psoas abscess. *Aust N Z J Surg*. 1991;61:857-860.
8. Haines JD, Chop WM, Towsley DK. Primary psoas abscess an often insidious infection. *Post-Grad Med*. 1990;87:287-288.
9. El Hassani S, Echarrab el-M, Bensabbah R, Attaibi A, Kabiri H, Bourki K, y cols. Primary psoas abscess. A review of 16 cases. *Rev Rhum Engl Ed*. 1998;65:555-559.
10. McAuliffe W, Clarke G. The diagnosis and treatment of psoas abscess: a 12 year review. *Aust N Z J Surg*. 1994;64:413-417.

Dr. M. Álvarez Múgica
 Servicio de Urología I
 Hospital Universitario Central de Asturias
 Celestino Villamil, s/n
 33006 Oviedo
 E-mail: malvarez79@mixmail.com

(Trabajo recibido 21 de septiembre de 2006)