

## Shock séptico por mionecrosis primaria del psoas

### Septic shock due to primary myonecrosis of psoas

Sr. Director:

La mionecrosis y el absceso del psoas son patologías infrecuentes pero potencialmente muy graves. Se clasifican según su forma de presentación como primarias o secundarias siendo el germen más frecuente en el caso de la «psoitis» primaria el *Staphylococcus aureus*, y de las secundarias *Escherichia coli*, *Pseudomonas*, *Proteus* y *Bacteroides*.

Presentamos el caso de un paciente de 59 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2, enfermedad vascular cerebral, enolismo (>200 g/d) y sin tratamiento previo. Cuadro de dolor en región lumbar derecha con impotencia funcional acompañante de un mes de evolución con la siguiente analítica: glucosa 400 mg/dl, acidosis metabólica, con láctico de 12 mmol/l, Cr 2,75 mg/dl, TP 55. Ecografía abdominal y ecocardiografía sin hallazgos patológicos. Crecimiento de *S. aureus* en hemocultivos, iniciando tratamiento antibiótico con cloxacilina y gentamicina. Mala evolución con coagulopatía y shock séptico por la que se realizó TAC abdominal donde se objetivaron colecciones líquidas en músculo psoas iliaco derecho, que se extendían caudalmente hasta región inguinal compatibles con abscesos o mionecrosis (fig. 1).

Se decidió realizar laparotomía exploratoria urgente. En región anterior de psoas se visualizó colección hematomatopurulenta que se drenó y se realizó biopsia de músculo; mientras que el absceso se puncionó durante el acto quirúrgico con extracción de escaso material purulento. Mala evolución posterior siendo éxitus a las 36 h de estancia en UCI.



Figura 1 TAC abdomino-pélvico con imagen de absceso/necrosis en psoas derecho.

Postmortem se recibieron resultados de cultivos de absceso retroperitoneal y hemocultivos positivos para *S. aureus*, sensible al tratamiento antibiótico pautado. En biopsia se objetivaron fragmentos laminados de tejido adiposo y necróticos con focos fibrinoleucocitarios y hemorragia, compatible con mionecrosis del psoas o absceso piógeno del psoas, clasificado como primario al no evidenciarse otro foco responsable del proceso.

El absceso primario del psoas fue descrito por primera vez por Mynter<sup>1</sup> en 1881 y desde entonces existen en la literatura artículos con cortas series de casos y casos aislados que hacen referencia a esta patología<sup>2-4</sup>. La incidencia de esta patología es baja, aunque debido a su dificultad para la sospecha puede estar infraestimada. Parece más frecuente en pacientes jóvenes y existen varios factores predisponentes para la afectación primaria, como se propone en el artículo publicado por Pila et al<sup>5</sup>. La presentación clínica más frecuente suele ser dolor en fosa iliaca, dolor para la hiperextensión (signo del psoas), fiebre y en ocasiones una masa palpable a nivel de la fosa iliaca. No suele presentarse de forma aguda, sino como un proceso insidioso de hasta un mes de evolución. El diagnóstico se centra principalmente en una alta sospecha clínica, realizándose el diagnóstico definitivo con alguna prueba de imagen, ecografía o TAC abdominal, más sensible y rentable. Respecto al tratamiento existe en la literatura una variedad de actitudes frente a la psoitis, desde el tratamiento conservador hasta la cirugía abierta. Son necesarios más estudios para valorar la mayor o menor eficacia de uno u otro tratamiento. Hay que tener en cuenta que es una patología poco frecuente y probablemente infradiagnosticada, lo cual hace difícil la realización de estudios clínicos adecuados.

### Bibliografía

1. Mynter H. Acute psoitis. Buffalo Med Surg J. 1881;21:202-9.
2. Lam SF, Hodgson AR. Non-spinal pyogenic psoas abscess. JBJS Am. 1966;48:867-77.
3. Penado S, Campo JF. Absceso de psoas. Descripción de una serie de 23 casos. Enferm Infecc Microbiol Clín. 2001;19:257-60.
4. Ballesteros JC, Gutiérrez S, Rodríguez E, Fernández C. Absceso primario del psoas y meningitis aguda. Una asociación infrecuente. Medicina Intensiva. 1999;23:386-7.
5. Pila R, Rivero C, Fernández F. Absceso primario del músculo psoas. Presentación de un caso y revisión de la literature. Rev Cubana Cir. 2001;40:149-53.

J. González Robledo\*, M.E. Pérez Losada,  
J.C. Ballesteros Herráez y A. Rodríguez Encinas

Servicio de Medicina Intensiva, Complejo Hospitalario de Salamanca, Salamanca, España

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: jagrobledo@yahoo.es  
(J. González Robledo).

doi:10.1016/j.medin.2010.07.004