

ABSCESO NO TUBERCULOSO DEL PSOAS

Daniel A. Allende, Gustavo T. Díaz, Enrique Fachineti y Eduardo de Arteaga de los Servicios de Cirugía General y Traumatología, Hospital Privado.

RESUMEN

Se presentan tres casos de abscesos no tuberculosos del psoas que fueron curados por el drenaje quirúrgico.

Se hace hincapié en: 1.) el síndrome febril con dolor lumbar irradiado hacia el miembro inferior; 2.) el valor de la tomografía axial computada; 3.) la importancia del drenaje quirúrgico apropiado y 4.) el tratamiento de la causa intra-abdominal cuando la hubiere.

CASOS

El absceso no tuberculoso del psoas es una complicación de enfermedad infecciosa, de diverso origen. La enfermedad no es frecuente y la presentación clínica inicial, poco clara.

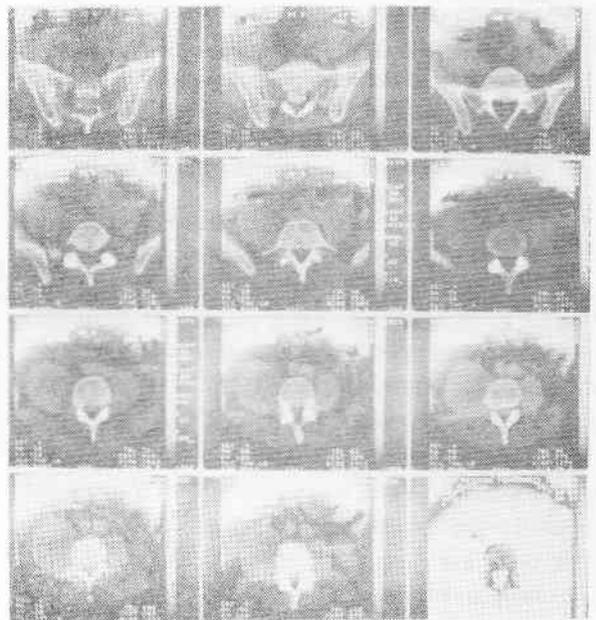
En este trabajo se relatan y comentan las historias de tres pacientes, asistidos en el Hospital Privado, durante el período 1982-1986.

1. H.C. N° 51048. Paciente de 21 años de edad y de sexo masculino. Consultó por dolor lumbar de tres días de evolución. El dolor era continuo, punzante, en zona lumbar derecha y comenzó durante el ejercicio, aumentando progresivamente de intensidad hasta impedir la marcha.

El dolor se propagó al muslo y la rodilla y el paciente adoptó una posición antálgica, flexionando el miembro inferior derecho. Fiebre en picos, hasta 38, 5° C. Los glóbulos blancos fueron 13.800 con 89% de neutrófilos y la eritrosedimentación fue de 4 mm. en la 1ª hora. La ecografía reveló hepatoesplenomegalia y adenopatías paravertebrales derechas. La tomografía axial computada mostró una posible masa paravertebral derecha y el urograma por excreción, la desviación del uréter derecho hacia la línea media. El diagnóstico presuntivo fue: absceso retroperitoneal y/o tumor retroperitoneal. Fibrosis?. La laparotomía demos-

tró un absceso de la vaina del psoas, próximo a la articulación sacroilíaca. Se realizó drenaje y apendicectomía. El cultivo del pus obtenido desarrolló un estafilococo coagulasa (+). 14

Figura 1



Destrucción de 3ra. vértebra lumbar y absceso del psoas izquierdo.

días después, se drenó un absceso residual en el extremo distal del compartimento inguino-crural del mismo lado. Curación.

2. H.C. N° 266460. Paciente de 36 años de edad y de sexo masculino. Profesión comerciante. Fue referido al Hospital, por posible tumor retroperitoneal. Desde hacía 5 meses padecía lumbociatalgia bilateral y desde 1 mes atrás, dolor gravativo lumbar izquierdo con fiebre (38°) casi permanente. Dos meses antes del comienzo de esta historia, tuvo un forúnculo. Al examen físico, existía dolor a la percusión

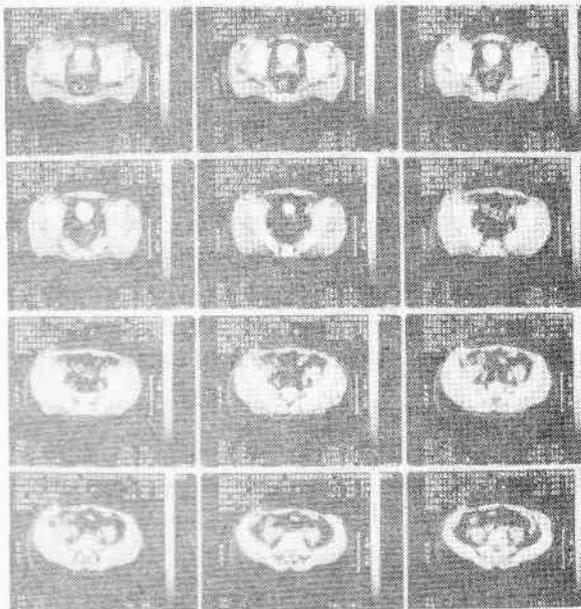
del flanco izquierdo y contractura lumbar del mismo lado. La radiografía simple mostró una lesión paravertebral izquierda y la T.A.C. comprobó una destrucción de la tercera vértebra lumbar con probable absceso del psoas izquierdo. (Fig. 1). La temperatura era de 37,3° C; el recuento de glóbulos blancos fue de 9200 y la eritrosedimentación, 35. El absceso fue drenado y la cápsula del mismo, reseca. El estudio bacteriológico del material obtenido demostró un estafilococo dorado. El paciente curó.

3. H.C. N° 15238. Paciente de 41 años de edad y de sexo masculino. Profesión comerciante. Ingresó al Hospital por dolor lumbar derecho con propagación al flanco, al hipocondrio y a la raíz del miembro inferior del mismo lado. El dolor era continuo y a nivel de la articulación coxofemoral aumentaba con los movimientos. Desde hacia siete días estaba con fiebre elevada (38-39°). Al examen físico, los puntos renouretales derechos, superior y medio, eran dolorosos. El paciente estaba pálido y adoptaba una posición antálgica. Existía un empastamiento profundo en la zona inguinoabdominal derecha. Los glóbulos blancos eran 20100 y la eritrosedimentación, 108. Una radiografía simple de abdomen mostró poca visualización del psoas derecho. 5 días después de la internación, se realizó el drenaje de un absceso retro-

Figura 2



Figura 3



peritoneal por vía inguinoabdominal. La *E. coli* fue el germen que se obtuvo en el estudio bacteriológico del pus del absceso. El enfermo evolucionó bien y fue dado de alta diez días después de la intervención.

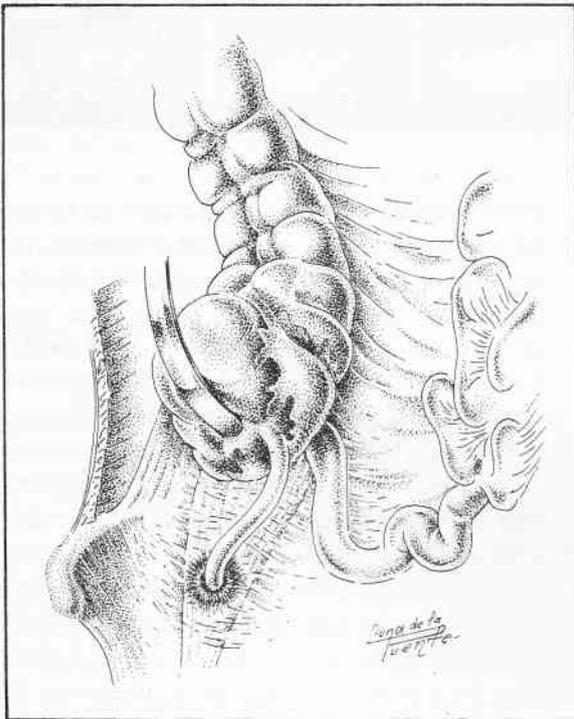
Tres meses después de esta internación, el estudio del colon por enema baritada, mostró el ciego desplazado hacia arriba, no se visualizó el apéndice y no hubo lesiones demostrables de colon. 6 meses después de la primera internación, concurrió a la consulta con un cuadro clínico febril y doloroso, similar al anterior. El estudio ecográfico mostró una lesión irregular de densidad mixta en fosa iliaca derecha. Se internó con diagnóstico presuntivo de síndrome febril por posible absceso retroperitoneal recidivado. Al día siguiente de la internación, se realizó el drenaje por la misma incisión anterior. 6 días después de la operación, se practicó una fistulografía que demostró una cavidad en la vaina del psoas. (Fig. 2). El estudio bacteriológico obtuvo un enterococo.

La tomografía axial computada, obtenida 23 días después del drenaje, reveló una irregularidad del psoas derecho. (Fig. 3).

45 días después de esta segunda intervención, estando el paciente asintomático y clínicamente normal, se reinternó y se le efectuó una laparotomía encontrándose el apéndice cecal con la punta adherida firmemente al vaina del psoas derecho. (Fig. 4). Se realizó la apendicectomía y el paciente curó definitivamente.

Resumiendo los hallazgos principales, se establece: los tres enfermos fueron hombres con buen estado físico y de 21, 36 y 41 años de edad, respectivamente. Los tres presentaron cuadros febriles con dolor lumbar y del miembro inferior del lado correspondiente. La T.A.C., la ecografía, el urograma y la fistulografía ayudaron al diagnóstico pero éste fue completado con la cirugía. Los gérmenes causales fueron el estafilococo en dos casos y un enterococo, en el restante. Los tres pacientes fueron operados y curados. Dos de ellos necesitaron, dos y tres operaciones respectivamente, para completar el tratamiento.

Figura 4



COMENTARIO

En los tres casos relatados, no se comprobó la etiología tuberculosa, causa común del absceso del psoas en el pasado, ni la enfermedad de Crohn, etiología de los abscesos del psoas, reconocida con cierta frecuencia en los últimos años. (1) (2).

En ningún caso, el diagnóstico fue establecido desde un comienzo. La determinación del tipo de germen tuvo importancia para el diagnóstico y el tratamiento. Es posible establecer que en aquellos abscesos "espontáneos" u originados en enfermedades infecciosas de la piel, se obtiene el estafilococo como germen causal. En cambio, en los correspondientes a patología del tracto digestivo, se encuentran los gérmenes comunes en la flora intestinal. (1) (2) (3)

De acuerdo con Rall (5) y ShuYan Leu (2), la tomografía axial computada es el mejor método de diagnóstico por imágenes para el estudio de los abscesos del psoas y así lo demostraron las obtenidas en los pacientes presentados en este trabajo.

El tratamiento definitivo siempre es quirúrgico; el drenaje de los abscesos debe ser amplio y siempre deben tratarse las causas intra-abdominales.

Los tres pacientes evolucionaron bien y curaron, sin embargo, es importante poner énfasis en la gravedad de esta infección retroperitoneal profunda, como lo demuestran algunos casos citados por la literatura, (3) (4).

SUMMARY

Three patients with nontuberculous abscesses of the psoas are presented.

The clinical syndrome of fever and lumbar pain irradiated to the groin is noted. The importance of C A T as a diagnostic tool is pointed out. Adequate surgical drainage and resection of intrabdominal causes of disease is the treatment of choice.

BIBLIOGRAFIA

- 1) J. Kyle:
Psoas abscess in Crohn's disease.
Gastroenterology 1971 Aug. 61 (2), 149-155.
- 2) Shu-Yan Leu, M.B. Leonard, R.W., Beart Jr., R.R. Dozois:
Psoas Abscess: Changing patterns of diagnosis and etiology. Dis. Col & Rect 1986 Nov. 29 (11) 694-698
- 3) J.D. Hardcastle:
Acute non-tuberculous psoas abscess.
Brit. J. Surg. 1970, Feb. 57 (2) 103-106.
- 4) D. Keown:
Appendicitis presenting as infection of right thigh.
British Medical Journal 1969 July 3, 96-97.
- 5) P.W. Ralls, W. Boswell, R. Henderson, W. Rogers, D. Boger, J. Halls: CT of inflammatory disease of the psoas muscle.
AJR 1980 April 134: 767-770.