

Belén Aldecoa Álvarez
Florentina García Hevia
Rafael Canal Díaz
Ángeles Cabeza Embil

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Valle del Nalón.
Riaño. Asturias. España.

Correspondencia:

Dra. B. Aldecoa Álvarez.
C/Muñoz Degrain, 5, 6.º B. 33007 Oviedo (Asturias). España.
Correo electrónico: javiersaro@telecable.es

Fecha de recepción: 22/4/2008.

Aceptado para su publicación: 11/3/2008.

Absceso primario de psoas diagnosticado durante la gestación

Primary psoas abscess diagnosed during pregnancy

RESUMEN

El absceso primario del psoas es una infección rara que puede suponer un gran reto diagnóstico, particularmente durante la gestación.

Se describe un caso ocurrido durante la gestación, sus manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento.

La revisión de la literatura científica revela que este es el tercer caso diagnosticado durante la gestación. El diagnóstico suele retrasarse debido a las manifestaciones clínicas inespecíficas. El drenaje percutáneo con control radiológico y la cobertura antibiótica son las piezas clave en el manejo del absceso del psoas. El tratamiento antibiótico se debe iniciar inmediatamente tras la obtención de muestras para cultivo y antibiograma.

PALABRAS CLAVE

Absceso del psoas. Gestación. Tratamiento antibiótico.

ABSTRACT

Primary psoas abscess is a rare infection that can be a diagnostic challenge, particularly when the patient is pregnant. We describe a case of primary psoas abscess during pregnancy and its clinical

manifestations, diagnosis and treatment.

A review of the literature revealed that this is the third reported case diagnosed during pregnancy. Diagnosis is usually delayed because of nonspecific clinical manifestations. The key elements in managing this entity are percutaneous drainage under radiological guidance and antibiotic coverage. Antibiotic therapy should be initiated immediately after obtaining samples for culture and antibiogram.

KEY WORDS

Psoas muscle abscess. Pregnancy. Antibiotic therapy.

INTRODUCCIÓN

El absceso primario del psoas es una patología poco frecuente, especialmente en países desarrollados. Es excepcional durante la gestación. El diagnóstico y el tratamiento suelen demorarse debido a la naturaleza inespecífica de los síntomas y signos^{1,2}. Los síntomas asociados a esta afección incluyen, en general, dolor e impotencia funcional de la cadera ipsolateral, con mayor frecuencia que el dolor abdominal o de espalda.

El diagnóstico y el tratamiento del absceso de psoas tienden a retrasarse debido a la naturaleza no

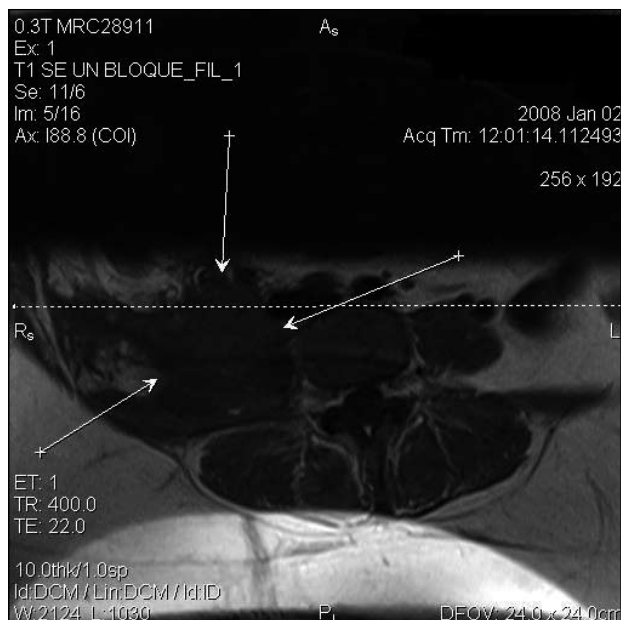


Figura 1. La resonancia magnética mostró una extensa afectación y desestructuración del músculo psoas derecho.



Figura 2. Resonancia magnética donde se aprecia en T1 una colección abscesificada retroperitoneal en el psoas.

específica de sus síntomas y signos. Por tanto, es importante tener en cuenta su presentación clínica para sospecharlo.

CASO CLÍNICO

Tercigesta de 28 años de edad, ingresada en nuestro hospital por dolor lumbar e inguinal de 2 meses de evolución, que se incrementó en los últimos días e imposibilitaba la deambulación, con aumento progresivo de una masa inguinal derecha. La paciente presentaba febrícula y mal estado general.

A la exploración se objetivó un importante dolor y restricción de los movimientos de la articulación de la cadera; la extensión y la rotación interna desencadenaban un dolor extremo.

La gestante había ingresado en la semana 18 de gestación por anemia severa y alteración de las pruebas hepáticas, acompañados de dolor lumbar, y su etiología no estaba clara. La ecografía abdominal en esa fecha fue negativa. Se sospechó que el dolor era de origen esquelético secundario a una escoliosis que la paciente presentaba.

Al ingreso la analítica era la siguiente: hemoglobina 7 g/dl; hematocrito 21,5%; BRT 2,6; BRd 1,8; gamma glutamil transpeptidasa 117; proteína C reactiva 253; la urea, la glucosa, las enzimas hepáticas, los iones y las pruebas de coagulación fueron normales.

La ecografía abdominal se informó de compatible con absceso de psoas derecho. La gestación en curso era normal.

La resonancia magnética (RM) mostró una extensa afectación y desestructuración del músculo psoas iliaco derecho, con afectación de la musculatura posterolateral derecha abdominal y del tejido graso de la vecindad. Se evidenció pérdida total de la morfología muscular, con extensa afectación difusa de un espesor aproximado de 6 cm, en sentido anteroposterior (figs. 1 y 2).

Los hemocultivos fueron negativos, y el BK negativo. El cultivo fue positivo para absceso por *Escherichia coli*.

Se inició infusión por vía endovenosa de antibióticos (amoxicilina-ácido clavulánico), desbridamiento y drenaje percutáneo en la zona inguinal, y salió abundante material purulento que confirmó el diag-

nóstico. Además, fueron necesarios múltiples concentrados de hemáties para recuperar la anemia severa que presentaba la gestante.

La paciente evolucionó favorablemente, con mejoría progresiva de la analítica y ecografía al alta sin colecciones residuales.

Ha realizado el último control en la semana 31 de su gestación y todos los resultados fueron normales, aunque continúa drenando espontáneamente a través de la herida inguinal.

DISCUSIÓN

El absceso primario del psoas es una infección rara que puede suponer un reto diagnóstico, particularmente cuando la paciente está gestante. En Asia y África, el 99,5% de los abscesos de psoas son primarios frente al 61% en EE. UU. y el 18,7% en Europa. Es más frecuente en el lado derecho que en el izquierdo^{3,4}.

La revisión de la literatura científica reporta 2 casos de absceso primario de psoas y gestación^{1,2}. El absceso secundario se define como extensión directa de una infección intrapélvica. Se han descrito abscesos secundarios a legrado postaborto incompleto⁵ y en gestación complicada con enfermedad de Crohn.

El músculo psoas está en estrecha relación con todas las estructuras del abdomen mayor y de la pelvis. Por ello, cualquier infección en estas regiones puede extenderse al psoas y progresar hacia el mediastino o al muslo.

El absceso primario del psoas generalmente aparece en gente joven y sin una etiología definida, el 83% de los casos en menores de 30 años y es más frecuente en varones (3:1). La extensión hematogena es la causa más frecuente y el *Staphylococcus aureus* se identifica en el 88% de los hemocultivos positivos, *Streptococcus* en el 4% y *E. coli* en el 2,8% de los casos³.

Las infecciones secundarias ocurren en gente mayor y en pacientes más deteriorados, con enfermedades preexistentes. En el 80% de los casos el origen es el tracto intestinal, incluidos la enfermedad de Crohn, apendicitis, diverticulitis, absceso pancreático y cáncer colorrectal, por lo que con frecuencia en los abscesos secundarios del psoas se aíslan gérmenes de la flora normal intestinal (*E. coli*, bacterioides y enterococos).

El absceso de psoas bilateral es extremadamente infrecuente y representa tan sólo el 3% de los abscesos secundarios. Otras causas incluyen los abscesos paranéfricos, osteomielitis, enfermedad de Pott y complicaciones postoperatorias⁶.

Los síntomas clásicos incluyen dolor de espalda, cojera, espasmo del psoas y fiebre persistente en picos. El dolor se localiza con mayor frecuencia en la cadera ipsolateral, pero puede irradiarse a la pared abdominal, el muslo, el área inguinal, el flanco y la pantorrilla. Los síntomas urológicos y gastrointestinales son raros.

El paciente tiende a acostarse con la cadera ipsolateral flexionada porque la hiperextensión de esta incrementa el dolor. El espasmo paravertebral puede causar escoliosis, lo que es sugestivo de un proceso retroperitoneal más que intraperitoneal.

Debido a que la mayoría de los síntomas y signos de la enfermedad no son específicos, su diagnóstico temprano es difícil. La contractura en flexión del muslo y una masa palpable son signos sugestivos de absceso de psoas.

La presentación clínica más frecuente es la flexión de la cadera y lordosis lumbar. La extensión distal del absceso puede provocar un efecto masa en la zona inguinal.

Se debe realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías que presentan una clínica parecida. La proximidad a la cápsula de la articulación de la cadera puede simular una cadera séptica. Clínicamente, es posible distinguir una cadera séptica de un absceso del psoas, pues la flexión de la cadera es menos dolorosa en el caso del absceso que en la artritis séptica.

Las lesiones retroperitoneales o intraperitoneales pueden causar irritación del músculo psoas, como en el caso de las apendicitis retrocecales, y son clínicamente difíciles de diferenciar del absceso del psoas. El diagnóstico depende del alto grado de sospecha clínica y de las técnicas de imagen.

En la analítica, es posible observar leucocitosis, aumento de la velocidad de sedimentación y anemia, aunque ninguno de ellos aporta información específica.

Además, los ginecólogos no están familiarizados con estos síntomas y, por tanto, puede demorarse el diagnóstico de la enfermedad.

El diagnóstico se realiza con la ayuda de la ecografía y la RM durante la gestación, y si no se dis-

540 pone de esta, la tomografía computarizada (TC) es muy útil⁷. La RM es el método más útil y seguro en el caso de sospecha diagnóstica.

El drenaje y la cobertura antibiótica son las piezas clave en el caso de abscesos de psoas supurativos. El tratamiento antibiótico se debe iniciar inmediatamente tras la obtención de muestras para cultivo y antibiograma. En el pasado, el drenaje

abierto del absceso a través de una incisión en la cresta ilíaca era el tratamiento de elección. El tratamiento estándar actualmente es el drenaje percutáneo con control radiológico (ecografía, TC)⁸. Con el tratamiento adecuado, el fallecimiento por esta causa es poco frecuente (2,5%). La defunción se asocia con el tratamiento inadecuado o el drenaje tardío.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gezer A, Erkan S, Saygi Erzik B, Erel CT. Primary psoas muscle absceso diagnosed and treated during pregnancy: case report and literatura review. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2004;12:147-9.
2. Kawamura K, Sekiguchi K, Shibata S, Fukuda J, Tanaka T. Primary psoas abscess during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000;79:151-2.
3. Rici MA, Rose FB, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess: worldwide variations in etiology. *World J Surg*. 1986;10:834-43.
4. Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O. Psoas abscess: a case report and review of the literature. *J Urol*. 1992;147:1624-6.
5. Scheepers NJ, Van-Bommel PF, Blecker OP. Psoas abscess relates to spontaneous abortion, intrauterine contraceptive device and curettage. *Acta obstet Gynecol Scand*. 1993;72:223-4.
6. Saylam K, Anaf V, Kirkpatrick C. Successful medical management of multifocal psoas abscess following caesarean section: report of a case and review of literature. *Eur J Obstet Gynecol Rep Biol*. 2002;102:211-4.
7. Thomas A, Albert AS, Bhat S, Sunil KR. Primary psoas abscess-diagnostic and therapeutic considerations. *Br J Urol*. 1996;78:358-60.
8. Dinc H, Onder C, Turhan AU. Percutaneous catheter drainage of tuberculous and nontuberculous psoas abscess. *Eur J Radiol*. 1996;23:130-4.