



# Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



## 482/1223 - DE UNA LESIÓN DÉRMICA A UN ABSCESO EN PSOAS

G. Olivert Lázaro<sup>1</sup>, R. Sáez Moreno<sup>2</sup>, S. Martín Tardío<sup>3</sup> y C. Montoya Belmonte<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Borriol. Borriol. Castellón.

<sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Borriol. Borriol. Castellón. <sup>3</sup>Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Borriol. Borriol. Castellón. <sup>4</sup>Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Santo Ángel. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 60 años con DM tipo 2, SAOS y dislipemia. Apendicectomizada. Refiere una lesión cutánea lumbar izquierda baja, redondeada, más estrecha en su porción central, sobreelevada, eritematosa, pruriginosa, no dolorosa de 3 × 2 cm. Se trata con antimicóticos tópicos, corticoides y antibioterapia, y al cabo de unos días presenta fiebre elevada con mala respuesta a antitérmicos, dolor intenso reflejado en cadera izquierda y dificultad para la deambulacion. Se deriva a urgencias hospitalarias para exploraciones complementarias y valoración evolutiva. La determinación por hemocultivos negativa. Se detecta absceso intramuscular en tercio proximal del psoas izquierdo, iniciándose tratamiento empírico con: piperacilina-tazobactam a dosis de 4 g/8h, fentanilo transdérmico, dexketoprofeno y metamizol. Mala respuesta a tratamiento antibiótico primario, modificándose a ceftriaxona 2 g/día y metronidazol 500 mg/8h. Tras cinco semanas de tratamiento antibiótico endovenoso, normaliza la analítica y se procede a su alta para seguimiento.

**Exploración y pruebas complementarias:** En urgencias: regular estado general. Tª: 37,2 °C. Sat 98%. TA 141/82 mmHg. Raquis: espinopalpación de raquis no dolorosa. Se palpa masa paravertebral lumbar izquierda. Se ingresa en Medicina Interna y se solicita analítica general con PCR de 240 mg/L, VSG 90 mm/h y leucocitosis con desviación izquierda. Hemocultivos negativos. Serología negativa para hepatitis C, VIH, hepatitis B anticuerpo s > 1.000, Anti-HBc IgG positivo. resonancia magnética lumbar: absceso intramuscular en el tercio proximal del psoas izquierdo. Extensión de 18 × 12 × 34 mm.

**Orientación diagnóstica:** Absceso muscular en psoas izquierdo con puerta de entrada cutánea por germen no filiado.

**Diagnóstico diferencial:** Sobreinfección cutánea por *S. aureus*. Apendicitis retrocecal. Tumoración muscular.

**Comentario final:** Creemos conveniente exponer este caso para mostrar como una lesión cutánea banal en una persona con comorbilidades asociadas, puede complicarse y derivar en una septicemia de evolución tórpida e incierta.

### Bibliografía

1. Navarro Gil J, Regojo Zapata Ó, Elizalde Benito Á, et al. Absceso de psoas: revisión de la bibliografía. Arch Esp Urol. 2006;59(1):73-7.
2. Deng Y, Zhang Y, Song L, et al. Primary iliopsoas abscess combined with rapid development of septic shock: Three case reports. Medicine (Baltimore). 2018;97:e13628.

**Palabras clave:** Psoas. Diabetes.