

Absceso del músculo psoas derecho. Reporte de un caso de difícil diagnóstico

Right psoas muscle abscess. Report of a difficult diagnosis

Patricia Keller Ávila-Camacho,* Daniel Ríos-Cruz,** Alejandro Bañón-Reynaud,***
José Jiménez-Ocampo,*** Edgar Nava-Jiménez,*** Diego Rodríguez-Abarca***

Palabras clave:
Absceso, psoas,
cirugía, México.

Key words:
Abscess, psoas,
surgery, Mexico.

RESUMEN

El absceso del psoas es una colección purulenta que se localiza en este músculo retroabdominal. En la literatura mundial se encuentra descrita una tríada constituida por fiebre, dolor lumbar y dolor en la flexión de la cadera, lo que dificulta el diagnóstico debido a su similitud con patologías más comunes como apendicitis. De acuerdo con estudios, 75% del total de enfermos son varones. Presentamos el caso de un absceso del psoas derecho diagnosticado a consecuencia de síntomas apendiculares.

ABSTRACT

A psoas abscess is a purulent collection that is located in this retroabdominal muscle. In the world literature, a triad of fever, lumbar pain and flexion of the hip is described, which makes diagnosis difficult due to its similarity with more common pathologies such as appendicitis. According to studies, 75% of the total number of patients are male. We present the case of a right psoas abscess diagnosed as a result of appendicular symptoms.

INTRODUCCIÓN

El absceso del psoas es una de las entidades clínicas más raras y difíciles de diagnosticar. Se clasifica como primario (sin evidencia de algún foco infeccioso próximo) o secundario (a partir de un foco supurativo en la vecindad del músculo).¹

En la actualidad, se encuentra altamente relacionado con enfermedades crónicas que conducen a un compromiso inmunológico.²

PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un masculino de 68 años con antecedente de enfermedad de gota de larga evolución, en tratamiento con ketorolaco (30 mg vía oral cada ocho horas). Su padecimiento inició en enero de 2017 con dolor opresivo 7/10 en la fossa iliaca derecha —que cedió parcialmente a la administración de ketorolaco (en la dosis ya mencionada)—, acompañado de náuseas y vómito. Tras cinco días de evolución sin lograr remitir los síntomas e incrementando en intensidad 9/10, ingresó

al Servicio de Urgencias del Instituto Mexicano del Seguro Social núm. 1 de Cuernavaca, Morelos. En la exploración física lo encontramos orientado en sus tres esferas, alerta y cooperador, con buena coloración de tegumentos, con facies dolorosa; abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, peristalsis disminuida, resistencia abdominal voluntaria, miembro pélvico derecho en flexión voluntaria antiálgica y doloroso a la extensión. Signos de McBurney, del obturador y Markle, positivos. La biometría hemática mostró leucocitosis de 20,000/mm³, 3,800 monocitos/μl, 14 neutrófilos/mm³; esto nos dio la orientación clínica hacia una apendicitis, con una puntuación de Alvarado de 7. La tomografía axial computarizada (TAC) mostró una imagen líquida a nivel del músculo psoas derecho en el retroperitoneo (*Figuras 1 y 2*), lo cual modificó el diagnóstico y nos orientó hacia un absceso del psoas derecho de origen primario, al no encontrar datos de una infección previa. Se programó para una cirugía de drenaje. Durante la cirugía se observó una colección de líquido en el músculo psoas derecho de 300 ml aproximadamente que se drenó sin compli-

* Departamento de Cirugía General, ISSSTE, Zapata, Morelos, México.

** Departamento de Cirugía General, HGR #1, IMSS, Cuernavaca, Morelos, México.

*** Escuela de Medicina, Universidad Latinoamericana, Cuernavaca, Morelos, México.

Recibido: 30/10/2017
Aceptado: 08/08/2018

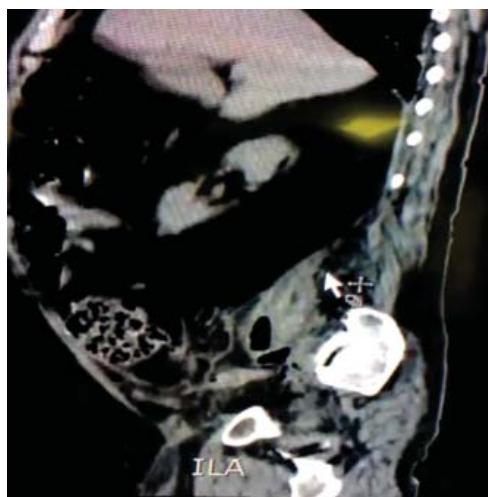


Figura 1: TAC, corte sagital; se observa una imagen del retroperitoneo ocupado por líquido a nivel del músculo psoas iliaco.



Figura 2: TAC, corte transversal; se observa una colección en el retroperitoneo a nivel del músculo psoas derecho.

caciones por cirugía abierta mediante punción directa del absceso. Se dejó Penrose para el drenaje de secreciones, y una vez terminado el acto quirúrgico, se ingresó a piso con manejo antibiótico con ceftriaxona a razón de 1 g IV cada 12 horas durante su estancia hospitalaria. Al quinto día postquirúrgico inició con disnea, distensión abdominal, eventración de la herida quirúrgica y presencia de cambios necróticos, por lo que ingresó nuevamente al quirófano para realizarle una laparotomía exploradora; en

el transoperatorio se localizó una perforación de sigmoides que condicionaba una fascitis necrosante con extensión a la pared y fascia retroperitoneal. Se realizó un lavado quirúrgico y desbridación de tejido necrótico, y se colocó una bolsa de Bogotá. Al siguiente día postquirúrgico inició con datos de choque séptico y falla orgánica, con un SOFA de 12 puntos. Su evolución fue tórpida; falleció 25 días después por falla orgánica múltiple.

DISCUSIÓN

El absceso del psoas es más frecuente en varones en la edad media de la vida. Es una patología poco frecuente; sin embargo, el uso de la TAC ha incrementado la frecuencia del diagnóstico;³ en nuestro caso, la TAC nos permitió llegar al diagnóstico de absceso del psoas.

Un trabajo realizado en el Hospital “Johns Hopkins” con 18 casos mostró que 61% de los abscesos primarios se encontraba entre los 27 y 81 años; de ellos, 28% se presentó en mayores de 65 años.⁴ En el caso que describimos, el paciente tenía 68 años, lo cual concuerda con la edad reportada en la literatura.

El síntoma más frecuente es el dolor lumbar irradiado al miembro inferior junto con maniobras de psoas positivas.⁵ Nuestro caso presentó signos apendiculares o maniobras de psoas positivos, lo cual representa un distractor de la orientación diagnóstica hacia patologías más comunes de la fosa iliaca derecha.

La mortalidad del absceso de psoas primario es de 3%, mientras que la del secundario alcanza 19%; una de las principales causas de muerte es sepsis.⁶ En nuestro caso, el choque séptico fue la causa de muerte después de la segunda intervención quirúrgica.

La prueba diagnóstica de elección en la actualidad es la TAC, ya que la sensibilidad de dicha prueba es cercana al 95%.⁷ Fue gracias a la TAC que se logró tener una orientación diagnóstica mejor, al observar en la imagen la presencia de líquido en el retroperitoneo.

La presentación clínica inespecífica genera demoras en el diagnóstico y aumento en la mortalidad. Los datos de laboratorio también suelen ser inespecíficos; por estas razones, resulta un diagnóstico difícil.⁸ Los datos de laboratorio, así

como la clínica orientaron en nuestro caso el diagnóstico hacia apendicitis aguda.

En cuanto a la probabilidad de presentación de acuerdo al género, 75% de los casos reportados son hombres. La tríada clásica es fiebre, dolor abdominal-lumbar y limitación en el movimiento de la cadera.⁹ Esto coincide con el género de nuestro paciente, quien de igual manera presentó la tríada clásica, la cual suele semejar patologías de la fossa iliaca, lo que vuelve a esta tríada poco específica para esta patología.

En 1986, Ricci y sus colaboradores informaron 367 casos recogidos hasta ese momento en la literatura, donde los abscesos primarios fueron propios de pacientes jóvenes.¹⁰ En nuestro caso, fue un masculino de 68 años, lo que no concuerda con la literatura y podría atribuirse a la enfermedad autoinmune de base que tenía el paciente.

CONCLUSIÓN

El absceso del psoas es una entidad sumamente rara, con manifestaciones poco específicas. Su diagnóstico requiere sospecha alta. La realización de una TAC permite el diagnóstico definitivo. En pacientes con enfermedades autoinmunes asociadas, el pronóstico puede ser fatal.

REFERENCIAS

1. Beauregard-Ponce GE, Castaneda-Flores JL. Absceso del músculo psoas iliaco. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Salud en Tabasco; 2016 [Fecha de consulta: 17 de marzo de 2017]; 22: 54-57. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48749482010>.
2. Carvajal T, Mayorga IK, Salazar-Cascante B, Absceso del músculo psoas (caso clínico). Rev Med Cos Cen. 2010; 67: 295-298.
3. Vicente-Ruiz M, Candel-Arenas MF, Ruiz-Marín M, Peña-Ros E, Sánchez-Cifuentes A, Albaracín-Marín-Blázquez A. Absceso de psoas como diagnóstico diferencial en la patología abdominal de urgencias. Cir Cir. 2014; 82: 268-273.
4. Lores CA, Gerstner J. Absceso piógeno del psoas: descripción de casos registrados en el Hospital Universitario del Valle. Rev Col de Or Tra. 2006; 20: 70-80.
5. Navarro V, Meseguer V, Fernández A, Medrano F, Sáez JA, Puras A. Absceso del músculo psoas. Descripción de una serie de 19 casos. Enferm Infect Microbiol Clin. 1998; 16: 118-122.
6. Solas-Beltrán A, Velasco-Sánchez B, Lendínez F, Ramírez-Huertas A, Paredes-Esteban RM. Tratamiento del absceso de psoas, aportación de un caso y revisión de la literatura. Cir Pediatr. 2002; 15: 41-43.
7. Pérez-Romero JL, Salazar-García P, Pérez-Romero ML, Ángeles-Belmonte M. Absceso de psoas. Rev Clin Med Fam. 2011; 4: 76-78.
8. Corral M, Hernández MC, Godoy N, Staffieri F, Weller C. Absceso del psoas: un desafío para el internista. Rev Med Rosario. 2010; 76: 29-33.
9. Medina JF, Vivas VH. Absceso del psoas: revisión de la literatura y estado actual. Rev Colomb Cir. 2004; 19: 181-189.
10. Ricci MA, Rose FB, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess: worldwide variations in etiology. World J Surg. 1986; 10: 834-843.

Correspondencia:

Dra. Patricia Keller Ávila-Camacho

Av. Atlacomulco Núm. 174,
Edificio A402, Col. Las Águilas, 62470,
Cuernavaca, Morelos.

E-mail: drapatokeller@yahoo.com.mx