

Cartas al Director

Absceso de psoas complicando la enfermedad de Crohn: estudio de 5 pacientes

Palabras clave: Absceso de psoas. Enfermedad de Crohn.

Key words: Psoas's abscess. Crohn's disease.

Sr. Director:

El absceso de psoas (AP) secundario a enfermedad de Crohn (EC) se produce a partir de la fistulización y microperforación de la pared posterior del íleon terminal en el músculo psoas. El AP puede presentarse como primera manifestación de la EC (26% de los casos) (1) o durante la evolución de los pacientes con este proceso. Se analizan 5 casos de AP en pacientes con EC de evolución tórpida y afectación del íleon terminal.

Se revisaron las historias clínicas de los enfermos de Crohn diagnosticados entre enero de 1993 y agosto de 2002 en el hospital Donostia de San Sebastián. Se estudiaron 117 pacientes (74 hombres y 43 mujeres) que fueron causa de 194 admisiones en el Servicio de Digestivo (2,3% del total de ingresos). De la serie, cinco tuvieron un AP derecho.

Los cinco pacientes (3 hombres y 2 mujeres) tenían una edad comprendida entre 25 y 47 años (promedio 40 años y 5 meses). En los cinco casos la EC afectaba al íleon terminal y en cuatro, además, al colon ascendente, transversal y/o sigma. En uno el absceso atrapaba al uréter y daba lugar a una hidronefrosis, en otro incluía el apéndice cecal y disecaba las apófisis espinosas de las vértebras contiguas. En otro caso el absceso se extendía hacia el músculo recto anterior del abdomen. El tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la EC hasta la aparición del AP varió entre 10 meses y 20 años. En todos los enfermos hubo síndrome febril, presencia de masa palpable en FID, dolor que aumentaba con la hiperextensión de la cadera, VSG elevada, anemia, leucocitosis y trombocitosis. Los métodos de ima-

gen (ECO y TAC) fueron diagnósticos en los 5 casos (Figs. 1 y 2) y en 2 se observó el trayecto fistuloso. Los cultivos de pus del absceso fueron positivos en dos. Se hallaron varios gérmenes (*P. aeruginosa*, *E. agglomerans* y *B. fragilis*). Los tres con cultivo negativo habían recibido antibióticos con anterioridad. Se intervino quirúrgicamente a cuatro pacientes: dos con drenaje extraperitoneal y otros dos con drenaje más resección de íleon y/o colon. A las 4-6 semanas, dos de los 4 operados precisaron drenaje y/o resección del íleon y colon además de antibioterapia por recidiva del absceso.

Los abscesos intraabdominales ocurren aproximadamente en el 10-25% de los pacientes con EC (2). Los abscesos musculares más habituales son los del psoas (5% de los pacientes con EC) y, más raramente, los de glúteos. Los hepáticos, raquídeos y presacroson excepcionales. En 1954, Van Patter y cols. (3) de la Clínica Mayo describieron el primer caso de AP secundario a EC. Hasta 1985 se habían publicado 49 casos en la literatura médica (1). El AP complicando la EC puede disecar el músculo caudal o la pared posterior del abdomen y llegar hasta la región crural o lumbar respectivamente. Se presenta sobre todo en pacientes con más de 7 años de evolución, afectación intestinal extensa y que

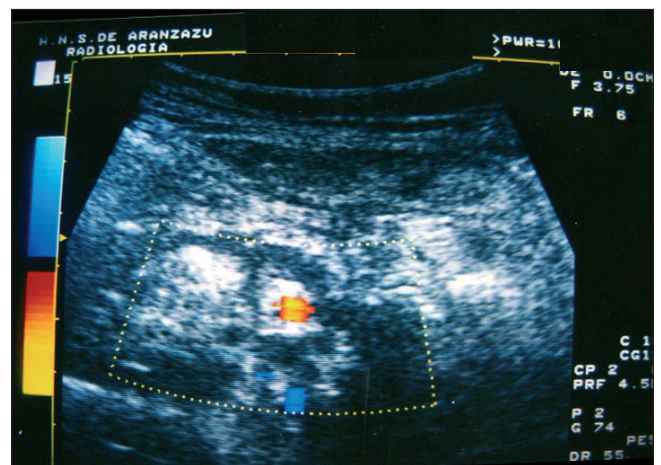


Fig. 1.- Eco-Doppler: absceso de psoas derecho.

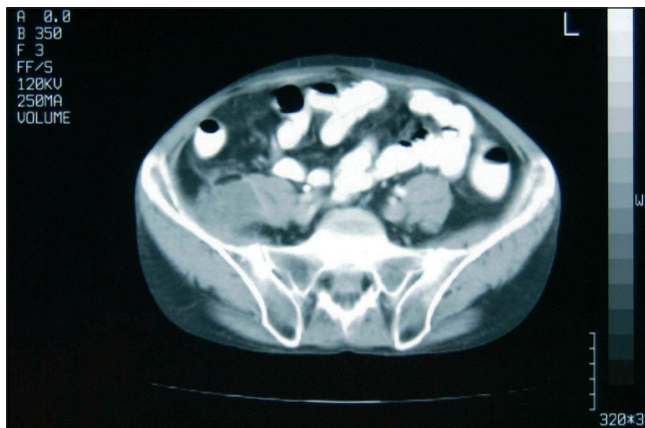


Fig. 2.- TAC abdómino-pélvico: absceso de psoas con gas en su interior.

han recibido corticoides. De nuestros casos, en tres el intervalo transcurrido hasta la aparición del AP fue superior a 10 años y dos seguían tratamiento esteroideo. Las manifestaciones clínicas dependen de la EC y del tamaño del absceso. Cuando este es la primera manifestación pero aún no se conoce la existencia de la EC, hay que correlacionar sus síntomas con los de la enfermedad intestinal y descartar el AP sin una puerta de entrada conocida. La clínica típica de fiebre, masa en FID y disminución de motilidad en pierna derecha puede estar enmascarada en los pacientes tratados con esteroides y/o antibióticos. Antes de la utilización rutinaria de los métodos de imagen, el diagnóstico preoperatorio se hacía sólo en el 54% de los casos (1).

La TC abdominal es el procedimiento de elección (4). Su rentabilidad (100%) mayor que la de la ecografía, permite no sólo identificar una colección de densidad baja, con o sin gas en su interior, y de pared gruesa que se intensifica tras la administración de contraste intravenoso, sino que suministra datos sobre la enfermedad subyacente. El diagnóstico diferencial se

hace con los hematomas y tumores. El aislamiento de gérmenes gram negativos y/o anaerobios en el pus extraído por PAAF confirma el diagnóstico. El drenaje percutáneo asociado a antibioterapia y nutrición enteral se considera la primera línea de tratamiento antes de la cirugía en ausencia de fístula enteral. Evita la intervención temprana durante las semanas siguientes al drenaje en el 50% de los casos (5), reduce la morbilidad quirúrgica y también la estancia hospitalaria. Cuando es insuficiente se hace cirugía con drenaje del absceso, resección del segmento afectado con o sin reconstrucción inmediata del paso intestinal y cierre de los orificios fistulosos a intestino sano (6). Siempre deben asociarse antibióticos, nutrición parenteral y profilaxis antitrombótica.

E. Zapata, A. Cosme, E. Ojeda¹, M. Poch² y A. Arriola

*Servicios de Digestivo, ¹Medicina Interna y ²Radiología.
Hospital Donostia. San Sebastián, Guipúzcoa*

Bibliografía

1. Ricci MA, Meyer KK. Psoas abscess complicating Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 1985; 80: 970-7.
2. Keighley MRB, Eastwood D, Ambrose NS, Allan RN, Burdon DW. Incidence and microbiology of abdominal and pelvic abscess in Crohn's disease. *Gastroenterology* 1982; 83: 1271-5.
3. Van Patter WN, Barger JV, Dockerty MB. Regional enteritis. *Gastroenterology* 1954; 26: 350-4.
4. Brenner HI, Fishman EK, Harris ML, Bayless TM. Musculoskeletal complications of Crohn's disease: the role of computed tomography in diagnosis and patient management. *Orthopedics* 2000; 23: 1181-5.
5. Gervais DA, Hahn PF, O'Neill MJ, Mueller PR. Percutaneous abscess drainage in Crohn disease: technical success and short- and long-term outcomes during 14 years. *Radiology* 2002; 222: 645-51.
6. Acea Nebrija B, Freire Rodríguez D, Sánchez González F, Fraguera Mariña J, Taboada Filgueira L, Gómez Freijoso C. Abscesos de psoas en la enfermedad de Crohn. Valoración preoperatoria y actitud quirúrgica. *Gastroenterol Hepatol* 1997; 20: 412-4.