

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

---

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI**

**TITULO**

**ABSCESO DE PSOAS EN CIRUGIA. SERIE DE CASOS**

TESIS QUE PRESENTA

DR. JESUS HUMBERTO SALAZAR MURILLO

PARA OBTENER EL DIPLOMA  
EN LA ESPECIALIDAD EN

CIRUGIA GENERAL

ASESOR DR. JOSE LUIS MARTINEZ ORDAZ

---



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

---

DOCTORA

**DIANA MENEZ DIAZ**

DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI

---

DOCTOR

**ROBERTO BLANCO BENAVIDES**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL DE

ESPECIALIDADES CMNSXXI

---

DOCTOR

**JOSE LUIS MARTINEZ ORDAZ**

ADSCRITO AL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA

UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXX

**DR ROBERTO BLANCO**

**POR COMPARTIR SU TIEMPO, SU EXPERIENCIA Y SU MANERA EXQUISITA DE ENSEÑAR  
LA MAS PRECIOSA ARTE DE LA MEDICINA QUE ES LA CIRUGIA. GRACIAS DOCTOR.**

**DR FELIPE ROBLEDO ORGAZON.**

**POR DARME LA OPORTUNIDAD DE APRENDER DE LOS MAESTROS DE MI MAESTRO  
MUCHAS GRACIAS DOCTOR.**

**DR JOSE LUIS MARTINEZ ORDAZ**

**GRACIAS DR POR SU APOYO SU PROFESIONALISMO, AMISTAD Y ELABORACION DE  
ESTA TESIS**

**PAPA: GRACIAS POR DARME LA OPORTUNIDAD Y GRAN OPORTUNIDAD DE APRENDER POR MI MISMO Y DARME CUANTA QUE ERES EN VERDAD MI GRAN MAESTRO. GRACIAS.**

**ROSALBA: GRACIAS POR TU FUERZA POR TU APOYO Y GRACIAS POR ESTAR SIEMPRE.**

**A TI ELSA: EL AMOR DE MI VIDA  
POR EL GRAN APOYO QUE SIEMPRE ME BRINDASTE Y LOS SACRIFICIOS QUE HICISTE DESDE QUE NOS CONOCEMOS, SIN TI NO HABRIA LOGRADOS MUCHAS COSAS Y CAMBIOS EN MI VIDA, GRACIAS POR COMPARTIR TU VIDA JUNTO A LA MIA Y JAMAS NOS VAMOS A SEPARAR.**

## INDICE

PRESENTACION.....	1
AGRADECIMIENTO.....	3
HOJA DE PRESENTACION.....	4
RESUMEN.....	7
INTRODUCCION.....	8
JUSTIFICACION.....	9
HIPOTESIS.....	10
MATERIALES Y MÉTODOS.....	10
DEFINICION DE VARIABLES.....	11
ANALISIS ESTADISTICO.....	12
REPORTE DE CASOS.....	13
RESULTADOS.....	15
DISCUSIÓN.....	17
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.....	19
BIBLIOGRAFÍA.....	21

## RESUMEN:

### ABSCESO DE PSOAS EN CIRUGÍA. SERIE DE CASOS

**Introducción:** El absceso del músculo psoas en una entidad clínica infrecuente con difícil diagnóstico. El absceso de Psoas se clasifica como primario o secundario. La presentación clínica puede ser aguda o sub aguda, en donde la triada clínica de dolor, fiebre y dolor a la flexo extensión se presenta en 35% a 50% de los casos. El Gold estándar del diagnóstico es la tomografía contrastada. Cuando el diagnóstico se Absceso de Psoas primario se debe iniciar tratamiento antiestafilocócico. El drenaje del absceso puede ser hecho a través de drenaje percutáneo guiado por tomografía, drenaje quirúrgico abierto transabdominal o retroperitoneal.

**Metodología:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, transversal, en donde se identificaron los casos de abscesos del Psoas diagnosticados en HECMNSXXI en el periodo comprendido 1 de Marzo 2004 a 30 de Noviembre de 2007. Los criterios de inclusión fueron pacientes con diagnóstico de abscesos del Psoas con cualquier método diagnóstico y los criterios de exclusión pacientes con infección del retroperitoneo sin afección de psoas.

**Resultados:** Se registraron 5 casos, de los cuales dos se consideraron primarios y tres secundarios, factores de riesgo fueron artritis reumatoide en el primario en el secundario fue la espondilodiscitis y cirugía abdominal previa por sepsis abdominal, el derecho fue el mas frecuente 3 de 5, los síntomas de presentación fueron dolor en lado afectado fiebre y dificultad para la deambulación en 4 pacientes, los pacientes recibieron antibioticoterapia. En cuanto a la forma de drenaje esta fue abierta en dos pacientes con absceso primario y transabdominal y otro retroperitoneal, en cuanto a los drenajes secundarios se realizó drenaje abierto en una ocasión y percutáneo en dos, un paciente falleció por choque séptico.

#### **Conclusión:**

En nuestro medio el absceso de psoas primario es mas frecuente, Los datos clínicos orientan firmemente al diagnóstico, dolor en región ipsilateral, fiebre y disminución de la movilidad de la extremidad ipsilateral, todos los pacientes reciben antibioterapia contra *Stafilococos aureus*, el drenaje abierto fue el manejo mas utilizado en esta serie con buenos resultados por lo que se debe seguir con este manejo.

**Palabras clave:** absceso de psoas, drenaje abierto, drenaje percutáneo

## **Planteamiento del problema**

Conocer las formas de presentación y los factores epidemiológicos de los pacientes con abscesos de psoas manejados en el servicio de gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional SXXI.

## **Justificación**

En la práctica clínica el cirujano se enfrenta ocasionalmente a patologías poco frecuentes como lo es la infección del psoas iliaco. Debido a la poca experiencia, se puede tener duda diagnóstica y retardo en el tratamiento definitivo.

En los países occidentales es una patología poco común, y debido a esto se tiene retraso en el diagnóstico adecuado, incrementando la morbilidad y mortalidad de esta patología al no manejarse oportunamente. Los pacientes atendidos oportunamente tienen una mortalidad del 2.5%. La mortalidad de esta patología esta relacionada con el mal manejo y el diagnóstico tardío.

Esta enfermedad se caracteriza por su baja incidencia y pocos trabajos publicados, sobre todo en la literatura de nuestro país. La mayoría son reportes de casos de bajo número y en un periodo de tiempo prolongado.

Debido a esto es importante realizar una revisión de esta patología en los diferentes servicios de este Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional Siglo XXI, en especial en el servicio de Gastrocirugía, ya que se trata de un hospital de referencia a nivel nacional; así tener un plan de tratamiento basado en un revisión bibliografica y sobre todo en la experiencia obtenida en los diferentes formas de abordaje y tratamiento dentro de nuestro servicio en este hospital. Con especial consideración en el manejo quirúrgico, en sus diversos tipos como lo es el abordaje transabdominal, retroperitoneal anterior, lumbotomía, punción asistida por tomografía y mejores resultados obtenidos en cuanto a la estancia intrahospitalaria y egreso a domicilio. Creando algoritmos de diagnóstico y manejo, lo que va a repercutir directamente en la calidad de vida de los pacientes afectados por esta patología.



**Hipótesis.**

No aplica por ser un estudio descriptivo.

## INTRODUCCION:

El absceso de psoas fue descrito inicialmente por Mynter en 1881, como una colección de pus en el compartimiento de psoas que se extiende a un plano retrofacial entre peritoneo y fascia transversalis. (1)

Se presenta con síntomas clínicos vagos e inicio insidioso, lo que puede ocasionar retraso en el diagnóstico con aumento de la morbilidad y mortalidad. (1)

Antes del descubrimiento de los antifímicos modernos el absceso de psoas era bien reconocido como una complicación del mal de Pott. Con la disminución de la prevalencia de tuberculosis en los países desarrollados la etiología del absceso de psoas ha cambiado. (2)

El compartimiento del psoas es un espacio retroperitoneal que contiene los músculos psoas e iliaco. El psoas es un músculo largo y fusiforme que surge de los bordes laterales de las vértebras T12 a L5. Se dirige hacia abajo y pasa por detrás del ligamento inguinal y por delante la articulación de la cadera y termina en un tendón que se inserta en el trocánter menor del fémur. Es inervado por ramas de L2, L3 y L4y es el principal flexor de la articulación de la cadera. El psoas tiene relación anatómica con órganos como apéndice, colon sigmoides, yeyuno, uréteres, aorta abdominal, riñones, páncreas, columna vertebral lumbar y ganglios linfáticos iliacos. (2)

Se piensa que la abundante irrigación sanguínea del músculo lo predispone a diseminación hematológica de sitios de infección ocultos. (3)(4)

El absceso de psoas se puede clasificar como primario o secundario dependiendo de la presencia o ausencia de una enfermedad subyacente. El absceso primario ocurre como resultado de diseminación hematológica de un sitio de infección oculto. Los pacientes con mayor riesgo de un absceso primario son aquellos que padecen: Diabetes Mellitus, SIDA, uso de drogas intravenosas, insuficiencia renal e inmunosupresión. La causa más frecuente de absceso secundario es la enfermedad de Crohn aunque existen otras causas como: apendicitis, diverticulitis, infecciones de vías urinarias, osteomielitis vertebral, artritis séptica y endocarditis. Además, los pacientes que han sido sometidos a procedimientos quirúrgicos en la región inguinal, lumbar o cadera tienen mayor riesgo de presentar absceso de psoas. (4)

*Staphylococcus aureus* es el agente causal en más del 88.4% de los abscesos primarios. El absceso secundario es causado por especies de streptococcus y *E. coli* en la mayoría de los casos, otras especies implicadas incluyen en 5% de los reportes son proteus, *Pasteurella multocida*, bacteroides, clostridium, *Yersinia enterocolitica*, klebsiella, *Staphylococcus aureus* metilino resistente, salmonella, *Mycobacterium kansasii*, y *Mycobacterium xenopi*. (5) Actualmente *Mycobacterium tuberculosis* es una causa poco común absceso de psoas en los países occidentales, aunque su incidencia ha aumentado en pacientes con VIH y es común en países en vías de desarrollo como complicación del mal de Pott. (5),(6)

Otra causa de absceso de psoas en países en vías de desarrollo es como una complicación de osteomielitis por *Brucella* sp. (7),( 8).

La presentación clínica puede ser aguda y sub aguda. En la primera hay dolor abdominal y lumbar en 91%, dolor a la flexoextensión de la cadera homolateral en 65%, la triada clásica de fiebre, dolor abdominal y lumbar en el 35% a 50%. En la forma subaguda, llamada así cuando el cuadro clínico es mayor de 7 días de evolución la sintomatología es muy parecida. En forma general mayoría de las veces se localiza hacia el lado derecho y con menor tendencia a ser bilateral.

En cuanto al examen físico existen dos maniobras para determinar si existe inflamación del músculo psoas:

1. El examinador coloca su mano sobre la rodilla ipsilateral del paciente y se le indica levantar su muslo contra la mano del examinador. Esto causará contracción del psoas y resultara en dolor.
2. Con el paciente apoyado sobre su lado sano se realiza hiperextensión de la cadera afectada resultando en dolor.

Los exámenes de laboratorio pueden mostrar leucocitosis, aumento de proteína C reactiva y aumento de velocidad de sedimentación globular.

El ultrasonido es diagnóstico solo en el 60% de los casos. La tomografía axial computarizada con doble medio de contraste es considerada el "gold standard" por lo que debe realizarse para confirmar el diagnóstico. Aunque también puede utilizarse la resonancia magnética nuclear y en algunos reportes se describe la utilización de la tomografía por emisión de positrones (PET). (9)(10)

El tratamiento consiste en el uso de antibióticos específicos y drenaje del absceso guiado por ultrasonido o TC. (11)

En pacientes con sospecha de absceso primario debe iniciarse manejo con antibióticos con espectro para estafilococo. En caso de absceso secundario se debe iniciar con antibióticos de amplio espectro como clindamicina, betalactámicos con espectro para estafilococos y un aminoglucósido. El manejo antibiótico debe continuar durante dos semanas posterior al drenaje del absceso y de acuerdo a la evolución del caso. (12)

El drenaje del absceso puede ser hecho a través de drenaje percutáneo guiado por tomografía o drenaje quirúrgico abierto, el primero es mucho menos invasivo y ha sido propuesto como el método de elección. (17)

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

- El objetivo de este estudio es conocer los factores epidemiológicos y el tipo de tratamiento de los pacientes con abscesos de psoas en el Centro Médico Nacional Siglo XXI, manejados en el servicio de Gastrocirugía, en el periodo comprendido del 1 de Marzo de 2004 al 30 Noviembre de 2007.

### **Objetivos Específicos**

- Determinar la forma de presentación clínica de los pacientes con absceso de psoas.
- Indicar los principales microorganismos causales de absceso de psoas.
- Conocer los factores asociados para el desarrollo de absceso de psoas.
- Evaluar el resultado según el plan terapéutico realizado ya sea por medio de drenaje quirúrgico, por medio de abordaje retroperitoneal, transabdominal o percutaneo dirigido por tomografía computada.

## **Materiales y métodos**

### **1. Tipo de estudio**

Observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal.

### **2. Universo de trabajo**

Se seleccionaran a todos los pacientes con el diagnóstico de absceso de psoas dentro del periodo comprendido del 1º de marzo del 2004 al 30 de Noviembre del 2007. Se revisaran los expedientes correspondientes capturando la información en la hoja de datos (anexo 1).

#### **1. Descripción de variables:**

##### **Variable dependiente:**

**Absceso del Psoas.** Infección localizada en el músculo psoas iliaco con colección de material purulento.

##### **Variable independiente:**

**Edad.** Duración de la existencia del individuo expresada como el período transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.

**Sexo.** Clasificación en macho o hembra basada en numerosos criterios, entre ellos las características anatómicas y cromosómicas.

**Factores de riesgo.** Alteración o fenómeno que aumenta la probabilidad de una pérdida derivada de algún peligro que puede producir lesión o enfermedad. Puede considerarse como un precursor de una enfermedad asociado a una morbilidad y mortalidad en relación a la media.

**Sintomatología.** Datos subjetivos referidos por el paciente.

**Hallazgos clínicos.** Datos encontrados durante la exploración física.

**Método diagnóstico.** Estudio de gabinete utilizado para realizar diagnóstico por ultrasonido abdominal, tomografía computada de abdomen, resonancia magnética nuclear.

**Lado del absceso.** Sitio referido del absceso localizado hacia la derecha o izquierda en relación con una línea media imaginaria que divide al cuerpo humano en dos mitades iguales.

**Absceso primario o secundario.** Origen del proceso infeccioso, ya sea por continuidad o por diseminación hematológica.

**Microorganismo aislado.** Microorganismo que se desarrolla, producto de la muestra obtenida del

músculo psoas infectado.

**Drenaje percutáneo.** Procedimiento realizado con apoyo de imagenología para realizar punción y colocación de algún tipo de drenaje sintético.

**Drenaje retroperitoneal.** Tipo de abordaje que se realiza en quirófano provocando una herida en región abdominal drenando el absceso sin ingresar a la cavidad peritoneal.

**Drenaje transabdominal.** Tipo de abordaje que se realiza en quirófano, provocando una herida en región abdominal ingresando a la cavidad abdominal.

**Afección ósea.** Se encuentra con infección a nivel de hueso secundario al proceso séptico del psoas.

## **2. Selección de la muestra**

Se seleccionarán expedientes de pacientes con diagnóstico de absceso de psoas, hospitalizados en el servicio de Gastrocirugía del 1º de Marzo de 2004 al 30 de Noviembre de 2007.

### **a) Criterios de selección**

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de absceso de psoas corroborado por TAC abdominal.
- Pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna, Urología, Gastrocirugía del Hospital de Especialidades de CMN SXXI.
- Pacientes a quienes se les realizó algún procedimiento invasivo.
- Que se cuente con el expediente clínico del paciente para su revisión.

Criterios de no inclusión:

- Pacientes con infección de retroperitoneo sin afectación de músculo psoas.

### **Procedimiento**

Se realizará revisión del expediente clínico de los pacientes seleccionados con el diagnóstico absceso de psoas, en el periodo comprendido 1 Marzo de 2004 a 30 de Noviembre de 2007.

Se obtendrá la información a través de los censos del servicio de Gastrocirugía y se localizarán los

expedientes en el archivo del Hospital de Especialidades de CMN SXXI.

Los datos de los expedientes se vaciarán en la hoja de recolección de datos, posteriormente se realizará el análisis estadístico y se crearán tablas y gráficos con los resultados obtenidos.

### **Análisis Estadístico**

El análisis de resultados se realizará con razones y proporciones para los datos demográficos. Para variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central y dispersión. De acuerdo al número de pacientes y en caso de fallecimientos se valorará realizar análisis entre grupos comparando las variables categóricas con prueba de chi cuadrada y las variables continuas con prueba de T de Student.

### **Consideraciones Éticas**

No se requiere carta de consentimiento informado por ser un estudio retrospectivo y los datos serán obtenidos exclusivamente del expediente clínico. Sin embargo de acuerdo al código de ética de Helsinki se guardará la confidencialidad de los pacientes.

### **Recursos para el estudio**

- a) Recursos humanos: Personal médico de los servicios de medicina interna, Urología y gastrocirugía.
- b) Recursos Materiales: Únicamente se realizaran los expedientes clínicos de los pacientes seleccionados, computadora, impresora, material de oficina.
- c) Recursos financieros: no requeridos

## **Análisis de resultados:**

### REPORTE DE CASO

#### PACIENTE 1.

Masculino 44 años. Ingresa por dolor en extremidad inferior izquierda, dificultad para la marcha y fiebre. Además de astenia, adinamia e hiporexia. A la exploración física masa palpable en fosa iliaca izquierda de 10x10cm dolorosa, adenomegalias inguinales ipsilaterales y aumento de volumen de pierna y muslo izquierdo.

Los laboratorios a su ingreso Hb 10.0 Leucocitos 12,800 Na 121 K 5.0. ELISA VIH negativo. Se realizo TAC de abdomen demostrando absceso en músculo psoas izquierdo. Se realizo drenaje abierto. El cultivo desarrollo Staphylococcus aureus Recibió doble esquema antibiótico. La TAC de control con disminución de 90% del absceso por lo que es egresado. Tres meses después continúa con dolor en cadera izquierda y región lumbar que imposibilita la marcha. Se realiza RMN con espondilodiscitis de L1-L2, proceso inflamatorio articulación coxofemoral izquierda y absceso de psoas izquierdo a nivel de L2-L3. Se realiza Gammagrama óseo con aumento de recambio óseo a nivel de L1-L2 y cabeza femoral izquierda. Se realiza drenaje quirúrgico abierto. El cultivo desarrollo S. aureus oxacilino sensible y se inicio dicloxacilina 4g/día y rifampicina 600mg/día. Se continuó manejo parenteral por 8 semanas y se realiza cambio a vía oral que se continuó durante un año por datos de afección ósea. Un año después RMN de control con secuelas de inflamación crónica de L2-L3.

#### PACIENTE 2.

Femenino 22 años. Con antecedentes de cirugía por Bartolinitis en 2 ocasiones. La última, un mes previo a su ingreso, con desarrollo de fibrosis y fístula vulvar. Además de uso de esteroides. Ingresa por dificultad para la marcha, dolor abdominal, fiebre, náusea, vómito e hipodimamia. A la exploración física hipotensión, taquicardia, somnolencia e ictericia. Desarrollo estado de choque por lo que ingreso a UCI. Se realizo TAC de abdomen con colección en hueco pélvico hasta corredera parietocolica derecha con gas en su interior. Se realizo laparotomía exploradora con hallazgo de líquido peritoneal verdoso infiltrando retroperitoneo. Sin alteraciones en páncreas. El cultivo de material desarrolla bacilos gram negativos sugestivos de Brucella por lo que se inicia manejo con doxiciclina y ciprofloxacino. La paciente con mejoría por lo que egresa de UCI. La TAC de control con absceso en psoas derecho. Se realiza drenaje quirúrgico abierto. El hemocultivo desarrolla S. coagulasa negativo por lo que inicia manejo con vancomicina. RMN no demuestra espondilodiscitis. Gammagrama óseo con Galio con captación en articulación sacro ilíaca derecha.



Gammagrama con Tc99m sin alteraciones. Continúa con esquema antibiótico establecido. La paciente con mejoría paulatina por lo que es egresada posteriormente.

#### PACIENTE 3.

Femenino 50 años. Antecedente de Artritis reumatoide. Nefrolitiasis. Trombosis venosa profunda de miembro pélvico izquierdo en tratamiento con anticoagulantes suspendido por hematuria. Ingreso por dolor abdominal en hueso pélvico, fosa iliaca y región lumbar derecha, de 2 meses de evolución, que impide la movilización, astenia, adinamia, hiporexia, pérdida de peso no cuantificada, náusea y vómito. La exploración física solo con palidez. Los laboratorios de ingreso glucosa 82, urea 76 creatinina 1.7 Hb 7.0 leucocitos 11,900 plaquetas 90,000. Se realiza TAC de abdomen con absceso en psoas derecho. Se realiza drenaje abierto con hallazgo de absceso drenado a cavidad abdominal y periapendicitis. El cultivo desarrollo *S. aureus* se inicia imipenem y amikacina. La TAC de columna lumbar con aplastamiento de L4. El gammagrama óseo sin datos de afección. Recibe manejo parenteral por 8 semanas y se cambia a vía oral durante un año. La paciente con mejoría paulatina con recuperación de movilidad de extremidades inferiores por lo que es egresada.

#### PACIENTE 4.

Masculino 65 años. Con antecedente de Hipertensión arterial sistémica y neumopatía crónica. Antecedente de LAPE por apendicitis complicada, reintervención por dehiscencia de herida e isquemia mesentérica. Posteriormente desarrolla síndrome compartamental abdominal se efectúa descompresión y enterostomía con mejoría. Presenta nuevamente abdomen agudo se somete a nueva cirugía con hallazgo de perforación intestinal llevando a cabo resección intestinal extensa. Presentando como secuela síndrome de intestino corto. Ingresa por dolor en miembro pélvico izquierdo y dificultad para la marcha. Se realiza TAC de abdomen con absceso de psoas izquierdo con destrucción de cabeza femoral ipsilateral. El manejo es con drenaje percutáneo del absceso. El cultivo desarrollo *S. aureus* oxacilino resistente por lo que se inicio manejo con vancomicina. El paciente posteriormente desarrollo sepsis, choque séptico y falleció.

#### PACIENTE 5.

Femenino 69 años. Antecedente de DM 2 y HAS. Ingresa por debilidad de extremidades inferiores que imposibilita la marcha, dolor en región lumbar derecha y fiebre. Los laboratorios a su ingreso: glucosa 188, urea 34 creatinina 0.4 Na 140mEq/L, K 3.7 mEq/L, Cl 103mEq/L Hb 10.1g/dL Hto 30.3% VCM 89.1 HCM 29.7 Leucocitos 10,700 plaquetas 514,000 Se realizo RMN de columna vertebral reportando espondilodiscitis de L3, L4 y L5, absceso paravertebral y de psoas derecho con extensión a espacio epidural. Es sometida a laminectomía de L4, L5, y drenaje de absceso

paravertebral. Posteriormente se toma TAC con evidencia de abscesos de psoas derecho por lo que se somete a drenaje percutáneo guiado por TAC. El manejo inicial fue con vancomicina e imipenem durante 12 días. La tinción ZN negativo para BAAR. El cultivo desarrolla E. coli con sensibilidad a amikacina y ceftriaxona por lo que se inicia este tratamiento. La centellografía ósea con Tc-99 negativo para demostración de osteomielitis. La paciente evoluciona hacia la mejoría siendo egresada posteriormente.

## RESULTADOS

Se registraron 5 casos de absceso de psoas en el periodo del 1º de marzo del 2004 al 30 de Noviembre del 2007. Las edades comprendieron de los 22 a los 69 años. Tres casos se registraron en mujeres y 2 en hombres. Dos casos se consideraron primarios y tres secundarios. Entre los factores predisponentes para abscesos primarios se identificaron artritis reumatoide (paciente 3) y no factores en un paciente (paciente 2). En el caso de los abscesos secundarios se encontró espondilodiscitis en 2 pacientes (pacientes 1 y 5) y cirugía abdominal previa en uno (paciente 4). En cuanto a lado de presentación este fue derecho en tres casos (pacientes 2,3 y 5) e izquierdo en dos ocasiones (pacientes 1 y 4). Los síntomas de presentación fueron dolor en miembro pélvico del lado afectado, fiebre y dificultad para la marcha en cuatro pacientes (pacientes 1,2,3 y 4); debilidad de extremidades inferiores, dolor en región lumbar del lado afectado y fiebre en uno (paciente 5). Un paciente desarrollo choque séptico al ingreso hospitalario (paciente 2) y otro como complicación tardía (paciente 4). En los abscesos primarios el agente etiológico fue S. aureus meticilino resistente (paciente 2) y S. coagulasa negativo (paciente 3). En el caso de los abscesos secundarios los microorganismos aislados fueron S aureus meticilino sensible (paciente 1), S. aureus meticilino resistente (paciente 4) y E. coli (paciente 5). El manejo antibiotico que recibieron fue el siguiente: dicloxacilina y rifampicina (paciente 1), vancomicina (paciente 2), imipenem y amikacina (paciente 3), vancomicina (paciente 4), amikacina y ceftriaxona (paciente 5). Un paciente desarrollo afección a articulación coxofemoral con destrucción de cabeza de fémur (paciente 4). En cuanto a la forma de drenaje esta fue abierta en absceso primario (paciente 2 y 3) mientras que en los abscesos secundarios se realizo drenaje abierto en una ocasión (paciente 1) y

percutaneo en 2 (paciente 4 y 5). Un paciente falleció por choque séptico por un absceso secundario (paciente 4).

TABLA 1.

Características de los pacientes con absceso de psoas vistos en el servicio de Gastrocirugía del HE CMNSXXI

Paciente	Sexo	Edad	Factor predisponente	Síntomas de ingreso	Localización
1	Masc.	44	Espondilodiscitis L1-L2	Dolor MPI, dificultad para la marcha. Fiebre	Izquierdo
2	Fem.	22	Ninguno	Dolor MPD, dificultad para la marcha. Choque séptico	Derecho
3	Fem.	50	Artritis reumatoide	Dolor FID, región lumbar derecha. Fiebre	Derecho
4	Masc.	65	Cirugías abdominales previas	Dolor MPI, dificultad para la marcha. Choque séptico	Izquierdo
5	Fem.	69	Espondilodiscitis L3-L5	Debilidad miembros inferiores, dolor región lumbar derecha. Fiebre	Derecho

Tabla 2.  
Microorganismos desarrollados en cultivo, manejo antibiótico y tipo de drenaje

Paciente	Microorganismo	Antibiótico	Drenaje
1	<i>Staphylococcus aureus</i> metilino sensible	Dicloxacilina, rifampicina	Abierto
2	<i>S. coagulasa</i> negativo	Vancomicina	Abierto
3	<i>Staphylococcus aureus</i> metilino sensible	Imipenem, amikacina	Abierto
4	<i>Staphylococcus aureus</i> metilino resistente	Vancomicina	Percutaneo
5	<i>Escherichia coli</i>	Amikacina, ceftriaxona	Percutaneo

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

### DISCUSION

En esta serie se registraron 3 abscesos primarios de psoas encontrando como factores predisponentes DM y artritis reumatoide coincidiendo con reportes previos sobre factores predisponentes para absceso primario. En cuanto a los agentes etiológicos en dos de ellos fue *S. aureus* y en uno *E. coli* lo cual concuerda con la literatura mundial con respecto a la etiología en países desarrollados encontrando *S. aureus* en 88% de los casos, seguido por *Streptococco* (5%) y *E. coli* (3%).<sup>2,12</sup> Sin embargo en países en vías de desarrollo se considera *M. tuberculosis* como el agente etiológico principal en abscesos de psoas lo cual no sucedió en nuestra serie donde no se reporto ningún caso por micobacterias.

En cuanto a los abscesos de origen secundario en esta serie se registraron dos uno secundario apendicitis complicada y el otro secundario a infección genital. Los agentes etiológicos fueron *S. aureus* metilino resistente en el caso del paciente con apendicitis complicada y *S. coagulans* negativo en el caso del paciente con infección genital previa. En la literatura universal se considera a la enfermedad de Crohn como la primera causa de absceso de psoas secundario lo cual no concuerda con nuestros resultados sin embargo si se considera la apendicitis y las infecciones genitales dentro de las causas de absceso secundario. En cuanto a los agentes etiológicos se considera mundialmente a *Streptococcus* como primera causa (4.9%) seguido por *E. coli* (2.8%).<sup>2,12</sup> En cuanto a *S. aureus* reportado en uno de los pacientes si es considerado causa de absceso secundario aunque en menor proporción. Lo cual concuerda con nuestros resultados. En esta serie no se registraron pacientes con SIDA.

En cuanto a drenaje del absceso nuestra serie no coincide con los reportes internacionales donde se considera al drenaje percutaneo como la primera elección para el manejo del absceso. En nuestra serie solo en dos pacientes se eligió esta opción.

En cuanto a las manifestaciones al ingreso la más común fue dolor en el miembro pélvico ipsilateral a la localización del absceso además de incapacidad para la marcha y fiebre lo cual coincide con reportes previos.<sup>12</sup>

De lo anterior podemos concluir que en nuestro medio el absceso de psoas primario es mas frecuente y el agente etiológico mas frecuente es *S. aureus*. Y que en pacientes que se presenten con dolor en miembro pelvis unilateral, dificultad para la marcha y fiebre se debe descartar absceso de psoas como causa de sintomatología y en pacientes en quien se sospeche absceso primario el manejo antibiótico inicial deberá cubrir *S. aureus*. En cuanto a la forma de drenaje en nuestra serie los pacientes con drenaje abierto tuvieron mejor evolución por lo que se recomienda continuar con este tipo de manejo.

## CONCLUSIONES

- El cuadro clínico del absceso de músculo psoas tiene un curso insidioso, para el cual hay que tener un alto índice de sospecha.
- Los principales microorganismos aislados estaphilococcus aureus metilino sensible en tres pacientes, uno de ellos metilino resistente, y otro de ellos Escherichia coli. Los antibióticos utilizados fueron dicloxacilina, rifampicina, vancomicina, imipenem mas amikacina, amikacina mas ceftriaxona.
- Los factores de riesgo identificados fueron espondilodiscitis en dos pacientes, artritis reumatoide en 1 y 1 con cirugía previas
- El sitio mas común fue del lado derecho, el estudio diagnostico mas utilizado fue la tomografía computada con medio de contraste, se utilizo en 1 de ellos resonancia magnetica nuclear.
- El drenaje abierto transabdominal fue el mas utilizado y resolución total de los síntomas

## BIBLIOGRAFIA

1. Mallick H, Thoufееq MH, Rajendran TP. Iliopsoas abscesses. *Postgrad Med J* 2004;80:459-462
2. Agrawald SN, Dwivedi AJ, Khan M. Primary Psoas Abscess. *Dig Dis Sci* 2002;47:2103-2105.
3. Mückley T, Schütz T, Kirrschner M, et al. Psoas Abscess: the Spine as a Primary Source of Infection. *Spine* 2003;28:106-113.
4. Van den Berge M, Marie S, Kuipers T, et al. Psoas abscess: report of a series and review of the literatura. *J of Med* 2005;63(10):413-416
5. Huang G, David B, Gupta A, et al. Psoas Abscess Due To *Mycobacterium Xenopi* Infection. *Am J Med* 2003;114(3):247-249.
6. Boyd A, Raymond P. *Mycobacterium avium intracellulare* psoas abscess in patients with AIDS after antiretroviral therapy. *AIDS* 1999;13(15):2185.
7. Gündeş SG. Primary brucellar psoas abscess: presentation of a rare case of psoas abscess caused by *Brucella melitensis* without any osteoarticular involvement. *Int J Clin Pract Suppl* 2005;(147):67-8.
8. Marrakchi C. Melitococcal psoas abscesses: study of three cases and review of the literature. *Med Trop (Mars)* 2006;66(3):261-5.
9. Negus S, Sidhu PS. MRI of retroperitoneal collections: a comparison with CT. *Brit J of Rad* 2000;73:907-912.
10. Chan HP, Myoung-Hoon L, Chang-Guan O. F-18 FDG Positron Emission Tomographic Imaging in Bilateral Iliopsoas Abscesses. *CI Ncl Med* 2002;27(9):680-681.
11. Tomonori N, Mitsuo K, Kentarou W, et al. Pneumococcal Psoas Abscess. *Internal Medicin* 1999;38(1):178-180.
12. Shakespeare AW, Davie D, Tonnerre C, et al. Nalidixic Acid-Resistant *Salmonella enterica* Serotype Typhi Presenting as a Primary Psoas Abscess: Case Report and Review of the Literature. *JCM* 2005;(2):996-998.
13. Manoj T. Psoas Absces - Inusual Etiologia of Groin. *Med Gen Med* 2005;7(3): 10.
14. Kumar S, Sundeep J. Peritonitis and Fulminante sepsis due to espontaneous ruptura of ilio-psoas abscess. *Indian J Gastroenterol* 2004;23:222-223.

15. Rabii M, Rais H. Primary pyogenic of the psoas muscle Apropos of 5 cases. Pud Med – indexed for MEDLINE.
16. Zissin R, Gayer G, Kots M, et al. Iliopsoas abscess: a report of 24 patients diagnosed by CT. Abdom Imaging 2001;26:533-539.
17. Penado S, Espina B, Campo J. Abscesos de psoas. Descripción de una Serie de 23 casos. Enferm Infecc Microbiolo Clin 2001;19:257-260.
18. Mückley T, Sthütz T, Kirschner M, et al. Psoas Abscess: The Spine as a Primary Source of infection. Spine 2003;28(6):106-113).



**XV. ANEXOS**

**CROGRAMA DE ACTIVIDADES**

**AÑO 2007**

ACTIVIDAD	MESES												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
Elaboración de protocolo													
Registro ante el Comité de Investigación Local													
Colección de información													
Captura de datos													
Análisis de datos													
Interpretación de resultados													
Formulación de reporte													

### 1. HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

	No. Progresivo:
Nombre:	No. Afiliación:
Sexo:	Edad:
Factores de riesgo: _____ _____	
Principales síntomas al ingreso: _____ _____	
Principales hallazgos a la exploración física al ingreso: _____ _____	
Método diagnóstico: USG _____ TAC _____ RM _____ Otro _____	
Absceso: Primario _____ Secundario _____	
Lado del absceso: Derecho _____ Izquierdo _____	
Microorganismo desarrollado en el cultivo: _____	
Tratamiento antibiótico utilizado: _____	
Drenaje: Percutáneo _____ Retroperitoneal _____ Transabdominal _____	
Afección ósea: Si _____ No _____	

