Semergen. 2015;41 (Espec Congr):471

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2047 - FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO E IMPOTENCIA FUNCIONAL

S.S. Murga Alvarado[a], C. Rojo Villaescusa[b], C. Blanco Vida[b], J.M. Martínez-Barquero[c], C. Magaña Herrera[d], D. El Atiaou[e], M.Á. María Tablado[f], L.P. Ávila Bahamon[g] y R. Verlezza Iglesias[h]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José María de los Llanos. Madrid. [b]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la Media Legua. Madrid. [c]Médico de Familia y Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Buenos Aires. Madrid. [d]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ibiza. Madrid. [e]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villablanca. Madrid. [f]Médico de Familia. Consultorio Local Perales de Tajuña. Madrid. [g]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José María Llanos. Zona Sureste. Madrid. [h]Médico de Familia. Centro de Salud José María Llanos. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 28 años. Antecedentes personales: Apendicetomizado, cirugía varicocele hace 5 años. Abuela con cáncer de colon. No realiza tratamiento habitualmente. Reside en Alemania. Acude por fiebre de 1 mes de evolución sin síntomas respiratorios, gastrointestinales ni urinarios. No contacto con animales. Fue inicialmente diagnosticado y tratado de gripe con un complejo vitamínico sin mejoría. Refiere fiebre termometrada hasta 40 ºC que cede con paracetamol. Los últimos días antes de la consulta se asocia dolor en fosa iliaca izquierda que se irradia por el muslo ipsilateral dificultando la deambulación.

Exploración y pruebas complementarias: Tª 37,8 ºC, Regular estado general. Quejoso, posición antiálgica que le impide extensión completa del tronco. ACP: Rítmica, normoventilación. Abdomen: Ruidos normales, se palpan adenopatías múltiples de aprox 1 × 2 cm dolorosas en región inguinal izquierda, sin signos de irritación peritonea, no se palpan megalias, ni masas. Se deriva a urgencias para valoración. Hemograma: leucocitos 12.30 (Neu 76,4% Lin 15,1%). PCR: 12.2. Serologías VHB, VHC, VIH, Leishmania, Rosa de Bengala, Epstein Barr, CMV: negativas. Ecografía abdominal: adenopatías indeterminadas en área celiaca y región inguinal izquierda. TAC: Extensa colección anfractuosa en músculo psoas-iliaco izquierdo, compatible con absceso, sin clara evidencia etiológica, no se descarta origen tumoral.

Juicio clínico: Absceso en músculo psoas izquierdo pendiente de filiación etiológica.

Diagnóstico diferencial: Piomiositis, osteomielitis, celulitis localizada, tromboflebitis superficial o hematoma infectado. El absceso puede ser primario o secundario. Primarios son los que resultan de la colonización por vía hemática o linfática de un foco lejano, más frecuentes en pacientes jóvenes. El Staphylococcus aureus es el germen más frecuentemente aislado. Suelen ser consecuencia del uso de drogas vía parenteral o inmunosupresión. Los secundarios son provocados por la extensión directa de un foco vecino, la enfermedad de Crohn es la etiología más común. Otros secundarios

menos frecuentes son: apendicitis, diverticulitis, cáncer colorrectal, pancreatitis, absceso epidural, tuberculosis espinal, osteomielitis, artritis séptica, tuberculosis pulmonar, empiema, hidronefrosis, absceso perirrenal, sacroileítis. Estos son producidos casi siempre por Escherichia coli.

Comentario final: Se ingresa para antibioticoterapia empírica intravenosa (piperacilina-tazobactam) y se realizó drenaje percutáneo presentando mejoría evidente del dolor. Durante el ingreso hospitalario se realizó la RMN: Colección en músculo iliopsoas izquierdo con semiología de absceso sin un claro origen detectable. La colonoscopia fue normal. El TC control tras drenaje mostró la disminución del volumen del absceso. Los hemocultivos y urocultivos fueron negativos y el cultivo del drenaje mostró gérmenes anaerobios (Peptoniphilus harei y Auclatidnoobaculum schaalii), ambos sensibles a amoxicilina – ac. clavulánico. El diagnóstico final fue de Absceso Primario en músculo iliopsoas izquierdo con aislamiento de gérmenes anaerobios. El absceso de psoas es una entidad rara con manifestaciones clínicas inespecíficas, como dolor en flanco, cadera y dorso asociado a fiebre. Sugiere su presencia en la exploración la flexión antiálgica del miembro inferior, así como el dolor generado al movilizarlo. Es una patología de muy difícil diagnóstico, por el curso insidioso por lo que se diagnostican tardíamente. Se asocia aun alta mortalidad 7-20%. Como factores de mal pronóstico destacan el aislamiento del germen en sangre, la edad mayor de 50 años y la persistencia o recurrencia del absceso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lucas Pérez-Romero J, Salazar García P, Lucas Pérez-Romero M, Belmonte MÁ. Absceso del psoas. Rev Clín Med Fam. 2011;4(1):76-8.

2. Navarro Gil J, Regojo Zapata Ó, Elizalde Benito Á, et al. Servicio de Urología. Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”, Zaragoza. España. Absceso de Psoas: Revisión de la bibliografía. Arch Esp Urol. 2006;59:73-7.

3. Fernández-Ruiz M, Estébanez-Muñoz M, López-Medrano F, Aguado JM. Absceso del músculo iliopsoas: tratamiento y evolución en una serie de 35 pacientes. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2012;30(6):307-11.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.