

Tratamiento percutáneo de absceso de músculo psoas ilíaco secundario a espondilodiscitis

Percutaneous treatment of psoas muscle abscess secondary to spondylodiscitis

*José Enrique Torres¹

**Valentina Seballos¹

*Martín Salvatierra¹

¹Hospital Regional Salto, Uruguay.

RESUMEN

El objetivo del siguiente trabajo es describir el tratamiento percutáneo de un absceso localizado en el músculo psoas, entidad poco frecuente y presentación clínica inespecífica lo que constituye un desafío diagnóstico. Su detección ha mejorado con la utilización de técnicas de imagen. La fiebre, dolor abdominal y del miembro inferior ipsilateral son las manifestaciones habituales. La antibioticoterapia junto al drenaje (percutáneo o quirúrgico) debe considerarse el tratamiento de elección.

Palabras claves: Absceso de psoas ilíaco, espondilodiscitis, drenaje percutáneo.

SUMMARY

The objective of the following work is to describe percutaneous treatment of an abscess located in the psoas muscle, a rare entity and nonspecific clinical presentation, which constitutes a diagnostic challenge. Its detection has improved with the use of imaging techniques. Fever, abdominal pain and ipsilateral lower limb pain are the usual manifestations. Antibiotic therapy together with drainage (percutaneous or surgical) should be considered the treatment of choice.

Keywords: Iliopsoas abscess, spondylodiscitis, percutaneous drainage.

INTRODUCCIÓN

El absceso de músculo psoas es un entidad infrecuente, se estima una incidencia 0,4% cada 100.000 habitantes, siendo más frecuente en el sexo masculino¹. Clínicamente se presenta como fiebre, dolor lumbar y alteración en la marcha². Presentamos el caso de un paciente de 64 años con un absceso del músculo psoas secundario a una espondilodiscitis lumbar el cual fue tratado exitosamente con antibioticoterapia y drenaje percutáneo.

CASO CLÍNICO

Paciente de 64 años, sexo masculino, con diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial. Consulta por cuadro de aproximadamente 12 días de evolución dado por astenia, adinamia, dificultad en la marcha agregando dolor abdominal y lumbar de intensidad creciente, sensación febril y escalofríos. Al examen abdominal dolor en flanco derecho sin irritación peritoneal, dolor a la palpación de fosa lumbar derecha y a la movilización activa y pasiva del miembro inferior ipsilateral.

En la analítica presenta un hemograma: leucocitosis de 19.400/mm³ con 90,3% de neutrófilos, hemoglobina 11,1 g/dL, plaquetas normales, proteína C reactiva de 173,38 mg/dl, velocidad de eritrosedimentación 132 mm/h. La ecografía de abdomen evidencia a nivel paravertebral derecho imagen hipoeoica, alargada, bien delimitada, no vascularizada de aproximadamente 14 por 4 cm que impresiona colección líquida a dicho nivel. Dado los hallazgos ecográficos se solicita tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis con contraste intravenoso el cual informa estrechamiento del espacio discal de L2 y L3, irregularidad de platillos vertebrales, hallazgos compatibles con espondilodiscitis (*ver Figura 1*), el cual se asocia a extensa colección líquida/absceso del músculo psoas derecho, midiendo 155 x 45 x 45 milímetros (*ver Figura 2*).

Se comienza con antibioticoterapia empírica Pieracilina/Tazobactam 4gr/0,5gr i/v cada 6 horas. Se realiza drenaje percutáneo guiado por tomografía en donde se coloca drenaje de 12 French con técnica del trocar sin complicaciones. Se obtiene 100 cc de líquido purulento el cual se envía para cultivo con antibiograma, citológico y Adenosina Deaminasa (ADA). (*Figura 3*)

* Cirujano General, Hospital Regional Salto.

** Residente Cirugía General, Hospital Regional Salto.

Autor correspondiente: Dra. Valentina Seballos

Correo electrónico: vs-94@hotmail.com - Dirección: 25 de Agosto 139. Código Postal: 50000. Salto, Uruguay.

Fecha de recepción: 01/09/2022 - Fecha de aprobación: 12/11/2022

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons

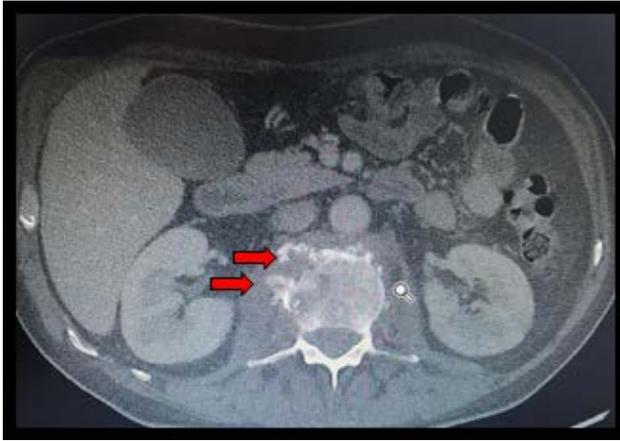


Figura 1: Corte axial de tomografía computada, ventana ósea. Espondilodiscitis lumbar. (flechas rojas)



Figura 2: Corte coronal de tomografía computada de abdomen y pelvis. Absceso del músculo psoas ilíaco derecho (estrellas amarillas).



Figura 3: Drenaje percutáneo guiado por tomografía.

En el cultivo se desarrolla *Staphylococcus aureus*. Se realiza consulta con infectología el cual cambia el plan antibiótico a cefazolina 2 gr i/v cada 8 hs más rifampicina 300 mg v/o cada 12 hs. El paciente presenta una buena evolución con mejoría clínica, normalización de parámetros infecciosos.

Se retira el drenaje a los 12 días. Se mantiene antibioticoterapia intravenosa por un mes y luego se continúa por dos meses vía oral completando así los tres meses de tratamiento antibiótico. El traumatólogo indica inmovilización y estabilización ortopédica con corset de yeso y posterior fisioterapia con buena evolución.

Actualmente luego de culminado el tratamiento antibiótico el paciente se encuentra en control ambulatorio en policlínica de traumatología, infectología y cirugía, asintomático y sin recidiva.

DISCUSIÓN

El absceso del músculo psoas era una complicación conocida de la columna vertebral tuberculosa, hoy en día la causa más común es la infección piógena, pudiendo ser primario (diseminación hematogena) o secundario siendo la causa más frecuente

espondilodiscitis³.

La clásica triada de presentación clínica como es la fiebre, dolor lumbar y la cojera se observa tan solo en un 30% de los casos, dificultándose aún más su diagnóstico². A nivel bacteriológico el microorganismo más frecuente es *Staphylococcus Aureus* representando hasta el 65% de los casos, seguido por *Escherichia coli*, este último asociado con infecciones del tracto urinario o gastrointestinal, edad avanzada, inmunosupresión y diabetes⁴. Los hallazgos de laboratorio que apoyan el diagnóstico incluyen leucocitosis, elevación de la velocidad de eritrocitación y proteína C reactiva, como en el caso de nuestro paciente.⁴

Para el diagnóstico imagenológico la ecografía puede ser útil en la evaluación de colecciones intramusculares; sin embargo, presenta una limitada utilidad en estructuras retroperitoneales profundas debido a la anatomía del paciente (obesidad por ejemplo) e interposición gaseosa, y presenta una sensibilidad del 60% solamente. La tomografía computada y la resonancia magnética nuclear ofrecen una mejor exactitud diagnóstica, con una sensibilidad comparable entre 80 y 87%. Entre ambos métodos, la tomografía es especialmente útil dado su buena sensibilidad, mayor disponibilidad y menor costo⁵.

En cuanto al arsenal terapéutico cuenta con dos pilares fundamentales: antibioterapia dirigida según los perfiles microbiológicos y drenaje por vía quirúrgica o percutánea. Actualmente, la técnica de elección es esta última, debido a los buenos resultados y las menores tasas de complicación^{6,7}.

El drenaje quirúrgico (utilizado solo o en combinación con técnicas percutáneas) queda reservada para los abscesos multiloculados, con extenso compromiso de estructuras y para los abscesos secundarios a algunas patologías específicas entre las que destacan la enfermedad inflamatoria intestinal, la pielone-

fritis, abscesos epidurales con compresión espinal, entre otros^{8,9}. El abordaje percutáneo guiado por imagen representa una alternativa segura y menos invasiva por lo cual debe ser considerada como primera opción, dado que presenta resultados similares al drenaje quirúrgico con una menor morbilidad y estadía hospitalaria¹⁰.

Contribución de los autores: Todos los autores han participado en igual medida en la redacción del presente artículo.

Conflicto de interés: los autores declaran la no existencia de conflicto de intereses.

Financiamiento: los autores declaran no haber recibido ningún tipo de financiamiento para la realización del presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bartolo DC, Ebbs SR, Cooper MJ. Psoas abscess in Bristol: a 10-year review. *Int J Color Dis.* 1987;2(2):72-6.
2. Kaya S, Kaya S, Kava S, Comoglu S. A disease that is difficult to diagnose and treat: evaluation of 343 spondylodiscitis cases. *J Int Med Res.* 2021 nov;49(11):3000605211060197. doi: 10.1177/03000605211060197. PMID: 34851766; PMCID: PMC8647245.
3. Ibrahim, Fady Michael Fahmy; EL-rady, Abd El-Rady Mahmoud Abd (2020). Transverse process osteotomy for surgical drainage of primary iliopsoas abscess and secondary cases combined with spondylodiscitis. *International Orthopaedics*, (). -. doi:10.1007/s00264-020-04732-5
4. Fernández Ruiz M, Estébanez Muñoz M, López Medrano F, Aguado J.M. Absceso del músculo iliopsoas: Tratamiento y evolución en una serie de 35 pacientes. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2012; 30(6): 307-311.
5. Silva AM, Schmalbach LA. Absceso del psoas y osteomielitis de la columna lumbar. Caso clínico. *Arch Argent Pediatr.* 2016; 114 (5): e333-7.
6. Tan YX, Cheong WL, Fong TS. Gas-Forming Psoas Abscess Secondary to Lumbar Spondylodiscitis. *Cureus.* 2021 Apr 9;13(4): e14388. doi: 10.7759/cureus.14388. PMID: 33981508; PMCID: PMC8106948.
7. Takada T, Terada K, Kajiwara H, Ohira Y. Limitations of using imaging diagnosis for psoas abscess in its early stage. *Intern Med* 2015; 54(20): 2589-2593.
8. Miller ELC, Miller LFF, Carvalho JG et al. Psoas muscle abscess simulating acute appendicitis: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2016; 25: 139-42
9. Hsieh MS, et al. Features and treatment modality of iliopsoas abscess and its outcome: A 6-year hospital-based study. *BMC Infect Dis* 2013; 13: 578
10. Lock Vargas Y, Joo Fernández H, Díaz Villanueva P, Campana Román P, Valencia Avalo D. (2018). Absceso de psoas. *Revista Científica Ciencia Médica*, 21(1), 113-117.