



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-466 - ABSCESO DEL PSOAS, DEBUT DE UNA TUBERCULOSIS PERITONEAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Arias Avilés, Melissa; Larrañaga Blanch, Itziar; Costa Henere, Daniel; Hernández-Giménez, Laura; Cuenca Gómez, Carlota; Delgado Rivilla, Salvadora

Hospital Mutua, Terrassa.

Resumen

Introducción: La tuberculosis (TBC) es un importante problema de salud a nivel mundial. En España desde 2007-2012 se observaron 44.050 casos, 71,5% tuberculosis pulmonar y un 28,4% tuberculosis extrapulmonar. La tuberculosis peritoneal (TBP) es una afectación infrecuente extrapulmonar, el debut como absceso del psoas (AP) es aún más raro. Nuestro caso resalta la necesidad de un alto índice de sospecha, para realizar un diagnóstico y tratamiento oportunos.

Caso clínico: Mujer 70 años ingresa para estudio de síndrome tóxico de 2 meses evolución asociado a dolor abdominal, anorexia y febrícula vespertina. Antecedentes: HTA, DM, obesidad, dislipemia, hipotiroidismo, anemia crónica, apendicetomía, ooforectomía, eventroplastia umbilical. Exploración física anodina. Analítica: anemia normocítica, VSG 47 mm, no leucocitosis. Hemocultivos negativos. TAC toracoabdominal: derrame pleural bilateral. Lesión de 80 × 63 × 65 mm en relación con pared uterina derecha, quística, que comunica con otra colección en músculo psoas derecho 65 × 70 × 119 mm, se extiende hasta el trocánter menor. Ganglios inguinales derechos aumentados de tamaño. Líquido libre perihepático, periesplénico y en pelvis. Marcadores tumorales (CEA, CA19.9, CA-15.3, CA-125) negativos. Ecografía vaginal: tumoración sólida, heterogénea, 83 × 41 mm, ocupante de zona parauterina derecha. Cultivo líquido torácico negativo para microorganismos y malignidad. Colonoscopia: Pólipos colon: adenoma tubular con displasia bajo grado. Se efectúa drenaje percutáneo que no es efectivo. Se decide laparoscopia exploradora, descartándose patología ginecológica y observándose siembra miliar abdominal. Biopsia intraoperatoria: granulomas con necrosis caseosa, descartando carcinomatosis. Se realiza drenaje de absceso periuterino preperitoneal guiado por ecografía. En un segundo tiempo drenaje del AP mediante abordaje quirúrgico extraperitoneal. Cultivo, Ziehl-Neelsen y PCR: *Mycobacterium tuberculosis*. Cultivos de líquido peritoneal negativo. Se orienta como TBP, indicándose tratamiento antituberculoso con RIPE. TAC control: resolución de las colecciones.

Discusión: Absceso psoas es una patología infrecuente de difícil diagnóstico. Su presentación clínica variable suele confundirse con otras patologías, como apendicitis retrocecal y diverticulitis, retrasando su diagnóstico. Hasta 1960, la causa más frecuente era la invasión del músculo por *Mycobacterium tuberculosis*. Posteriormente, predominó la etiología piógena, principalmente *S. aureus*. Con el aumento del SIDA y la inmunodeficiencia por el VIH, la frecuencia de *Mycobacterium tuberculosis* está aumentando. La TBP es una afectación poco común de infección extrapulmonar. Entre los factores de riesgo que presentaba nuestra paciente están la obesidad y DM. Otros factores: cirrosis hepática, VIH y enfermedad maligna subyacente. La infección principalmente es por reactivación de focos tuberculosos latentes en el peritoneo. También puede

ocurrir por diseminación hematológica y menos frecuente transmuralmente desde el intestino delgado infectado o por una salpingitis tuberculosa. La presentación clínica del AP es inespecífica, aunque existe la clásica tríada de fiebre (57%), dolor lumbar (43%) y signo del psoas (86%). El AP debe considerarse a la hora de plantear el diagnóstico diferencial de procesos infecciosos intraabdominales. El estudio diagnóstico de elección es la prueba de imagen (TC/ECO), permite confirmar diagnóstico y guiar el drenaje percutáneo. El tratamiento de la TB debe consistir en la utilización de una combinación de fármacos antituberculosos de primera línea. Un diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado permiten una alta tasa de curación.