

Absceso del músculo psoas iliaco como causa de lumbociatalgia**Psoas muscle abscess iliac as a cause of lumbociatalgia**

Dr. Miguel Ángel Jiménez V * Cristina Pérez ** Carlos Vega***

*Médico especialista en Ortopedia y Traumatología del Hospital Provincial General de Latacunga. Docente de la Universidad Técnica de Ambato.

**Médico Residente del servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Provincial General de Latacunga.

***Médico Residente del servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Provincial General de Latacunga

miguelajimenez@uta.edu.ec**Resumen.**

Introducción: Se presenta el reporte de un caso clínico de Lumbociática Aguda cuya etiología se correspondió con un Absceso en el músculo psoas iliaco izquierdo, evidenciado como la presencia de una colección de pus en el compartimiento del músculo iliopsoas, entidad relativamente poco frecuente y con una presentación clínica inespecífica y larvada. El caso fue asistido en el Hospital Provincial General Latacunga en el año 2016. Las etiologías más frecuentes de la lumbociatalgia son las discopatías y hernias de disco, siendo el absceso del psoas una entidad poco frecuente, pero al ser los procesos infecciosos una causal de lumbalgia y lumbociática, en el orden diagnóstico siempre debe ser considerada esta posibilidad.

Objetivo: Describir un caso clínico de Absceso del músculo Psoas Iliaco como causa de lumbociatalgia.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico.

Resultados: Se reporta un caso atendido en el Hospital Provincial General de Latacunga, se trata de un paciente de 31 años con antecedentes de Pielonefritis aguda a los 19 años que acude por lumbociatalgia y se comprueba la presencia de un absceso del músculo psoas ilíaco como etiología del síntoma. El diagnóstico se realizó mediante exámenes de laboratorio, resonancia magnética nuclear de columna lumbar y ecografía abdominal. La conducta terapéutica se basó en antibioticoterapia de amplio espectro y la realización de un procedimiento mínimamente invasivo: drenaje del absceso por vía percutánea mediante la técnica de Seldinger guiado por ultrasonido. Los resultados fueron muy satisfactorios, con un seguimiento posterior durante un año.

Conclusiones: Se debe considerar el diagnóstico etiológico infeccioso ante una lumbociatalgia aguda, y entre sus variedades, tener en cuenta el absceso del músculo psoas ilíaco, aunque las discopatías y hernias del disco, le superen en frecuencia.

Palabras clave: Absceso del músculo psoas ilíaco, ciática, drenaje percutáneo guiado por ecografía

Abstract.

Introduction: The report is presented of a clinical case of acute Lumbociatica whose etiology was corresponded with an abscess in the left iliac psoas muscle, evidenced as the presence of a collection of pus in the iliopsoas muscle chamber, an entity relatively uncommon and with a non-specific and larval clinical presentation. The case was assisted at the Provincial General Hospital Latacunga in the year 2016. The most common etiologies of lumbociatalgia are cases and herniated discs, being the abscess of the psoas a rare entity,

but as the infectious processes acausality of lumbago and Lumbociatica, in the orderdiagnosis should always be considered this possibility.

Objectives: To describe a clinical case of Psoas iliac muscle abscess as acause of lumbociatalgia.

Material and methods: retrospective descriptive study, clinical case presentation.

Results: A case is reported in the Hospital Provincial General ofLatacunga, it is a patient of 31 years with history of acute pyelonephritis at the age of 19 who comes by Lumbociatalgia and it is verified the presence of an abscess of the psoas muscle iliac as Etiology of the symptom. The diagnosis was performed by laboratory examinations,lumbar spine nuclear magnetic resonance and abdominal ultrasound. The therapeutic behavior was based onchemotherapy of broad spectrum and the realization of a minimally invasive procedure: Drainage of the abscess by percutaneous via the technique of Seldinger guided by ultrasound. The results were very satisfactory, with a subsequent follow-up for one year.

Conclusions: The infectious etiologic diagnosis should be considered in the face of an acute lumbociatalgia, and among its varieties, to take into account the abscess of the iliac psoas muscle,although the cases and hernias of the disc, surpass it infrequency.

Keywords: Psoas iliac muscle abscess, Sciatica, ultrasound-guided percutaneous drainage

Recibido: 8-12-2018

Revisado: 11-12-2018

Aceptado: 13-12-2018

Introducción. El primer caso reportado de un absceso de psoas iliaco fue el de Nesperehan, Sacerdote de Amún de la XXI dinastía en el antiguo Egipto, quien mostraba un absceso asociado a mal de Pott. No obstante, el primer reporte médico fue realizado por Abeille en 1854, más tarde en 1881 Mynter describe un caso similar bajo la denominación de “psoitis aguda”.1, 2.

El absceso de psoas se define como la presencia de una colección de pus en el compartimiento del músculo iliopsoas que puede extenderse incluso hasta la región inguinal. Los abscesos pueden ser la consecuencia de una diseminación hematogena o linfática de infecciones distantes o por contaminación directa a partir de un foco infeccioso adyacente principalmente de origen óseo, genitourinario o gastrointestinal. Se la puede clasificar en primario (sin evidencia de un foco próximo) o secundario (a partir de un foco supurativo en la vecindad del músculo). 3, 4,5

Es una entidad poco frecuente, con baja incidencia, que se presenta preferentemente en varones, en la edad media de la vida, el 83% de los casos ocurren en menores de 30 años.

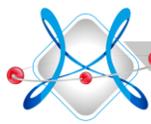
Su etiología es muy diversa, 80 al 90% de los abscesos primarios se deben a la infección por Staphylococcus Aureus. Los patógenos entéricos como la Escherichia coli son más frecuentes en los abscesos de tipo secundario, de localización abdominal. El Mycobacterium tuberculosis es el agente etiológico mayormente aislado en los

abscesos secundarios a osteomielitis de columna vertebral. 2,6

La presentación clínica puede ser inespecífica. Con un cuadro caracterizado por fiebre, dolor en la fosa ilíaca, región inguinal, cadera y región lumbar. Impotencia funcional del miembro inferior afectado, la velocidad de sedimentación globular acelerada, leucocitosis con neutrofilia. Constituye un cuadro poco frecuente y de difícil diagnóstico. La tomografía computarizada ha incrementado la frecuencia del diagnóstico 5, 6

El músculo psoas presenta una disposición anatómica retroperitoneal. Se origina en los bordes laterales de la 12ª costilla y los bordes laterales vertebrales de T12, así como los de todos los cuerpos lumbares (L1 – L5) para insertarse en el trocánter menor del fémur ipsilateral, al conformar un tendón común con el músculo ilíaco. Es innervado por las raíces de L2, L3 y L4, antes de la formación del nervio femoral. Su actividad permite la flexión y rotación lateral del fémur. Por compartir localización en la pared abdominal posterior al igual que la función e inserción tendinosa con el músculo ilíaco, comúnmente se hace referencia a estos músculos bajo la denominación de “músculo psoas iliaco”.

Respecto a la etiología de estos abscesos, en las últimas décadas se ha establecido un cambio progresivo en su espectro epidemiológico, presentan menos casos por Mycobacterium tuberculosis, y una mayor incidencia de los



secundarios a una infección hematógena por *Staphylococcus aureus*. 8

La presentación clínica es variada, fundamentalmente, en los de tipo secundario. Se ha descrito una tríada sintomática del absceso del psoas que incluye: dolor lumbar, dificultad para la marcha y fiebre persistente con picos de hipertermia 9.

El espasmo paravertebral puede causar escoliosis y éste es un signo útil para sospechar un proceso retroperitoneal más que una infección intraperitoneal. Otra maniobra descrita para la valoración del compromiso del psoas consiste en efectuar una palpación profunda del músculo, esquivando ciego y colon ascendente, a la derecha; sigmoide y colon descendente, a la izquierda. Al lograr la palpación del psoas se le indica al enfermo elevar la pierna con la rodilla extendida; así debería reproducirse con precisión el dolor que relata el en forma espontánea.

La universalización de las técnicas de imagen abdominal, ha facilitado el diagnóstico en fases tempranas de su historia natural, en contraste con la presentación insidiosa y elevada mortalidad descrita en las series históricas. Además de contar con las nuevas posibilidades de drenaje percutáneo no quirúrgico.

En la radiografía de columna lumbar se podrán apreciar algunos indicios de patología del psoas: borramiento de sus contornos. Sin embargo, el diagnóstico se hace por ecografía y Tomografía Axial Computarizada; siendo este último, el método de diagnóstico por imágenes de elección 10.

En la actualidad se puede optar por el drenaje quirúrgico extra peritoneal. Con este procedimiento, más del 95 % de los abscesos se resuelven, pero también existe la posibilidad de drenar estas lesiones, mediante la colocación de un catéter dirigido por Tomografía Axial Computarizada y/o ecografía, con una eficacia del 80 % 11.

Laiet en el 2011 describió una serie de casos, donde el 40,77% de los pacientes fueron tratados con drenaje percutáneo y el 43,15% por drenaje quirúrgico, con resultados equiparables entre ambos procedimientos. Esto demuestra un cambio en la tendencia terapéutica de esta afección, siendo el tratamiento percutáneo de elección, según asevera también Yacoudetal 5. Las complicaciones del absceso primario del psoas se reportan en el 29 % de los casos.

La mortalidad media de las formas primarias es del 2,8 %, y los factores determinantes son la edad superior a 50 años, enfermedad asociada, hemocultivo positivo, retraso en el inicio del tratamiento y un drenaje inadecuado 2, 7.

La sepsis es la causa principal de muerte, asociada en ocasiones a trombosis venosas profundas y tromboembolismo pulmonar 10.

Con relación al pronóstico de esta enfermedad, sin tratamiento la mortalidad se comportaba cercana al 100%, la sepsis se señala como la causa más frecuente. Con el tratamiento adecuado las tasas de mortalidad han descendido al 0,8-1,5%. Mientras en otras series de casos, la mortalidad alcanza entre el 7-20%.

Además del shock séptico, entre las principales causas de mortalidad están la trombosis venosa profunda y el trombo embolismo pulmonar 7.

El drenaje percutáneo constituye el procedimiento terapéutico de elección en la actualidad.7,9

Objetivo

Describir un caso clínico de Absceso del músculo Psoas Iliaco como causa de lumbociatalgia.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico.

Resultados

Paciente de 31 años de edad, masculino, ocupación carpintero. Instrucción: secundaria completa.

Antecedentes Patológicos personales: Pielonefritis Aguda a la edad de 19 años.

Lumbalgia Aguda post esfuerzo 5 meses antes del ingreso que cedió con analgésicos y AINES.

El enfermo acude a Emergencias refiriendo dolor lumbar de 2 meses de evolución, de moderada intensidad. Ocho días antes del ingreso presentó dolor intenso en región lumbar irradiado al miembro inferior izquierdo: región glútea posterior, muslo y pierna, que dificultaba la deambulacion y se intensificaba con la marcha, no cedió con analgésicos ni AINES por lo que acude a esta casa de salud.

A la exploración física: signos vitales dentro de parámetros normales. Peso: 52 Kilos, talla: 163 cm. Dolor a la palpación en la región lumbar, contractura muscular paravertebral izquierda, marcha disbásica. Signo de Lasague positivo, signo de Valleix positivo, (trayecto del nervio ciático doloroso) Reflejos osteotendinosos rotulianos, Aquileos y plantares conservados. Fuerza muscular de extremidades 5/5.

Reporte de la Biometría hemática:

Leucocitos 21.100/mm³
Neutrófilos 83%
Hemoglobina: 12.8 mg/dl
Hematocrito 37,7
Examen microscópico de Orina: hematíes 45-50 por campo, HB: ++.
VSG: 20 mm/ hora
PCR.- 12 mg/l, Normal

Se realizaron estudios radiológicos:

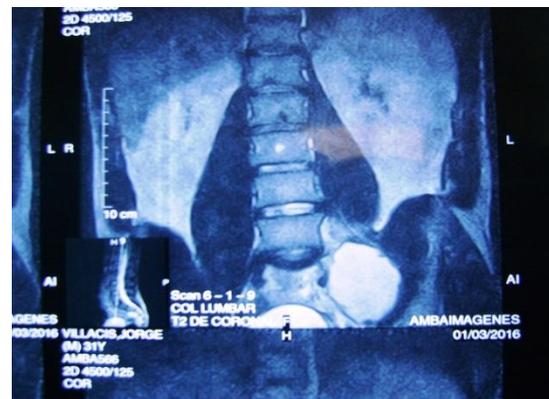
Figura 1. Radiografía de la columna Lumbar, donde se evidencia escoliosis antálgica.



Fuente: Departamento de Radiología. Hospital Provincial General de Latacunga

Posteriormente se realizó RMN de columna Lumbar: El informe reportó que no existían evidencias de hernias discales, se apreció colección de bordes lobulados hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 a nivel de la inserción del poas iliaco y pre sacra, se sugirió estudio complementario de dicha región para determinar probable absceso.

Figura 2. RMN de la columna Lumbar que muestra colección de bordes lobulados hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 a nivel de la inserción del poas iliaco y pre sacra

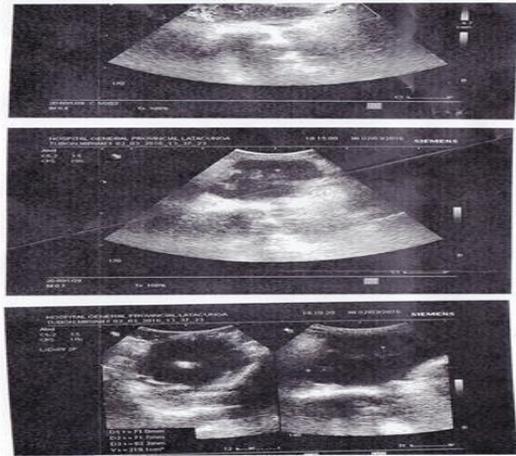


Fuente: Departamento de Radiología. Hospital Provincial General de Latacunga

Posteriormente, a los 7 días del ingreso se solicitó Ecografía abdominal, que reportó, a nivel del tercio medio y hacia la inserción distal del ilio psoas del lado izquierdo, una imagen anecogénica de contornos irregulares, parcialmente encapsulada con material ecogénico en su interior que discurre por las fibras del músculo anteriormente descrito con dirección posterior, con un volumen aproximado de 219cc. El examen con Doppler color, evidenció la presencia de vascularización periférica, estableciendo el resultado de imágenes como sugestivo de absceso versus colección hemática.

Figura 3 Ecografía abdominal: imagen anecogénica, en la inserción distal del ilio psoas del lado izquierdo de contornos irregulares, parcialmente encapsulada con material ecogénico

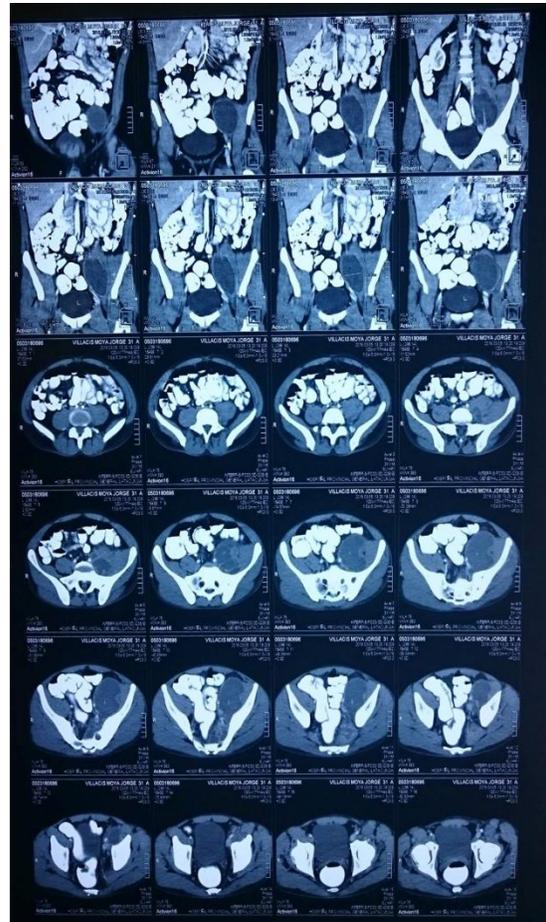
en su interior, volumen aproximado de 219 cc y vascularización periférica.



Fuente: Departamento de Radiología. Hospital Provincial General de Latacunga

Se mantuvo el tratamiento de antibioticoterapia por vía parenteral y se realizó Tomografía Axial Computarizada contrastada de abdomen y pelvis: donde se describe imagen con densidad de líquido, encapsulada, con delgados tabiques que se extienden en el espacio entre L5 - S1, por delante del músculo psoas iliaco izquierdo, desplaza parcialmente las asas intestinales, mide aproximadamente 13 x 6.5 x 6,8 cm, volumen aproximado 300 cc. Concluyendo que este hallazgo guarda relación con absceso del músculo psoas iliaco.

Figura 4 Tomografía Axial Computarizada absceso del músculo psoas iliaco izquierdo



Fuente: Departamento de Radiología. Hospital Provincial General de Latacunga

Transcurridos 12 días de hospitalización se realizó drenaje del absceso por vía percutánea, bajo anestesia local, mediante la técnica de Seldinger se introdujo la aguja bajo guía ecográfica por la fosa iliaca izquierda, sitio de la colección, luego se introdujo la guía hidrofílica a través de la aguja, se extrajo la aguja, quedando la guía en el interior de la colección, a través de la guía se introdujo el catéter de drenaje “cola de cerdo” numero 10 French, se verificó con ultrasonido que estuviese correctamente ubicado el catéter en la colección. Se obtuvo material purulento, se tomó muestra para cultivo bacteriológico y BAAR.

Figura 5 Drenaje percutáneo mediante técnica de Seldinger guiado por ultrasonido de absceso en el músculo Psoas Iliaco.



Fuente: Departamento de Radiología. Hospital Provincial General de Latacunga

Cultivo: Estafilococo coagulasa negativo. BAAR negativo.

El débito por el drenaje fue progresivamente menor. Se realizó un nuevo estudio tomográfico, que evidenció la disminución del volumen del absceso, se decidió entonces, retirar el catéter de drenaje al quinto día de su colocación. La cantidad total de material purulento obtenido fue 300cc.

El paciente evolucionó favorablemente. A los 3 días de efectuado el procedimiento: Leucocitos 7,9, Neutrófilos 72%, PCR +++, VSG: 37mm/h. Catorce días después del procedimiento: Leucocitos 5,2, VSG: 35 mm/h, PCR negativo.

Posteriormente a los 29 días de su ingreso, tras haberse completado el régimen de antibióticos, el paciente fue egresado, en buenas condiciones.

Fue citado a los 30 días para control, se encontraba asintomático, con los exámenes de laboratorio dentro de límites normales.

Discusión

La lumbociática puede ser originada por afecciones muy diversas; sin embargo, en más del 90% de los casos, se inicia debido a un esfuerzo que ocasiona la rotura del anillo discal, el núcleo pulposo tiende a protruir parcial o totalmente, constituyendo una hernia discal. Es imprescindible considerar otras causas que producen este síndrome, tales como el absceso del músculo psoas iliaco aunque se presente con mucha menos frecuencia.

Como dato curioso, este paciente nunca presentó alza térmica, pero sí leucocitosis con desviación a la izquierda, que hizo sospechar una etiología infecciosa, de probable origen bacteriano.

Hacemos énfasis que se debe investigar siempre la causa, no basta con tratar sólo la sintomatología del enfermo, con vistas a lograr un diagnóstico oportuno, e iniciar el tratamiento en forma inmediata, aumentando la eficacia del mismo.

Conclusión

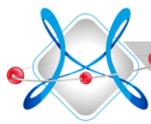
El absceso del músculo psoas iliaco es una afección que puede causar dolor lumbar agudo, se presenta en un porcentaje muy bajo de pacientes y conlleva a un diagnóstico difícil y abordaje multidisciplinario, su presentación clínica es generalmente inespecífica. El agente causal del caso que se describe fue el estafilococo coagulasa negativo.

Se considera oportuno realizar exámenes de laboratorio clínico y microbiológico, estudios de imágenes, tales como resonancia magnética nuclear, ecografía y tomografía axial computarizada, para elevar la eficiencia diagnóstica.

La conducta terapéutica recomendada incluye: antibioticoterapia y drenaje del absceso, con elección entre dos procedimientos que muestran eficacia similar.

1.- Drenaje quirúrgico mediante cirugía abierta (implica anestesia general, más días de hospitalización para el paciente y mayor costo).

2.- El drenaje del absceso por vía percutánea (requiere anestesia local, al realizarse mediante la técnica de Seldinger, se introduce el catéter hasta el absceso bajo guía ecográfica, constituye un



procedimientos no invasivo, pero sus resultados son igualmente satisfactorios).

Referencias bibliográficas

1. Ishtar Calderón Sánchez. ABSCESO DEL MUSCULO PSOAS. Revista Médica Sinergia ISSN 2215-4523 Vol.2 Num:7 Julio 2017 pp:10 – 16.
2. Vicente, M., Candel, F., Ruiz, M., Peña, E., Sánchez, A., et al. (2014). *Absceso de psoas como diagnóstico diferencial en la patología abdominal de urgencias*. Cir Cir. Vol.01 (82). Pg. [6]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2014/cc143e.pdf>.
3. Guillén, S. (2014). *Absceso del psoas en paciente con Enfermedad de Crohn*. Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual. Vol. 31 (1). ISSN 1409-0015. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v31n1/art13v31n1.pdf>.
4. Russo, A., Garretano, A., Pouy, A., Wagner, A., Costa, J., et al (2015). *Drenaje quirúrgico extraperitoneal de absceso del psoas: fundamento anatómico*. Rev Arg de Anat Clin; Vol. 7 (2): 100-106 Disponible en: <http://www.anatclinar.com.ar/images/stories/vol7num2jul15/ContribucionOriginal-Abscesodelpsoas.pdf>.
5. Beauregard-Ponce, G. E., & Castaneda-Flores, J. L. (2016). Absceso del músculo psoas iliaco. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Salud en Tabasco*, 22(1-2), 54-57. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48749482010.pdf>.
6. Oliva MR, Moreno MJ, Peñas E. Septic sacroilitis and psoas abscess. *Medicina Clínica (English Edition)*. 9 de febrero de 2017;148(3):148.
7. Navarro López V. Variabilidad en el origen del absceso del músculo iliopsoas a lo largo del tiempo. ¿Sesgo de publicación o una auténtica realidad? *Medicina Clínica*. 15 de marzo de 2015;144(6):259-60.
8. LIDID A, Leonardo y CASAS M, Juan Salvador. Absceso del iliopsoas: Claves para el diagnóstico imagenológico. *Rev. chil. radiol.* [online]. 2017, vol.23, n.4 [citado 2018-08-05], pp.163-173. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082017000400163&lng=es&nrm=iso. ISSN 0717-9308. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-93082017000400163>.
9. Alemán-Iñiguez JM, Alemán-Iñiguez PJ, Mora-Bravo F. Lumbalgia atípica por plasmocitoma óseo solitario coexistente con absceso de psoas: dos entidades distintas en una misma localización. *Comunicación del primer caso*. Rev Hematol Mex. 2014;15(3):129-36.
10. CAMPILLO I LOPEZ, F. y MARTIN SANCHEZ, J.. Psoas abscess: an approach to acute limp of infectious origin in children. *Rev Pediatr Aten Primaria* [online]. 2014, vol.16, n.63 [citado 2018-08-06], pp.225-228. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322014000400007&lng=es&nrm=iso. ISSN 1139-7632. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322014000400007>.
11. Gerstner, J, Castaño, CA. Absceso piógeno del psoas. *Colombia Médica*. colombiamedica.univalle.edu.co; 2017.
12. López-Zabala, I, García-Ramiro, S. Absceso de psoas asociado a infección de una artroplastia de cadera. *Revista Española de Quimioterapia*. search.ebscohost.com; 2013;
13. DallOrso, P, Maurente, L, Suarez, R. Abscesos profundos por Staphylococcus aureus meticilino resistente adquirido en la comunidad. *Archivos de Pediatría Uruguay*. sup.org.uy; 2013.
14. Méndez, N, Gancedo, E, Sawicki, M, Costa, N. Piomiositis primaria: Revisión de 32 casos diagnosticados por ecografía. *Medicina*. SciELO Argentina; 2016.
15. Vicente-Ruiz, M, Candel-Arenas, MF, Ruiz-Marín, M. Absceso de psoas como diagnóstico diferencial en la patología abdominal de urgencias. *Cirugía*. redalyc.org; 2014.