

CASOS CLÍNICOS

Absceso de repetición, secundario de psoas

I Arias López*, JI Santamaria Ossorio**, M del Prado Leo Canzobre*, S Sanjuan Rodríguez**

*Departamento de Pediatría. **Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Materno-Infantil de Badajoz

RESUMEN

Los quistes epidermoides (Q.E.) son una patología muy frecuente en la infancia, pudiendo observarse en cualquier parte del organismo, sin embargo, la localización en canal inguinal con posible extensión en el músculo psoas, se puede considerar excepcional, no habiendo encontrado ningún caso en la revisión bibliográfica realizada.

Presentamos un varón con el antecedente de exéresis de Q.E. en canal inguinal y varios episodios de abscesos y fístulas inguino-perineales, que ingresa por presentar sendos abscesos de psoas, precisando drenaje mediante un abordaje extraperitoneal y punción guiada por ecografía.

Realizamos una revisión bibliográfica, destacando la importancia de las técnicas de imagen en nuestro caso, así como sus posibles diagnósticos diferenciales.

Palabras clave: Absceso de psoas; quiste epidermoide.

REPETITION OF SECONDARY PSOAS ABSCESS

ABSTRACT

Epidermoid Cysts (Q.E.) are a very common pathology in infants, which can be found in all part of the body, but the inguinal canal localitation with possible extension to the psoas muscle may be consider exceptional. Not having found in fact, any cases in our bibliographical search.

We report a case of an operated Q.E. in inguinal canal with several episodes of inguinal abscess and perineal fistula on the same side of the Q.E. Then ten year after tre Q.E., the male had two psoas abscess again in the left side of the body.

Extraperitoneal drainage and later percutaneus punture guided by ultrasonography were needed.

We made a bibliographic search pointing out the importance of the techniques of imaging in our cases as well as the differential diagnoses.

Key words: Psoas abscess; epidermoided cysts.

INTRODUCCIÓN

Los abscesos de psoas son excepcionales en la infancia⁽¹⁾, siendo mas frecuentes los que presentan un carácter primario. Existe dificultad diagnóstica debido a la inespecificidad de la clínica mientras que las pruebas complementarias son bastantes sensibles. Pre-

sentamos un caso de absceso de psoas de repetición observado en nuestro Servicio.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 12 años que presenta cuadro de cojera, sensación de calambre en miembro inferior izquierdo y fiebre vespertina, intermitente, de aproximadamente un mes de evolución.

Como antecedentes personales destacan extirpación de quiste de cordón inguinal izquierdo a los 21 meses de vida que fue catalogado por anatomía patológica como quiste epidermoide (Q.E.). Desde entonces hasta los 7 años, ha sufrido tres episodios de repetición de abscesos inguinales, con fístulas inguinales y en una ocasión también perineal, todos ellos fueron en el mismo lado del Q.E. y requirieron cirugía.

En el momento del ingreso: se palpa masa abdominal en flanco izquierdo del abdomen, dura, leñosa y adherida a planos profundos.

Dentro de las pruebas complementarias, observamos: leve neutrofilia en el hemograma; en la radiografía de abdomen efecto masa en fosa ilíaca izquierda; la ecografía abdominal muestra imágenes anecoicas en retroperitoneo izquierdo sugerentes de absceso de psoas; la urografía intravenosa (U.I.V.) muestra desplazamiento del uréter izquierdo en sentido medial; tanto la tomografía computarizada (T.C.) (Fig. 1), como la resonancia magnética nuclear (R.M.N.) (Fig. 2) abdominales muestran imágenes compatibles con absceso de psoas.

Con el diagnóstico de absceso de psoas se trata con antibioterapia sistémica y drenaje extraperitoneal. El cultivo del exudado es negativo.

Un mes después desarrolla un cuadro clínico similar al anterior; con ecografía normal. El T.C. muestra una colección de pared gruesa que se localiza en psoas izquierdo y se extiende siguiendo el trayecto del psoas hasta anillo inguinal, desplazando medialmente el paquete vascular. Asimismo se extiende dorsalmente



Figura 1. Imágenes hipodensas en el espesor del músculo psoas, con realce periférico.

por el borde de pala ilíaca hasta musculatura glútea izquierda llegando a piel.

El tratamiento similar, salvo el drenaje que se realiza mediante punción guiada por ecografía. En este caso se aísla *Proteus mirabilis*. Evolución posterior favorable.

DISCUSIÓN

El absceso de psoas fue descrita por Mynter en 1881⁽¹⁾ y desde entonces hasta ahora han sido escasos los casos comunicados⁽²⁾.

El absceso de psoas puede ser de dos tipos: primario y secundario.

El absceso de psoas primario supone el 30-60% del total, es más frecuente en jóvenes. Suelen ser monomicrobianos y el germen aislado en la mayoría de los casos es el *Staphylococcus aureus*⁽³⁻⁵⁾.

Los abscesos de psoas secundarios se deben normalmente a procesos de vecindad; no presentan predominio de ninguna edad ni sexo y generalmente suelen ser abscesos polimicrobianos. Pueden deberse a varias enfermedades del retroperitoneo o cavidad peritoneal como apendicitis⁽⁴⁾, enfermedad inflamatoria intestinal⁽⁶⁻⁸⁾, pancreatitis, pielonefritis⁽⁵⁾, tuberculosis espinal, etc.

Existen una serie de factores coadyuvantes a la aparición de abscesos de psoas como siembra hematológica, adenitis supurativas, traumatismos con hematomas y enfermedades crónicas que producen inmunosupresión.

Es una entidad difícil de diagnosticar, debido a la naturaleza poco específica de su sintomatología, aunque, no suele faltar la triada de: fiebre⁽⁴⁾, dolor abdo-



Figura 2. Imagen hiperintensa de pared gruesa que se localiza en el espesor del psoas.

минаl en flanco o fosa ilíaca (como en nuestro caso), con irradiación al miembro inferior y cojera con contractura de la cadera, en posición de flexión, abducción y rotación externa⁽¹⁻³⁾. En ocasiones, con una palpación cuidadosa del abdomen puede detectarse una tumoración en fosa ilíaca⁽⁵⁾, pérdida de peso⁽³⁾.

El diagnóstico, además de la sospecha clínica, debe basarse en diferentes estudios por imagen como: radiografía simple de abdomen que puede mostrar escoliosis antiálgica⁽⁵⁾, borramiento o otra alteración de la línea del psoas⁽⁵⁾ o efecto masa; urografía intravenosa que puede poner de manifiesto un desplazamiento renal⁽³⁾, ureteral⁽⁵⁾ o vesical, dependiendo de la localización del absceso; nosotros no hemos realizado un enema opaco, pero sin embargo, otros autores⁽³⁾ si lo han practicado observando desplazamiento del colon; la ecografía abdominal puede poner de manifiesto el absceso en el psoas (como ocurrió en nuestro caso), aunque en muchos casos puede no detectarse

nada por la escasa resolución de la ecografía a nivel retroperitonea⁽¹⁾, en el caso de que la ecografía sea diagnóstica puede hacer no necesaria la confirmación con otras técnicas de imagen.

La técnica diagnóstica de elección es la T.C., si bien la R.N.M. la supera por su mayor capacidad de resolución anatómica^(1,4,7,8).

El diagnóstico diferencial debe establecerse con una serie de procesos como: apendicitis aguda⁽⁵⁾, artritis séptica de cadera, espondilitis, hematoma del psoas, enfermedad de Crohn, absceso perirrenal y pararenal, infecciones pélvicas⁽⁹⁾, adenopatías o tumores retroperitoneales con afectación del psoas, etc.

El tratamiento se basa en el rápido diagnóstico del proceso. Consiste en antibioticoterapia prolongada, durante 2-3 semanas, y drenaje extraperitoneal del absceso, bien a cielo abierto o de forma percutánea guiado por ecografía y/o T.C.^(3-5,10,11).

Como conclusión consideramos que dado lo excepcional de las patologías que ha presentado nuestro paciente creemos que: en nuestro caso al paciente no se le extirpó completamente el quiste epidermoide, es posible que este tuviera forma de reloj de arena y que se extendiera retroperitonealmente, hasta el músculo psoas, lo cual justificaría los diferentes abscesos del psoas e inguinales. Si bien, se han solucionado los dos abscesos del psoas, no estamos seguros que el paciente no pueda presentar otro nuevo episodio. Por lo que actualmente esta siendo controlado clínicamente y con pruebas complementarias; para sí se observa una imagen compatible con restos de Q.E., realizar un drenaje quirúrgico sin esperar a un nuevo proceso infeccioso.

Nos llama la atención que en la revisión bibliográfica realizada, no hemos observado ningún caso

de Q.E. de localización inguinal con posible extensión al psoas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carvajal J, Alarcón MT, Monterde G, Isach M, Salgado A, Mallagray S. Absceso primario del músculo psoas. Un diagnóstico difícil. *Mapfre Medicina* 1996;7:15-19.
2. Nuñez R, Herrera M, Canals-Riazuelo J, Boix-Ochoa. Absceso ilíaco retroperitoneal en la infancia. *An Esp Pediatr* 1981;15:264-277.
3. Gruenwald I, Abrahamson J and Cohen O. Psoas abscess: case report and review of the literature. *J Urol* 1992; 147:1624-1626.
4. Jiménez C, Ruiz AM. Absceso del psoas simulando una artritis séptica de cadera. *Rev Esp Pediatr* 1991;47(6):534-536.
5. Blanco JR, Múgica M, Salcedo J, Zabala M, Suárez-Bustillo B, Echeverría JL Absceso de psoas, una rara y olvidada entidad. Aportación de seis casos. *An Med Interna* 1998;15:95-96.
6. Walsh Thomas R, MD, Reilly JR, MD, Marshall MD, Peitzman A, MD, Steed DL, MD. Changing etiology of iliopsoas abscess. *Am J Surg* 1992;163:413-416.
7. Lamanie de Clariac E, Urdiales Cabal G, Diaz-Faes Cervero M. Absceso de psoas por enfermedad de Crohn. *Cirugía Española* 1992;1:130-131.
8. Pigrau Serrallach C, Pahissa Berga A. Absceso de psoas: ¿una enfermedad enigmática? *Medicina Clínica* 1990; 95:26-28.
9. Gil J, Arrieta F, Tutor E, Ceballos A, Hergueta L. Fiebre de origen desconocido y absceso de psoas. *An Med Interna* 1997;14(5):77-78.
10. Jordan Garcia I et al. Absceso de psoas en Pediatría. A propósito de dos casos. *An Esp Pediatr* 1999;50:172-174.
11. Jain-AK. The conservative management of acute pyogenic abscess in children. *J Bone Joint Surg Br* 1999 Jan; 81(1):182.