

11227 19
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO
NACIONAL LA RAZA

ABSCESOS DEL PSOAS, EXPERIENCIA EN EL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO
NACIONAL "LA RAZA" Y REVISION DE LA
LITERATURA.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

P R E S E N T A :
DR. AMBROCIO GONZALEZ MEJIA

ASESORES: DR. FELIPE INIESTRA FLORES
DR. C. RAUL ARIZA ANDRACA



IMSS

MEXICO, D.F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

0278525

1999



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ABSCESOS DEL PSOAS, EXPERIENCIA EN EL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO
MEDICO NACIONAL " LA RAZA " Y
REVISION DE LA LITERATURA.

DR. AMBROCIO GONZALEZ MEJIA
RESIDENTE III DE MEDICINA INTERNA

DR. FELIPE INIESTRA FLORES
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO
DE MEDICINA INTERNA.

DR. C. RAUL ARIZA ANDRACA
JEFE DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA INTERNA.

DR. ALBERTO FRATTI MUNARI
JEFE DE LA DIVISION
DE MEDICINA INTERNA.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA,
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO
MEDICO NACIONAL " LA RAZA "
SERIS Y ZAACHILA S/N. COL. LA RAZA
TEL.- 7-24-59-00, EXT. 1701-1702

DOMICILIO PARTICULAR: DR. AMBROCIO
GONZALEZ MEJIA.
IGNACIO ALLENDE No.101
PUEBLO NUEVO, AUTOPAN.
TOLUCA, ESTADO DE MEXICO
TEL.-91-729-6-54-84

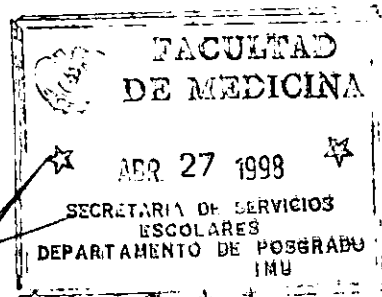
AUTORIZARON LA PRESENTACION DE TESIS, QUE PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA ELABORO EL DR.
AMBROCIO GONZALEZ MEJIA.

DR. FELIPE INIESTRA FLORES
ASESOR DE TESIS

DR. C. RAUL ARIZA ANDRACA
JEFE DEL DEPTO DE MEDICINA INTERNA

DR. ALBERTO C. FRATTI MUNARI
JEFE DE LA DIVISION DE MEDICINA INTERNA

DR. ARTURO ROBLES PARAMO
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION MEDICA
E INVESTIGACION.



hospital de especialidades

DIVISION DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA

D E D I C A T O R I A S

A DIOS,
POR LA EXISTENCIA.

A MIS PADRES Y A MIS HERMANOS,

A MIS MAESTROS,
DESDE SIEMPRE,
GUIAS INALCANZABLES
POR LOS SENDEROS
DEL SABER.

A MIS COMPAÑEROS Y
AMIGOS; POR TODO LO
QUE HEMOS VIVIDO
JUNTOS,

A LOS PACIENTES,
FUENTES INAGOTABLES
DE ENSEÑANZA Y
APRENDIZAJE,

FINALMENTE A LA DICHA
MAS GRANDE DE MI EXISTENCIA
JULIA MI COMPAÑERA, Y
A NUESTRAS HIJAS:
DIANA ALEJANDRA Y
LUCERO JAZMIN.

I N D I C E

Presentación	1
Firmas de Autorización	2
Dedicatorias	3
Indice	4
Introducción	5
Caso clínico No. 1	6
Caso clínico No. 2	9
Caso clínico No. 3	12
Revisión de la literatura	15
Abscesos primarios	16
Abscesos secundarios	17
Diagnostico	18
Tratamiento	21
Pronóstico	22
Tabla No. 1	23
Tabla No. 2	24
Tabla No. 3	25
Tabla No. 4	26
Tabla No. 5	27
Tabla No. 6	28
Conclusiones	29
Bibliografía	30

RESUMEN ESTRUCTURADO

TITULO : Abscesos del psoas, experiencia en el departamento de Medicina Interna del Hospital de Especialidades C.M.N. " La Raza ", y revisión de la literatura.

OBJETIVO: Investigar y realizar un análisis de los casos de abscesos del psoas diagnosticados en el Departamento de Medicina Interna del H.E.C.M.N.R., y realizar una revisión actualizada de la literatura .

DISEÑO DEL ESTUDIO: Descriptivo. observacional. retrospectivo y transversal.

MATERIAL Y METODOS: Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de abscesos del psoas ingresados al departamento de Medicina Interna del H.E.C.M.N.R. durante el periodo comprendido del primero de enero de 1990 al 31 de diciembre de 1995 , registrando las características clínicas y descripción del diagnóstico y tratamiento de cada uno de los pacientes y se realizó mediante investigación bibliográfica una revisión actualizada de la literatura.

RESULTADOS: Tres casos fueron los ingresos registrados en el departamento de Medicina Interna del H.E.C.M.N.R. durante un periodo de 5 años, coincidiendo con la baja incidencia anual mundial reportada en la literatura, observándose que debido al espectro de su presentación se tiene dificultades para el diagnóstico clínico, siendo necesario el apoyo de estudios no invasivos como lo es la TAC de abdomen.

CONCLUSIONES: Los abscesos del músculo psoas son una entidad clínica rara (Incidencia mundial de 12 casos al año), se requiere una alta sospecha clínica , y es evidente que hoy en día la Tomografía Computada, ha facilitado el diagnóstico, y que el tratamiento sigue siendo el drenaje quirúrgico amado a antimicrobianos específicos, con un pronóstico generalmente bueno, reportándose una mortalidad muy baja (2.4 %), incrementándose esta en pacientes inmunodeprimidos.

INTRODUCCION:

Los abscesos del músculo psoas han representado un reto diagnóstico por su localización y por la diversidad de manifestaciones clínicas (1). Hasta 1966 se vinculaba con *Mycobacterium tuberculosis*, posteriormente se han relacionado con bacterias piógenas debido a la disminución de la incidencia del "Mal de Pott" (2). La infección del músculo psoas usualmente es secundario a procesos inflamatorios intraabdominales o pélvicos y raramente es primario (4).

La incidencia mundial es de 12 casos por año, la relativa rareza de la entidad, aunado a una presentación incidiosa y atípica resulta frecuentemente en diagnóstico tardío con incremento en la morbimortalidad.

En México no existen estudios o reportes que indiquen la frecuencia y epidemiología del padecimiento, por lo que este trabajo analizará la experiencia clínica referente a los abscesos del músculo psoas, en el Departamento de Medicina Interna del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional " La Raza " .

CASO CLINICO No.1

Femenino de 45 años con antecedentes de Nefrectomía izquierda secundaria a litiasis coraliforme hace 11 años. Padecimiento de 45 días de evolución, caracterizado por fiebre vespertina hasta de 40 grados centígrados, precedida de calosfríos y seguida de diaforesis, perdida de peso de 6 kg, y ataque al estado general, dolor en la región lumbar izquierda e hipogastrio, tratada con trimetoprim-sulfametoxazol, sin respuesta por lo que ingresa al departamento de Medicina Interna para su estudio.

A la exploración física mostró: TA:110/70 mmHg, FC:94xp, T°38.8 °C, FR:24 X. Femenina aparente igual a la cronológica, palidez de tegumentos +++, mucosas bien hidratadas. Area pulmonar sin integrarse síndrome pleuropulmonar. Area cardiaca ruidos rítmicos de buena intensidad sin S3, S4 o galope. Abdomen globoso por panículo adiposo, blando, depresible, pulsos ureterales superior e inferior izquierdos positivo, así como Giordano y signo de la puño percusión Murphy ipsilaterales, miembros inferiores sin edema.

LABORATORIO Y GABINETE:

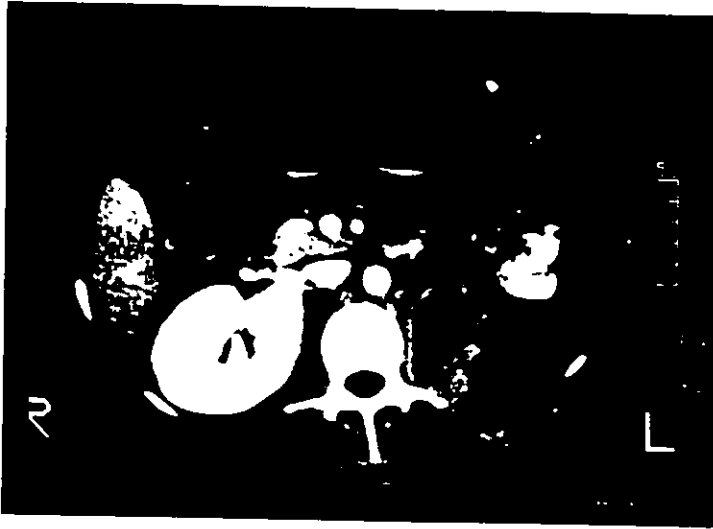
HB:8.4gr, Leucocitos:16,900,PMN 90%, Linfocitos: 8.4%,
M:2%, E:1%, Bandas:6%, plaquetas:600,000, glucosa:119mg/dL,
creatinina:0.94mg/dL, TGO:36U/Lt, DHL:127U/Lt, TGP:28U/Lt,
Na:131mEq/Lt, K:4.8mEq/Lt, Proteínas totales:7gr/dL,
albúmina:3.2gr/Dl, IgA:536mg/dL, IgG:2630mg/dL, IgM:329mg/dL,
PCR:Positiva, 1:640U, Factor Reumatoide:Positivo, Dep. de
creatinina:108 ml/min.

USG ABDOMINOPELVICO: Colecistitis crónica alitiasica,
miomatosis uterina, salpingitis bilateral, líquido libre en
fondo de saco.

TAC DE ABDOMEN: Ausencia de riñón izquierdo, colección
lobular, septada, de pared gruesa, con coeficiente de
atenuación de 27 U.H. , correspondiente a material purulento,
dependiente de músculo psoas izquierdo.

Rastreo corporal con leucocitos autologos radiomarcados con
Tc-99: zona de concentración anormal en región renal
izquierda.

El tratamiento instaurado fue a base de antimicrobianos y
drenaje quirurgico percutáneo, con excelente evolución. Se
aisló Staphylococcus aureus en el material obtenido durante
la cirugía.



T.A.C. DE ABDOMEN DEL CASO No 1

CASO CLINICO No.2

Femenino de 43 años de edad que ingresa al departamento de Medicina Interna por cuadro de dos semanas de evolución caracterizado por dolor en fosa iliaca derecha, fiebre, precedida de calosfríos y seguida de diaforesis profusa, sin predominio de horario, mialgias, artralgias y ataque al estado general. Fué tratada en medio particular con diversos esquemas antimicrobianos sin mejoría.

El examen clínico mostró: TA:130/90mmHg, FC:110Xp, FR:26Xp, T:39.0°C, fascies de toxiinfección, con mucosas orales secas, lengua saburral, palidez de tegumentos. Area cardíaca:Ruidos de buena intensidad, sin S3, S4. Area pulmonar sin integrarse síndrome pleuropulmonar. Abdomen: tumoración de 10cm de diámetro, doloroso, de bordes mal definidos, superficie regular en fosa iliaca derecha, con rebote positivo, signos de Lassege positivo, resto de la exploración sin relevancia.

LABORATORIO: HB:10.8 gr, Htto:32%, Leucocitos:17,500, PMN:80%, L:17%, M:3%, bandas:4%, plaquetas:250,000, glucosa:126mg/dl, creatinina:0.9mg/dL, B.I: 0.3mg/L, B.D:0.1mg/Lt, Na:148mEq/Lt, K:3.8mEq/Lt, TGO:11 u/L, TGP:17 u/L, DHL:176 u/Lt, colesterol:190mg/Lt, triglicéridos:170mg/lt, proteínas totales:7.6gr/lt, albumina:4 gr/Lt. EGO: proteinuria +, leucocitos: 6-7/C, pH 7.0, densidad:1.010, bacterias ++. hemocultivo negativo.

TAC DE ABDOMEN: Absceso que involucra pared abdominal derecha, ciego y músculo psoas con coeficiente de atenuación de 40-49 U.H.

TRATAMIENTO: Imipenem, amikacina e imidazol; se realizó cirugía con hallazgo de lisis de apéndice cecal y colección de aprox. 300cc, de características purulentas. se aisló Staphylococcus aureus. La evolución fue excelente egresandose una semana después de la cirugía.



T.A.C. DE ABDOMEN DEL CASO CLINICO N° 2

CASO CLINICO No.3

Masculino de 71 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial sistémica y Diabetes Mellitus tipo II de 20 años de evolución.

Cuadro clínico de 6 meses de evolución caracterizado por dolor abdominal de tipo cólico difuso, disminuyendo con analgésicos, sin trastornos agregados, acompañándose de poliuria, polidipsia y polifagia. Ingresa a la unidad por deterioro de sus condiciones, documentándose cuadro de dificultad respiratoria evolucionando a insuficiencia respiratoria siendo meritorio de intubación y apoyo ventilatorio mecánico. La exploración física mostro TA:90/60mmHg, FC:110x, FR:42x, T:35.5.

Paciente senil alerta, poco cooperador, palidez de mucosas ++, hidratación de las mismas aceptable, cuello con ingurgitación yugular grado II. Area pulmonar con estertores sibilantes en base del pulmón derecho, y síndrome de derrame pleural izquierdo. Area cardiaca: ruidos rítmicos de intensidad disminuida, sin S3 ni S4. Abdomén con petequias diseminadas en cara anterior, con hiperestesia e hiperbaralgesia además de dolor a la palpación profunda en flanco y fosa iliaca izquierda, con tumoración dolorosa, fija, dura, de bordes mal definidos de 25cm aproximadamente, la peristalsis disminuida, tacto rectal: tono del esfínter anal conservado, ampulla rectal vacía, próstata aumentada de tamaño, blanda; miembros inferiores con presencia de edema ++.

LABORATORIO: HB:7.2gr, Htto:25, Leucocitos: 18,900, PMN:90%,
Linfocitos:8%, M:2%, E:0, Bandas:9%, plaquetas: 13,000, Na:160mEq/lT,
K:3.8 mEq/lT, Glucosa:196mg/dL, urea:64mg/dL, creatinina:2.3mg/dL,
Proteínas totales: 5.8gr/L, albumina: 2.6gr/L, TGO:38u, TGP: 44u,
DHL:128u, IgG:2950, IgA:544mg/dL, IgM 312mg/Dl.

A.M.O.: 60% de celulas plasmaticas.

RX TORAX: Derrame pleural izquierdo del 20%.

RX SIMPLE DE ABDOMEN: Aumento de la densidad en forma irregular en
hemiabdomén izquierdo, datos sugestivos de aire libre en cavidad.

SERIE OSEA METASTASICA: Solo lesiones líticas en creasta iliaca
izquierda.

USG DE ABDOMEN: Absceso perirrenal izquierdo.

TAC DE ABDOMEN:Absceso a nivel del musculo psoas izquierdo con
coeficiente de atenuación de 52 U.H.

TRATAMIENTO: Se realizo laparatomía exploradora realizandose drenaje
de de colección purulenta de 1000cc, localizado a musculo psoas
izquierdo, resto de organos normales.

CULTIVO DE MATERIAL OBTENIDO: Staphilococcus aureus, cultivo de
secreción bronquial Pseudomona auriginosa.

La evolución del paciente fue buena después del tratamiento médico y
quirurgico, siendo egresado al servicio de Hematología para
tratamiento de mieloma multiple.



T.A.C. DE ABDOMEN DEL CASO CLINICO N° 3

ABSCESOS DEL PSOAS
REVISION DE LA LITERATURA

Los abscesos del músculo psoas han representado un reto diagnóstico para el clínico. Descritos originalmente en 1881, se han reportado en la literatura mundial más de 400 casos, con una presentación mayor en países en vías de desarrollo. La incidencia mundial, anual estimada es de 12 casos, debido al desarrollo de la tecnología por imagen (ultrasonografía y Tomografía axial computada).

Los abscesos del psoas son comunes en personas jóvenes. De los casos reportados de abscesos primarios del psoas, el 83% de presentan entre los 0 y 30 años. Ocurren raramente en ancianos. En los casos secundarios, el 60% se establece entre los 10 a 40 años. Tradicionalmente se han clasificado en primarios y secundarios (tabla No.1). Los primarios no tienen etiología definida (1,2,3). En contraste en los abscesos secundarios, ocurren como consecuencia de una extensión directa de tejidos adyacentes infectados.

ABSCESOS PRIMARIOS

Ocurren predominantemente en personas jóvenes, con un 54 % antes de los 10 años y con un 83 % antes de los 30 años (2,3,6). Sin tener predilección por el sitio de presentación (3,6,7,8) siendo raros los abscesos bilaterales (1%). *Staphylococcus aureus* es el organismo que se aísla con mayor frecuencia (88%) en los cultivos (6,7,8).

La historia de traumatismos se obtiene en el 18 a 20 % de los casos, lo que ha conducido a considerarlo como un factor predisponente. La linfangitis supurativa ha sido postulada como etiología primaria (6), sin embargo, los estudios de linfangiografía no sustentan tal hecho.

ABSCEOS SECUNDARIOS

El origen de los abscesos secundarios, es gastrointestinal (80%), (6,8,11), siendo las principales entidades relacionadas con esta patología: diverticulosis, enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa, neoplasias del colon (4,6,9,11). Otras entidades relacionadas son la osteomielitis de columna, infección del espacio discal, sépsis, abscesos perinéfricos, infección prostática, carcinoma de vejiga, SIDA, diálisis peritoneal y legrado uterino instrumental. (11,12,13), pero son raramente reportadas. Un caso inusual de absceso primario del psoas, por *Proteus mirabilis*, se reportó en un paciente con antecedente de nefrectomía, caso semejante al contenido en la presente revisión (5).

En contraste al absceso primario, el 78% ocurre en igual distribución entre los 10 y 50 años (6,8,14). Con predilección por el lado derecho (58-68%), (6,9,13). Los abscesos bilaterales son infrecuentes (<3%), (8,9,10). Los cultivos son mixtos, con predominio de *Escherichia coli*, *bacteroides* (cuadro No.5) (7,8,9,11,12,).

D I A G N O S T I C O

El diagnóstico clínico es difícil por lo inespecífico de los síntomas (8,10,11,12). Antes del advenimiento de la TAC el 70% de los abscesos retrofaciales fueron diagnosticados por autopsias (2,7,). El diagnóstico preoperatorio es correcto únicamente en la mitad de los casos (10,11). Un diagnóstico tardío condiciona incremento en la morbimortalidad (8,13,14).

Los síntomas clásicos son fiebre, dolor en flanco, dolor abdominal, contractura en flexión de la cadera, y alteraciones en la marcha (6). Otros incluye: pérdida de peso, tumores abdominales, náuseas, vómito, diarrea, dolor en extremidades inferiores, anorexia, y ataque al estado general (cuadro No.3) (6,7,8,10,11,12,13).

La exploración física muestra generalmente contractura en flexión de la cadera, tumoración abdominal, hiperestesia de pared abdominal, especialmente en fosa ilíaca (6,10). Otros signos asociados incluyen fístula anal y abscesos, signo del psoas positivo, fístula externa, caquexia, signos de irritación peritoneal, tenesmo rectal, meteorismo, hepatomegalia, ausencia de pulso femoral y contractura del musculo cuadriceps femoral.

Los estudios de laboratorio muestran generalmente: Leucocitosis (promedio 15,000), velocidad de sedimentación globular elevada, anémia, piúria (6,10).

Los estudios radiológicos han permitido una definición más precisa de los abscesos del psoas.

a. **Placa simple de abdomen:** efecto de masa, borramiento del psoas, o bien defectos en sus bordes, gas en tejidos blandos, destrucción ósea de columna, escoliosis. La calcificación de abscesos es asociada con Tuberculosis (6,7,8).

b. **Estudios baritados gastrointestinales:** raramente son diagnósticos pero son de utilidad para sugerir patología asociada. Las anomalías incluyen: fístulas, abscesos, tumoraciones, segmentación, fragmentación del medio de contraste.

c. **Urografía excretora:** hidroureter, desplazamiento ureteral, cálculos, infección perinefrítica.

En relación al diagnóstico por imagen se puede establecer lo siguiente:

d. **U.S.G.** La sensibilidad y especificidad son bajas, con un diagnóstico efectuado en 60 % de los casos. Los pequeños abscesos o flemones pasan frecuentemente desapercibidos. (20,23).

e. Estudio con leucocitos marcados. Tienen una baja especificidad.

f. El estudio de mayor sensibilidad es la tomografía computada, el diagnóstico se establece entre el 88 a 100 % de los casos (6,20,23,24).

g. Recientemente la resonancia magnética nuclear ha demostrado ser de utilidad, sin embargo el costo elevado, disminuyen la disponibilidad (21).

TRATAMIENTO

El tratamiento de los abscesos del psoas es netamente quirúrgico, ya sea por punción percutánea guiada por USG (20,24), o por tomografía axial computada (24), sin embargo éste procedimiento se ha asociado en los abscesos primarios con una elevada falla, lo que condiciona que el procedimiento quirúrgico de elección sea el drenaje vía abdominal, con abordaje extraperitoneal.

En contraste, los abscesos secundarios tratados únicamente con drenaje, se asocian a fallas en más del 50 % de los casos. Pero se deberá corregir la causa primaria que condiciona éste tipo de proceso.

El tratamiento médico, es piedra angular, por lo que se deberá tener una vigilancia estrecha de las condiciones clínicas y hemodinámicas de los pacientes y cubrirlos con antimicrobianos que dentro del espectro antimicrobiano incluyan staphylococcus aureus y a patógenos entéricos. Sugiriéndose iniciar con triple esquema de antimicrobianos, con penicilina, clindamicina y aminoglucósido.

PRONOSTICO

Con tratamiento adecuado, el pronóstico generalmente es bueno.

Los abscesos primarios del psoas tiene una mortalidad del 2.4 %, mientras que los secundarios se asocian a una mortalidad estimada del 18.9 %. El incremento en la mortalidad, se asocia con inmunocompromiso y retardo en el tratamiento.

CONCLUSION

Los abscesos del psoas, son una entidad clínica rara. Se requiere una alta sospecha clínica, para la instalación de un tratamiento médico y quirúrgico adecuado. Actualmente con la ayuda de la tomografía axial computada, se ha facilitado el diagnóstico, aunado a una terapia antimicrobiana y un drenaje

PRONOSTICO

Con tratamiento adecuado, el pronóstico generalmente es bueno.

Los abscesos primarios del psoas tiene una mortalidad del 2.4 %, mientras que los secundarios se asocian a una mortalidad estimada del 18.9 %. El incremento en la mortalidad, se asocia con inmunocompromiso y retardo en el tratamiento.

CONCLUSION

Los abscesos del psoas, son una entidad clínica rara. Se requiere una alta sospecha clínica, para la instalación de un tratamiento médico y quirúrgico adecuado. Actualmente con la ayuda de la tomografía axial computada, se ha facilitado el diagnóstico, aunado a una terapia antimicrobiana y un drenaje

TABLA NO. 1

CAUSAS DE ABSCESOS DEL PSOAS

Enfermedad Intestinal	14
Enfermedad de Crohn	10
Diverticulitis	10
Carcinoma colorrectal	2
Osteomielitis	11
Tuberculosis de columna	1
Absceso primario Staphylococcus	3
Abscesos pancreáticos	2
Abscesos perinefríticos	2
Masa anterior	4
Complicaciones Postoperatorias	5
Via anastomótica	1
Hematoma infectado	3
Apendicectomía	1
Naturaleza indeterminada	1
Total de pacientes	43

Fuente: Dis Col Rectum 1986; 29: 694-698.

TABLA No. 2

ABSCEOS DEL PSOAS

	CARACTERISTICAS	
	PRIMARIO	SECUNDARIO
EDAD	83% <30 años	78% entre 10 y 50 años.
SEXO	54% <10 años 3M:1F	M=F
SITIO AFECTADO	Derecho=izquierdo	Derecho más que el izquierdo.
BACTERIOLOGIA	88% Staphilococcus	Bacterias - coliformes.
FACTORES PREDISPO- NENTES.	Trauma	Enf. intestinal, osteo-- mielitis, tu- berculosis.
MORTALIDAD	2.5%	18.9%

Fuente: American Surgeon, 1995; 61:1087-1091.

TABLA No.3

ABSCESOS DEL PSOAS

SIGNOS Y SINTOMAS

	Frecuencia	Porcentaje
Dolor abdominal	43	73
Dolor de cadera	35	59
Calosfríos	27	46
Masa abdominal	22	37
Temperatura >38oC	36	61
Masa Inguinal	9	15
Masa en Flanco	8	14
Fístula cutanea	10	17
Diarrea	11	19
Pérdida de Peso >5 Kg	20	34

Fuente: Dis Colon Rectum 1991,34, (9):784-789.

TABLA No. 4

CARACTERISTICAS CLINICAS EN 10 PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE CROHN COMPLICADO CON ABSCESOS DEL PSOAS

Dolor abdominal	10
Pérdida de peso	10
Signo del psoas	10
Hipersensibilidad Local	10
Fiebre	9
Masa palpable	8
Leucocitosis	9
Anemia	6
Elevación de V.S.G.	5
Urianálisis anormal	4
Náusea o vómito	3
Dolor dorsal	3

Fuente: Dis Col Rectum 1986; 29: 694-698

TABLA NO. 5

RESULTADOS DE CULTIVOS BACTERIANOS EN PACIENTES
CON ABSCESOS DEL PSOAS

Pacientes	Aerobico	Anaerobico
1	Escherichia coli Streptococcus B-Hemolitico	Sin crecimiento
2	E.coli Klebsiella pneumoniae Streptococcus Grupo D Proteus mirabilis	Bacteroides
3	K.pneumoniae cocos gran positivos	
4	E.coli K.neumoniae Streptococcus viridians	Bacteroides Fragilis
5	E. Coli	Sin crecimiento
6	E. Coli	Sin crecimiento
7	E. Coli K. Pneumoniae Streptococcus Grupo D P. Mirabilis S. Viridans Enterobacter sakazakii	Bacteroides ovatus
8	E. Coli Streptococcus Grupo D Corynebacterium species	B. fragilis
9	E. Coli K. pneumoniae Streptococcus Grupo D	B. fragilis Bacteroides oralis
10	E. Coli Streptococcus Grupo D	Sin crecimiento

Fuente: Dis Col Rectum 1986;29: 694-98

TABLA No. 6

ALGORITMO PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE
ABSCESOS DEL PSOAS.

HISTORIA

Fiebre, dolor abdominal o de flanco,
Dificultad a la deambulaci3n.

EXAMEN FISICO:

- 1.- Hipersensibilidad abdominal
o del flanco.
- 2.- Flexi3n anormal de la cadera
ipsilateral.
- 3.- Masa palpable 3 visible

LABORATORIO

Anemia, Leucocitosis, aumento de VSG.

Sin evidencia
de absceso

USG

Diagn3stico incierto

B3squeda de
otra alternativa
diagn3stica

DX
negativo

T.A.C.
abdominal

Diagn3stico
Positivo

Drenaje y cultivo
guiado por U.S 3 T.C
Inicio de antibi3ticos

Bacterias cultivadas

Staphylococcus
Aureus

Flora gastrointestinal
Flora de vias urinarias
Flora combinada

Iniciar antimicrobiano
específico

Investigar etiología
primaria

No es necesario
investigar más

Tratamiento de acuerdo
a la etiología.

Fuente: Journ Urology; 1992: 147: 1624-26.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

Como se consigna en el presente trabajo, los abscesos del músculo psoas, por el espectro de su presentación, se tiene dificultades para el diagnóstico clínico, como se ve en dos de los casos presentados aquí, por lo que se debe tener una alta sospecha y pensar en el diagnóstico, debido a su asociación con otras entidades patológicas, que muchas veces enmascaran el cuadro o hacen que la sintomatología se confunda, todo esto aunado a la baja incidencia, de solo 12 casos al año en el mundo, reportado por la literatura.

En ésta breve revisión ha llamado la atención que en dos de los casos, uno aquí presentado y otro por reporte de la literatura, se tiene el antecedente de nefrectomía, 11 y 3 años respectivamente, y que fueron lugar de formación de abscesos del músculo psoas, siendo difícil de mencionar a qué puede ser atribuible esto.

También ha sido evidente que el apoyo de la tecnología con estudios no invasivos como lo es la TAC de abdomen es relevante para la confirmación diagnóstica, y que el drenaje quirúrgico percutáneo sigue siendo el tratamiento de elección, aunado a antimicrobianos específicos, de acuerdo a la sensibilidad del microorganismo aislado.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Baer, Ws., Bennett, Ge., Nachlas, IV., Non-Spinal psoas abscess. J bone Joint Surg, 1923, 5:590-600.
- 2.- Hardcastle, JD. Acute non-tuberculous psoas abscess Report of 10 cases and review of the literature. Br J -- Surg 1970, 57:103-6.
- 3.- Lowe, BA. and Smith, AY. Primary psoas abscess. J Urol 1987, 137: 485.
- 4.- Leu, SY, Leonard, MB, Beart, RW. Psoas abscess Changing - patterns of diagnosis and etiology. Dis Colon Rectum 1986 29: 694-698.
- 5.- Knobel, B., Sommer, I., Schwartz, G. Primary psoas Abs--cess three years after ipsilateral nephrectomy. Infection, 1985, 13:27.
- 6.- Gruenwald, I., Abrahamson, J., Cohen, OJ. Primary psoas_ Abscess. J Urol 1992; 147:1624-26.
- 7.- Gordin, F., Stamler, C., Mills, J. Pyogen psoas abscess: noninvasive diagnostic techniques and review of the literature. Rev Infect Dis, 1983; 5:1003-1011.
- 8.- Desandre, AR., Cottone, FJ., Evers, ML. Illiopsoas abscess Etiology, diagnosis and treatment. Am Surg, 1995; 61(12): 1087-1091.
- 9.- Lamport, RD., Cheskin, LJ., Moscatello, SA. Sterile epi--dural and bilateral psoas abcess in patient with Crohns disease. Am J Gastroenterol, 1994; 89(7): 1086-1089.
- 10.-Rubayi, S., Soma, C., Wang, A. Diagnosis and treatment of iliopsoas abcess in spinal cord injury patients. Arch Phys Med Rehabil, 1993; 74(11):1186-1191.
- 11.-Procaccino, Ja., Lavery, IC., Fazio, VW., Oakley. Psoas - abscess: difficulties encountered. Dis Colon Rectum, 1991 34: 784-789.
- 12.-Shun Y L., Beth, ML., Beart, RW. Psoas Abscess: Changing- patterns of Diagnosis and Etiology. Dis Colon Rectum 1986 29: 694-698.

- 13.-Ricci MA., Rose, FB., Meyer, KK. Pyogenic psoas abscess: Worldwide variations in etiology. World J Surg, 1986; 10: 834-843.
- 14.-Walsh TR, Reilly, Hanley, E. Changing Etiology of Ilio--psoas Abscess. Am Journ Surg 1992; 163: 413-416.
- 15.-Chen YC., Chang, SC., Hsieh WC., Luh, KT. Nonspinal psoas abscess due to Mycobacterium tuberculosis in a patient - with Acquired Immunodeficiency Syndrome: report a case. - J Formos Med Assoc, 1994; 93(5): 433-436.
- 16.-Hakim, S., Heaney, JA., Heinzz, T., Zwolak. Psoas Abscess Following Intravesical Bacillus Calmette-Güerin for Bladder Cancer: report a case. Journ Urol, 1987;137:480-483.
- 17.-Tillman BF, Gibson, RL., Stone WJ. Psoas Abscess in chronic Dialysis patient. Journ Urol, 1987; 137: 489-490.
- 18.-Scheepers, NJ., Van Bomel, PF. Psoas Abscess related to - spontaneous abortion , intrauterine contraceptive device - and curettage. Acta Obstetric Gynecol 1993; 72(3): 223 -- 224.
- 19.-Lenchik, L., Dovgan DJ., Kier, R. CT of the Iliopsoas -- compartment Value in differentiating tumor, abscess and - hematoma. Am J Roentgenol 1994; 162(1): 83-86.
- 20.-Lee JKT, Glazer, HS. Psoas Muscle Disorders: MR Imaging Radiology, 1986; 160: 683-687.
- 21.-Mc Auliffe, W., Clarke, G. The Diagnosis and treatment of psoas Abscess: a 12 years review. Austr NZ Journ Surg -- 1994; 64(6): 413-417.
- 22.-Müeller, PR., Ferrucci, JT., Wittenberg, et al. Iliopsoas Abscess treatment by CT-Guided Percutaneous caetheter -- Drainage. Am Roent 1984; 142: 359-362.
- 23.-Pombo, F., Martin, ER., Cela, A., Díaz, JL. Percutaneous catheter drainage of Tuberculosis psoas Abscess. Acta Radiol 1993; 34(4): 366-368.