

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de la paciente, a nuestros tutores del centro y a nuestras familias.

Bibliografía

1. Charmandari E, Nicolaides NC, Chrousos GP. Insuficiencia suprarrenal. *Lancet*. 2014;383:2152–67.
2. Pérez MP, Muñoz Y, Mateo C, García AI. Manejo de la patología suprarrenal en Atención Primaria. *Semergen*. 2010;36:140–9.
3. Fernández F, Collado I, del Cañizo F. Insuficiencia suprarrenal como primera manifestación de un síndrome pluriglandular autoinmune. *Semergen*. 2005;31:31–4.

4. Barber TM, Adams E, Ansorge O, Byrne JV, Karavitaki N, Wass JA. Nelson's syndrome. *Eur J Endocrinol*. 2010;163:495–507.
5. Melmed S, Kleinberg D. Pituitary masses and tumors. En: Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, Kronenberg HM, editores. *Williams Textbook of Endocrinology*. 13th ed Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016.
6. Muh CR, Oyesiku NM. Pituitary tumors. En: Ellenbogen RG, Abdulrauf SI, Sekhar LN, editores. *Principles of Neurological Surgery*. 3rd ed Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2012.
7. Orueta R, Toledano P, Gómez-Calcerrada RM. Actualización en Medicina de Familia: cumplimiento terapéutico. *Semergen*. 2008;34:235–43.

I.M. Peral Martínez*, M. Sánchez Sánchez,
A.B. Martínez Sánchez, J.A. Martínez Solano
y J.J. Gomariz García

Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Lorca Sur, Lorca, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: isabelperalmartinez@gmail.com
(I.M. Peral Martínez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.10.007>
1138-3593/

© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Absceso de psoas secundario a diverticulitis aguda perforada



Psoas abscess secondary to perforated acute diverticulitis

Caso clínico

Originariamente el término «absceso» deriva del latín *abscessus*, del verbo *abscedere*, que significa «desplazarse o alejarse de un sitio». La creación de este vocablo se debe al hecho de que el contenido del absceso parece separarse del cuerpo y concentrarse en aquella región donde se localice. Actualmente se define como toda colección bien delimitada y localizada de contenido purulento en cualquier localización. Existen regiones más frecuentemente afectadas, la localización en psoas es poco frecuente. Presentamos un caso de absceso de psoas secundario a diverticulitis aguda perforada.

Mujer de 72 años. Como antecedentes, hipertensión arterial y un ictus isquémico, con crisis parciales motoras secundarias, bajo tratamiento con candesartán, AAS, atorvastatina y lamotrigina. Consultó en varias ocasiones por lumbalgia izquierda, no irradiada, de características mecánicas. Se trató con varios tipos de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) sin mejoría. Tres meses después del inicio de la clínica, presentó empeoramiento con postración, síndrome general y febrícula ocasional, por lo que se decidió ingreso para estudio. Negaba clínica digestiva u otra sintomatología añadida. A la exploración, destacaba obesidad y una masa pétreo, dolorosa, flogótica, a nivel de fosa lumbar izquierda. En la analítica, anemia leve (10 g/dl) normocítica, leucocitosis leve (12.600/mm³) a expensas de neutrófilos, y elevación importante de la proteína C reactiva (220 mg/dl). La radiografía simple de columna lumbosacra demostró la presencia de gas en las partes blandas de la región posterior, a la altura de L2-L3 (fig. 1). Se realizó tomografía computarizada (TC) toraco-abdominal que objetivó un absceso de 13 × 9 cm, con burbujas de gas, que se extendía desde retroperitoneo, y afectaba la fascia del músculo psoas-iliaco y el tejido celular subcutáneo de la pared posterior del hemiabdomen izquierdo (fig. 2A). Adyacente a la masa, se apreciaban divertículos en colon izquierdo y sigmoide, con un segmento de engrosamiento mural, desflecamiento y trayecto fistuloso (fig. 2B). Se observaban múltiples imágenes hipodensas en bazo compatibles con microabscesos y pequeño derrame pleural bilateral asociado. Con el diagnóstico de diverticulitis aguda perforada con abscesificación se colocó un catéter, bajo control de la TC, para drenaje percutáneo. Se extrajo material purulento que se envió a microbiología. Los hemocultivos fueron negativos y el cultivo del absceso aisló flora polimicrobiana aerobia y anaerobia. Recibió antibioterapia de amplio espectro con piperacilina-tazobactam durante 4 semanas, con buena tolerancia y sin concurrir efectos secundarios. La evolución clínica fue favorable. Una prueba de imagen de control posterior confirmó la desaparición de la colec-

dió ingreso para estudio. Negaba clínica digestiva u otra sintomatología añadida. A la exploración, destacaba obesidad y una masa pétreo, dolorosa, flogótica, a nivel de fosa lumbar izquierda. En la analítica, anemia leve (10 g/dl) normocítica, leucocitosis leve (12.600/mm³) a expensas de neutrófilos, y elevación importante de la proteína C reactiva (220 mg/dl). La radiografía simple de columna lumbosacra demostró la presencia de gas en las partes blandas de la región posterior, a la altura de L2-L3 (fig. 1). Se realizó tomografía computarizada (TC) toraco-abdominal que objetivó un absceso de 13 × 9 cm, con burbujas de gas, que se extendía desde retroperitoneo, y afectaba la fascia del músculo psoas-iliaco y el tejido celular subcutáneo de la pared posterior del hemiabdomen izquierdo (fig. 2A). Adyacente a la masa, se apreciaban divertículos en colon izquierdo y sigmoide, con un segmento de engrosamiento mural, desflecamiento y trayecto fistuloso (fig. 2B). Se observaban múltiples imágenes hipodensas en bazo compatibles con microabscesos y pequeño derrame pleural bilateral asociado. Con el diagnóstico de diverticulitis aguda perforada con abscesificación se colocó un catéter, bajo control de la TC, para drenaje percutáneo. Se extrajo material purulento que se envió a microbiología. Los hemocultivos fueron negativos y el cultivo del absceso aisló flora polimicrobiana aerobia y anaerobia. Recibió antibioterapia de amplio espectro con piperacilina-tazobactam durante 4 semanas, con buena tolerancia y sin concurrir efectos secundarios. La evolución clínica fue favorable. Una prueba de imagen de control posterior confirmó la desaparición de la colec-

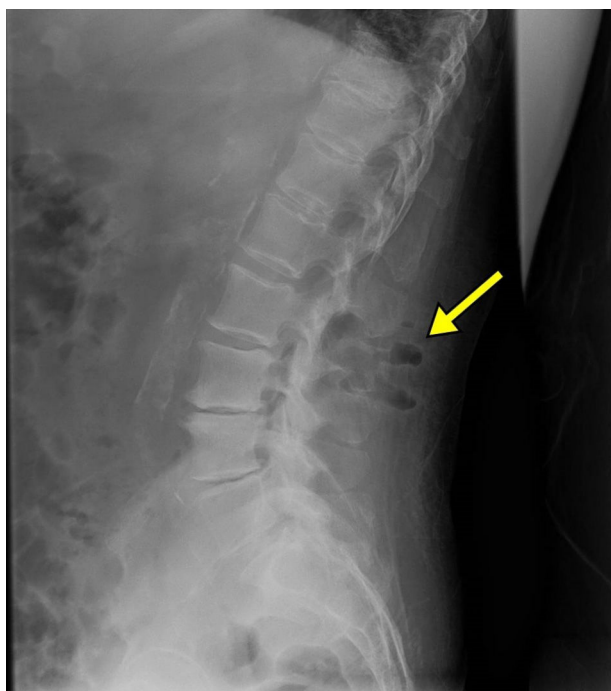


Figura 1 Radiografía simple de columna vertebral lumbar (proyección lateral). Presencia de densidad aire en las partes blandas de la región posterior, a la altura de L2-L3, sugestivo de enfermedad infecciosa.

ción, pero objetivó un trayecto fistuloso colo-cutáneo y colo-vesical sintomáticos, por lo que se realizó sigmoidectomía y anastomosis término-terminal, con buena evolución posterior.

Discusión

El absceso de iliopsoas es una entidad infrecuente cuyo diagnóstico se ha incrementado gracias al uso de la TC¹. El psoas es el principal músculo flexor de la cadera, insertado en las apófisis transversas de las vértebras T12 a L5, y situado próximo a importantes estructuras anatómicas como la aorta abdominal y el colon sigmoideo, entre otros. La patogenia de este tipo de abscesos incluye la vía hematógena o por contigüidad a través de las estructuras adyacentes, distinguiendo entre absceso primario y absceso secundario, respectivamente². En muchas de las series publicadas es más frecuente el absceso primario (17-61%), mientras que en las series europeas actualmente predomina el secundario^{2,3}. Tradicionalmente, el absceso de psoas secundario se asociaba a espondilodiscitis de etiología tuberculosa. Sin embargo, en las últimas décadas ha aumentado la incidencia de casos secundarios a espondilodiscitis como complicación de una bacteriemia por *Staphylococcus aureus*, relacionada con los cuidados sanitarios^{3,4}. Otros casos registrados en los últimos años tienen su origen en foco genitourinario o como en nuestro caso, gastrointestinal, frecuentemente secundario a la enfermedad de Crohn, pero también al carcinoma colorrectal, la apendicitis o menos frecuentemente, la diverticulitis^{3,5,6}. Puede ser monomicrobiano o polimicrobiano. Son frecuentes las bacterias entéricas, y los anaerobios se aíslan en un 15% de los casos^{4,7}. Se ha descrito *Candida albicans*, pero con una frecuencia muy inferior. Es más común en varones entre los 45-77 años^{2,7}. Afecta por igual al lado izquierdo que al derecho, y presenta un curso clínico que va desde pocas semanas hasta 6 meses^{3,5}. Suele cursar con fiebre, anorexia y dolor lumbar que disminuye con la flexión de la cadera, lo que nos ayuda a distinguir de la artritis séptica¹⁻⁴. La sospecha diagnóstica la obtendremos por la clínica, y su confirmación requiere

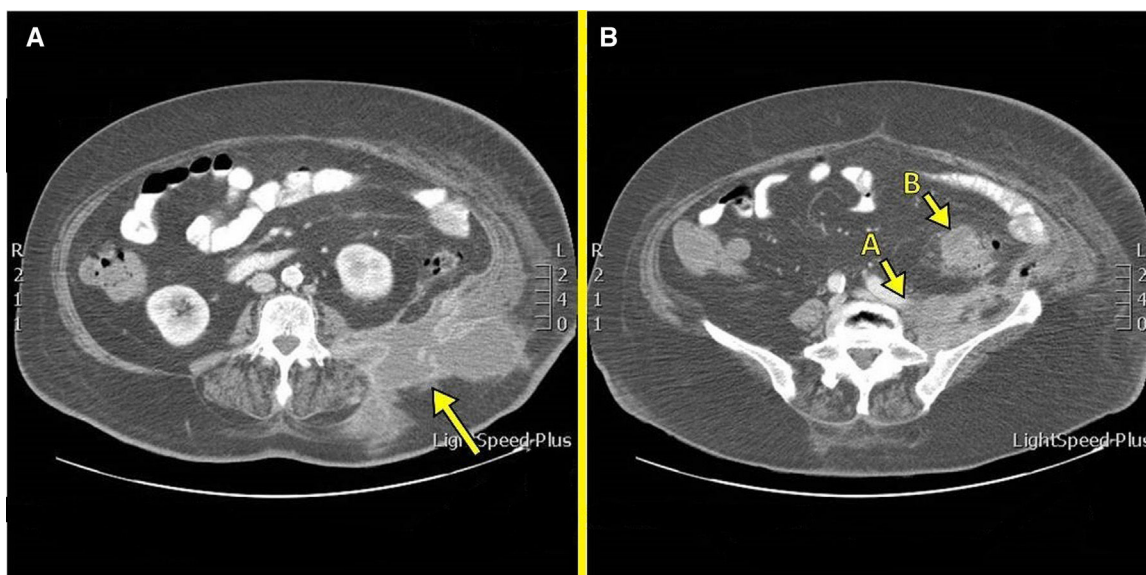


Figura 2 A) TC abdominal (corte axial). Colección multiloculada con origen en espacio retroperitoneal izquierdo y localización en la pared abdominal y espacio subcutáneo de la región lumbar izquierda. B) TC abdominal (corte axial): A: extensión de la colección afectando al músculo psoas correspondiente; B: segmento de colon sigmoideo con engrosamiento e hipercaptación de paredes, junto a la presencia de aire, sugestivo de diverticulitis perforada.

pruebas de imagen, en la mayoría de los casos de la TC⁶⁻⁸. El valor de la radiografía simple es limitado, pues se encuentra alterada en aproximadamente el 11% de los casos⁴. No debe obviarse como prueba inicial de valoración del dolor abdominal y/o lumbalgia, ya que puede mostrar el diagnóstico a través del borramiento de la línea del psoas o la presencia de gas en las partes blandas^{4,6,7}, como sucedió en nuestro caso. Los hemocultivos son positivos entre el 41-68% de los casos. El tratamiento de elección consiste en la combinación de drenaje y antibioterapia durante 3-6 semanas con control de imagen posterior^{1,3,8-10}.

La lumbalgia es uno de los motivos principales de consulta en atención primaria. Nuestro caso ilustra una etiología infrecuente, que sumado a una presentación clínica inespecífica y larvada en el tiempo, favoreció la demora diagnóstica. Más aún teniendo en cuenta que la paciente no presentó otra clínica asociada y la febrícula no apareció hasta meses después. Sin embargo, debe ponernos en alerta la ausencia de mejoría tras más de un mes con AINE. Además, este caso subraya la importancia de no obviar la radiografía simple en la evaluación inicial de la lumbalgia, pues aunque su valor es limitado, se trata de una prueba de fácil y rápido acceso que puede orientar el diagnóstico. Queremos reforzar estos aspectos para conseguir reducir la demora diagnóstica y poder establecer cuanto antes un tratamiento adecuado que marque el pronóstico. Asimismo, nuestro caso representa una etiología y presentación infrecuente de absceso de psoas, pues la diverticulitis es una causa rara y existen pocos casos publicados. Por último, queremos mencionar el cambio de etiología observado actualmente en el absceso de psoas, así como su presentación inespecífica y con frecuencia oculta, que debe mantenernos atentos.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Agradecimientos

Se expresa nuestro agradecimiento al Dr. Carlos López Muñiz del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital de Cabueñes,

Gijón, Asturias, por su colaboración en la obtención y selección de las imágenes.

Bibliografía

1. Mückley T, Schütz T, Kirschner M, Potulski M, Hofmann G, Bühren V. Psoas abscess: The spine as a primary source of infection. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2003;28:E106-13.
2. Wong OF, Ho PL, Lam SK. Retrospective review of clinical presentations, microbiology, and outcomes of patients with psoas abscess. *Hong Kong Med J*. 2013;19:416-23.
3. Shields D, Robinson P, Crowley TP. Iliopsoas abscess-a review and update on the literature. *Int J Surg*. 2012;10:466-9.
4. Fernández-Ruiz M, Estébanez-Muñoz M, López-Medrano F, Aguado JM. Iliopsoas abscess: Therapeutic approach and outcome in a series of 35 patients. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2012;30:307-11.
5. De Jesus Lopes Fihlo G, Matone J, Arasaki CH, Kim SB, Mansur NS. Psoas abscess: Diagnostic and therapeutic considerations in six patients. *Int Surg*. 2000;85:339-43.
6. Kaul V, Jackson M, Farrugia M. Non-tuberculous iliopsoas abscess due to perforated diverticulitis presenting with intestinal obstruction and a groin mass. *Eur Radiol*. 2001;11:959-61.
7. Navarro López V, Ramos JM, Meseguer V, Pérez Arellano JL, Serrano R, García Ordóñez MA, et al., GTI-SEMI Group. Microbiology and outcome of iliopsoas abscess in 124 patients. *Medicine (Baltimore)*. 2009;88:120-30.
8. Mallick IH, Thoufeeq MH, Rajendran TP. Iliopsoas abscesses. *Postgrad Med J*. 2004;80:459-62.
9. Penado S, Espina B, Francisco Campo J. Abscess of the psoas muscle. Description of a series of 23 cases. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2001;19:257-60 [Article in Spanish].
10. Charalampopoulos A, Macheras A, Charalabopoulos A, Fotiadis C, Charalabopoulos K. Iliopsoas abscesses: Diagnostic, aetiological and therapeutic approach in five patients with a literature review. *Scand J Gastroenterol*. 2009;44:594-9.

A. García-Morán^{a,*}, M.T. Campoamor-Serrano^a,
B. de la Fuente-García^a, G. Viejo-Guerra^b
y R. Fernández-Regueiro^a

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

^b Servicio de Microbiología, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alejandrogmoran@gmail.com (A. García-Morán).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.11.008>
1138-3593/

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.