

Brucelosis complicada con absceso de músculo psoas

Sr. Editor: La complicación más frecuente en la brucelosis humana es la infección osteoarticular y la espondilitis su principal afectación local. Presentamos un caso de espondilitis brucelar con absceso de músculo psoas, complicación que rara vez se ha comunicado¹⁻⁶.

Varón de 62 años con antecedentes de hepatopatía de origen etílico y brucelosis aguda tratada con doxiciclina durante 60 días y gentamicina durante 15 días un año antes; en el seguimiento de la infección brucelar se realizó una RM de columna lumbar y ambas sacroilíacas que fue normal y se confirmó la progresiva normalización en las aglutinaciones, quedando asintomático hasta el inicio del cuadro actual. El paciente consultó de nuevo por dolor lumbar y síndrome constitucional de 4 meses de evolución y fiebre elevada durante los días anteriores, motivo por el que fue ingresado para estudio. La exploración física reveló un paciente febril con hepatomegalia de 2 cm y dolor a la movilización lumbar. Analítica: hemograma normal, VSG 22 mm y transaminasas normales. Radiografía de columna lumbar normal. Se realizó una TC abdominal y de columna lumbar que encontró una destrucción ósea de las vértebras L3-L4 y una colección en el músculo psoas derecho, compatibles con espondilitis y absceso de psoas, respectivamente. La serología a *Brucella* fue positiva (aglutinación: 1/160 y Coombs 1/10240) y los hemocultivos fueron negativos. El paciente fue tratado con gentamicina (240 mg cada 24 h por vía intramuscular en dosis única) durante 3 semanas y doxiciclina (100 mg cada 12 h por vía oral) que se prolongó durante 3 meses. En una TC de control realizada 2 meses después del diagnóstico, se encontró la resolución del absceso y 18 meses después el

paciente se encontraba asintomático y sin evidencia de recidiva.

La brucelosis suele manifestarse como una infección sistémica, describiéndose espondilitis con una frecuencia que varía entre el 2 y el 12%, según las series revisadas⁶⁻⁸. En estos casos la localización más frecuente es la lumbosacra, aunque puede afectar a cualquier segmento vertebral⁶⁻⁹; sin embargo, rara vez se han descrito los abscesos de psoas como complicación de dicha infección¹⁻⁶. Esta afectación local es más común en los casos de espondilitis secundaria a infección por *Staphylococcus aureus* y *Mycobacterium tuberculosis*, y menos frecuente por bacilos gramnegativos y anaerobios entéricos¹⁰. La mayoría de casos en los que se aisló *Brucella* sp. como agente etiológico correspondieron a una espondilitis lumbar que afectaba por contigüidad el músculo psoas^{1,3-6}, al igual que sucedió en nuestro paciente.

La clínica más frecuente en los abscesos de músculo psoas es fiebre, leucocitosis con neutrofilia y dolor localizado en el área lumbar que irradia al muslo con maniobra del psoas positiva^{3,4,10}.

Desde el punto de vista del diagnóstico por imagen, la radiografía convencional, la ecografía y la gammagrafía son inferiores a la RM y la TC. La RM tiene la ventaja de detectar lesiones óseas más precozmente que la TC, mostrando característicamente una imagen hipointensa en secuencias T1 e hiperintensa en T2^{3,4,7,10}.

El tratamiento de la brucelosis complicada con absceso de psoas consiste en la combinación de antibióticos sistémicos y el drenaje del absceso siempre que esto sea posible^{3,4,10}. La pauta antibiótica más aceptada es la asociación de doxiciclina durante un mínimo de 6 semanas y estreptomycinina en los primeros 14-21 días^{7,9}. Debido a la elevada tasa de recidivas comunicada en algunas series, en los casos de brucelosis complicada se recomienda prolongar el tiempo de tratamiento antibiótico hasta la confirmación de la curación con completa resolución de la sintomatología, de las alteraciones bioquímicas (PCR y VSG, principalmente) y de las alteraciones radiológicas^{3,10}. En cuanto al drenaje del absceso de psoas, siempre que técnicamente fuese viable, debería realizarse de forma percutánea debido a su menor agresividad reservando la cirugía mayor para casos más complicados, como en los abscesos multibacilosos^{3,10}. En el caso presentado se decidió por tratamiento antibiótico sin drenaje, a causa del pequeño tamaño del absceso. El tratamiento antibiótico con doxiciclina se prolongó hasta 14 semanas y se

confirmó en una RM de control la resolución de éste y la normalización de las alteraciones óseas.

Por tanto, el tratamiento de los abscesos de psoas por *Brucella* sp. debería individualizarse para cada paciente, y en determinadas ocasiones, los antibióticos, en ausencia de otras opciones terapéuticas, podría ser el tratamiento de elección cuando el drenaje del absceso sea imposible de realizar.

Diana Olivares^a,
Vicente Navarro-López^b,
Regino Serrano^c
y Francisco López-García^a

^aServicio de Medicina Interna. ^bUnidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital General de Orihuela. Alicante.

^cUnidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Sónsoles. Ávila. Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas-Sociedad Española de Medicina Interna (GTI-SEMI).

Bibliografía

- Colmenero JD, Fernández-Nebro A, Reguera JM, Villanueva F. Psoas abscess secondary to brucellosis. *J Infect* 1991;22:107-9.
- Jayakumar RV, Al-Aska AK, Subesinghe N, Whright SG. Unusual presentation of culture positive brucellosis. *Postgrad Med J* 1988;64:118-20.
- Metola Sacristán L, Acha Arrieta A, García de Lucas MD, Casas Fernández de Tejerina JM. Espondilitis y absceso bilateral de psoas por *Brucella*. *An Med Intern* 1995;12:465-6.
- Fabregas MD, Serrano R, Pons J, Aznar R. *Brucella* y absceso de psoas bilateral. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1991;9:446-7.
- Baena JM, Alegret F, De Otero J, Pigrau C. Absceso de psoas secundario a sacroileitis. *Med Clin (Barc)* 1995;104:359.
- Colmenero JD, Reguera JM, Martos F, Sánchez de Mora, Delgado M, Causse M, et al. Complications associated with *Brucella melitensis* infection: A study of 530 cases. *Medicine (Baltimore)* 1996;75:195-211.
- Solera J, Lozano E, Martínez-Alfaro E, Espinosa A, Castillejos ML, Abad L. Brucellar espondilitis: Review of 35 cases and literature survey. *Clin Infect Dis* 1999;29:1440-9.
- Mousa AR, Muhtaseb SA, Almudallal DS, Khoider SM, Marafie AA. Osteoarticular complications of brucellosis: A study of 169 cases. *Rev Infect Dis* 1987;9:531-43.
- Young EJ. *Brucella* Species. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. *En: Principles and Practice of Infectious Diseases*. 5th ed. New York: Churchill Livingstone, 2000; p. 2386-93.
- Navarro V, Meseguer V, Fernández A, Medrano F, Sáez JA, Puras A. Absceso del músculo psoas. Descripción de una serie de 19 casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1998; 16:118-22.