

Gran absceso de psoas manejado con drenaje percutáneo con excelente resultado. Reporte de caso

Edward Díaz Jiménez¹, Guerliz Chávez², Alfonso Valencia³

¹ Estudiante especialización en Pediatría. Universidad libre Seccional Cali. Colombia

² Docente de Cirugía Pediátrica. Especialización en Pediatría. Universidad Libre seccional Cali. Colombia

³ Docente de Epidemiología. Especialización en Pediatría. Universidad Libre seccional Cali. Colombia

RESUMEN

El absceso del musculo psoas es una entidad poco frecuente en pediatría con un cuadro clínico inespecífico y puede pasar desapercibida ante el poco conocimiento de este cuadro por parte del personal de salud. La demora en el diagnóstico aumenta el riesgo de complicación y la diseminación a otros órganos. Sin embargo, los adelantos tecnológicos en los métodos diagnósticos ha mejorado la detección rápida y precisa.

El tratamiento a través del drenaje percutáneo es un método seguro y eficaz, y puede indicarse en conjunto con la terapia antibiótica para asegurar mejores resultados. Presentamos el caso de un paciente con absceso de psoas de gran tamaño manejado con drenaje percutáneo con excelente resultado en el Hospital Infantil Los Ángeles de la ciudad de Pasto, Colombia.

ABSTRACT

The psoas muscle abscess is a rare entity in children with nonspecific clinical symptoms and can go undetected to the little knowledge of this disease by the clinics. The delay in diagnosis increases the risk of complications and spread to other organs. But technological advances in diagnostic methods have improved the rapid and accurate detection.

Treatment by percutaneous drainage is a safe and effective, and can be indicated in conjunction with antibiotic therapy to ensure better results. We report a patient with psoas abscess large managed with percutaneous drainage with excellent result at Hospital Infantil Los Ángeles in Pasto, Colombia.

Palabras clave: absceso, psoas, drenaje percutáneo



Universidad Libre, seccional Cali
Información de contacto: E. Díaz, correo electrónico:
edwdiaz29@yahoo.es
Recibido: Mayo de 2013. Aceptado: Junio de 2013

Introducción

El absceso piógeno del psoas es una patología poco frecuente en pediatría. (1,2) Pero durante los últimos años se han detectado modificaciones en cuanto a su etiología, variedad de presentación, modalidades diagnósticas y en su manejo, disminuyendo las complicaciones (3). Igualmente hay un aumento en el número de casos diagnosticados. Esto se debe a la disponibilidad de técnicas imagenológicas avanzadas como la ecografía y la tomografía computarizada.

El caso

Paciente que consultó al servicio de urgencias del Hospital Infantil los Ángeles por cuadro de 8 días de evolución consistente en limitación progresiva para la marcha y dolor a la movilización de cadera izquierda. Luego inicia aparición de masa en ingle izquierda que aumentó de tamaño, acompañada de fiebre no cuantificada, émesis en una ocasión, sin síntomas urinarios. No hubo antecedente de trauma.

Al examen físico se encontró paciente estable, afebril, algico, en cuna. Con frecuencia cardíaca de 110/min, respiratoria de 25/min, temperatura de 37°C y peso de 10 Kg. No

toleraba la deambulacion, con flexión constante de miembro inferior izquierdo, limitación y dolor a la extensión del mismo. No había dolor a la movilización de cadera. Se palpó una masa indurada en región inguinal izquierda de, aproximadamente, 5 x 3 cm dolorosa, sin eritema calor o rubor. Resto del examen físico sin alteraciones (Figura 1).

Se sospechó hernia inguinal encarcelada, se solicitaron paraclínicos y valoración por cirugía pediátrica. Resultado de exámenes:

- Hemograma: leucocitos: 18000 c/mm³; neutrófilos: 80%; linfocitos: 20%; hemoglobina: 12 g/dL, plaquetas: 250000



Figura 1. Evidencia de masa inespecífica en región inguinal izquierda.



Figura 2. Imagen de colección en fosa iliaca izquierda

c/mm³.

- Proteína C Reactiva (PCR): 98
- Ecografía de tejidos blandos: imagen que sugiere colección en región iliaca izquierda poco delimitada.
- TAC Abdominopelvico: se observa gran colección dependiente de musculo psoas izquierdo que se extiende hasta parte superior del muslo con mayor diámetro a nivel de fosa iliaca izquierda de 10 x 12 cm. Multilobulado. (Figura 2). ELISA-VIH: negativo
- PPD: negativo
- IgA, IgG, IgM: normales
- Parcial de orina: negativo
- Urocultivo: negativo
- Hemocultivo: negativo

Se inició manejo antibiótico con clindamicina (40 mg/kg/día) y se colocó un catéter percutáneo para drenaje guiado por TAC (Figura 3), tomándose cultivo de secreción que reportó positivo para *Staphylococcus aureus*

sensible a todos los antibióticos. Se completaron 10 días de tratamiento antibiótico y se realizó ecografía de control donde se evidenció resolución total. Paciente presentó muy buena evolución clínica.

Discusión

En la revisión bibliográfica realizada para este reporte de caso, son escasas las series numerosas en niños, aunque todas ellas coinciden en los datos recogidos sobre esta patología (1). Afecta más al sexo masculino y la edad de presentación es variable, con el mayor número de casos diagnosticados entre los 3 y los 9 años de edad (4).

Alrededor del 80% - 90% de los casos de abscesos primarios tienen como germen causal *S. aureus* (5). En los abscesos secundarios (perinefríticos, apendiculares o por linfadenitis) predominan infecciones entéricas, entre las cuales el agente más frecuentemente aislado es *Escherichia coli*. En los abscesos



Figura 3. Ubicación del catéter percutáneo en medio del absceso.

secundarios a osteomielitis de columna vertebral es común *Mycobacterium tuberculosis* sin embargo esta extensión tuberculosa del Mal de Pott al iliopsoas se encuentra descrita como una entidad aparte (6).

El microorganismo detectado en nuestro paciente a través de cultivo de la secreción fue *S. aureus* sensible a todos los antibióticos, llama la atención la presentación de esta patología en este paciente ya que por la edad es poco común, además del tamaño tan grande y ser de origen primario.

El origen de los abscesos primarios continúa siendo incierto, se propone la diseminación linfática o hematológica de un sitio oculto asociado o un traumatismo muscular (7,8) El músculo psoas se encuentra ricamente vascularizado lo que puede favorecer una siembra hematológica. En el origen de los abscesos secundarios predominan los focos óseo, genitourinario y gastrointestinal. En las revisiones se describen diferentes factores

asociados donde toman importancia enfermedades crónicas, desnutrición, traumatismos, usuarios de drogas parenterales y cada vez con mayor frecuencia infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (9,10). En el paciente se descartaron posibles inmunodeficiencias asociadas para la presentación de esta enfermedad.

Generalmente, la presentación clínica es de tipo inespecífico (3). En este paciente, la clínica no era específica del cuadro y se diagnosticó excluyendo otras patologías que se sospecharon inicialmente como hernia inguinal encarcelada. La mayoría de pacientes presentan fiebre, deformidad en flexión de cadera, dolor en fosa iliaca, cojera o dificultad para la marcha así como una masa palpable a nivel de la fosa iliaca.

Debido a la inervación del músculo psoas por las raíces L2, L3 y L4 el dolor producido por la inflamación en algunas ocasiones se irradia anteriormente hacia cadera y muslo; otros síntomas son náuseas, malestar y pérdida de

peso (10). Se puede encontrar dolor limitante a la flexo-extensión de la cadera homo-lateral, descrito como signo del psoas (en 15 - 69%), en donde se halla flexión indolora del muslo sobre la cadera y desencadenamiento de dolor al extender el miembro inferior (6,11). Este signo estaba ausente en este caso.

Para el diagnóstico se debe tener una alta sospecha clínica, los síntomas descritos junto con los hallazgos al examen físico. Datos analíticos característicos son: la leucocitosis, con desviación a la izquierda, la PCR y la eritrosedimentación elevadas en el 90% de los pacientes con absceso de psoas (12). Estos estaban presentes en el paciente.

El uso de imágenes es necesario para confirmar el diagnóstico, a pesar del uso de la radiografía de abdomen y la ecografía con buenos resultados en algunos casos. La tomografía computada es la técnica diagnóstica de elección, con una sensibilidad del 90-100% (13)

El tratamiento se basa en 3 pilares básicos: uso de antibióticos, drenaje del absceso y tratamiento de la enfermedad de base (en los secundarios). Mientras se carezca de diagnóstico microbiológico deben emplearse antibióticos de amplio espectro para cubrir los

gérmenes más frecuentes. En cuanto al drenaje del absceso, en los últimos años la vía percutánea dirigida por ecografía o TAC ha sido la técnica de elección (14).

La cirugía abierta es más útil en abscesos multilobulados o con foco infeccioso genitourinario o abdominal. El drenaje laparoscópico tiene las ventajas de las dos técnicas descritas anteriormente y es superior a la cirugía abierta ya que tiene menos complicaciones y ofrece un drenaje más completo (15). En este paciente, a pesar de los hallazgos de múltiples lobulaciones, se realizó drenaje percutáneo guiado por TAC con muy buena respuesta y el drenaje total del material purulento.

Conclusiones.

El conocimiento de esta enfermedad, la sospecha diagnóstica oportuna, el empleo de las técnicas de imagen adecuadas y la búsqueda de alteraciones del sistema inmune, nos permitirá hacer un diagnóstico precoz e iniciar tratamiento de manera rápida por medios mínimamente invasivos, disminuyendo la morbimortalidad y las complicaciones presentes con esta entidad.

Referencias

1. Bresee J, Edwards M. Psoas abscess in children. *Pediatr Infect Dis J* 1990; 201-206.
2. Doumbouya N, N'Goan-Domoua AM, Aguehoude C, De Silva- Anon S, Roux C. Primitive psoas abscess in children; diagnostic difficulties an non surgical treatment: apropos of 2 cases. *Bull Soc Pathol Exot* 1998; 91: 154-155.
3. Medina J, Vivas V. Absceso del psoas: Revisión de la literatura y estado actual. *Rev Colomb Cir.* 2004; 10(3).
4. Jordan-García I, et al. Absceso de psoas en Pediatría. A propósito de dos casos. *An Esp Pediatr* 1999; 50: 172-174.

5. Oosthuizen, GV. Harrower, JE. Hadley, GP. Psoas abscess in children: making the diagnosis. *Trop Doct.* 2006;36(4):246-7
6. Babafemi T. Psoas Abscess: A Primer for The internist. *South Med J*, 94(1): 2-5. 2001.
7. Malthotra R, Singh K, Bhan S. Primary pyogenic abscess of the Psoas muscle. *J Bone Joint Surg Am.* 1992; 74: 278-284.
8. Mallick, IH. Thoufeeq, MH. Rajendran, TP. Iliopsoas abscesses. *Postgrad Med J.* 2004; 80: 459-62.
9. Gómez O, et al, absceso de psoas en pediatría: cuadro clínico, diagnóstico por imágenes y tratamiento. *Rev. Argent. Radiol.* 2004; 68: 8899.
10. Lores C, Gerstner J. Gerstner. Absceso piógeno del psoas. Descripción de casos registrados en el Hospital universitario del Valle. *Rev Col de Or Tra.* 2006; 20(2).
11. Navarro V, Meseguer V, fernández A, Medrano F, Sáez J, Puras A. Absceso del músculo psoas. Descripción de una serie de 19 casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1998;16: 118-122.
12. Nabil Y M Riyad M, Alaa Sallam M, Nur A. Case Report: Pyogenic Psoas abscess: Discussion of its Epidemiology, Etiology, Bacteriology, Diagnosis, Treatment and Prognosis, *Kuwait Medical Journal* 35 (1): 44-47. 2003
13. Pérez-Fernández, S. de la Fuente- Aguado, J. Fernández-Fernández, FJ. Rubianes-González, M. Sopena Pérez- Argüelles, B. Martínez-Vázquez, C. Psoas abscesses. An up-dated perspective. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2006 May; 24(5):313-8.
14. Hamano, S. Kiyoshima, K. Nakatsu, H. Murakami, S. Igarashi, T. Ito, H. Pyogenic psoas abscess: difficulty in early diagnosis. *Urol Int* 2003; 71: 178-83.
15. Solas Beltrán, A. Velasco Sánchez, B. Lendínez, F. Ramírez Huertas, A. Paredes Esteban, RM. Treatment of psoas abscess. Report of a case and review of the literature. *Cir Pediatr.* 2002; 15(1):41-3.