

**Absceso del músculo psoas por  
*Salmonella enteritidis*: descripción  
de un caso**

**Sr. Director.** El absceso del músculo psoas es una entidad poco frecuente, aunque diagnosticada en los últimos años cada vez con mayor frecuencia<sup>1-4</sup>. El desconocimiento de la enfermedad por su reducida incidencia, su presentación clínica a menudo insidiosa y su desarrollo en el espacio retroperitoneal, de difícil evaluación clínica si no se emplean adecuadas técnicas de imagen, pueden conducir a retrasos en el diagnóstico que prolongan la hospitalización y aumentan la morbimortalidad<sup>5-9</sup>. A continuación describimos un caso de absceso del músculo psoas por *Salmonella enteritidis*.

Presentamos el caso de un varón de 58 años, con antecedentes de *ulcus* duodenal en tratamiento con famotidina y prótesis total de cadera izquierda hace once años. Ingresó en el hospital por presentar desde hace dos semanas fiebre ocasional, dolor en cadera y zona inginal izquierda que no

desaparecía con analgésicos, y deposiciones diarreicas que habían cedido en su domicilio con dieta, sin haber realizado consulta médica. En la exploración física se apreció dolor en región inguinal izquierda, junto con induración de la zona y movilidad de cadera izquierda limitada por el dolor; los pulsos periféricos estaban presentes. El paciente se encontraba afebril y el resto de la exploración física por aparatos fue normal. Se le practicaron las siguientes exploraciones complementarias: radiografía del tórax sin alteraciones y un hemograma que presentó leucocitosis con desviación a la izquierda, siendo el resto normal. En la tomografía computarizada (TC) abdomino-pélvica se observó un absceso encapsulado dentro del psoas izquierdo y se drenaron 50 cc de material purulento; dicho material se cultivó, aislándose *S. enteritidis*; no se realizaron hemocultivos ni coprocultivos. Se instauró tratamiento antimicrobiano con cefotaxima (2 g/6 h) e imipenem (1 g/8 h) durante seis semanas. Durante el ingreso se le realizó un enema opaco que fue normal, y una gammagrafía ósea vascular con Tecnecio<sup>99</sup> que no mostró signos de infección de la prótesis de cadera. A las seis semanas del ingreso, el paciente fue dado de alta con buena evolución y se le prescribió ciprofloxacino 750 mg/12 horas durante cuatro semanas. Al acabar el tratamiento el paciente estaba asintomático.

El absceso del músculo psoas puede ocurrir como una infección primaria del músculo (posiblemente adquirida por diseminación hematógena desde un foco oculto), o bien secundaria a la extensión directa de la infección desde un órgano adyacente, constituyendo una complicación de otra enfermedad, bien digestiva, osteoarticular o urinaria<sup>3-5,7</sup>. Los abscesos del músculo psoas primarios se producen con mayor frecuencia por *Staphylococcus aureus*<sup>3-5,7</sup>, mientras que en los secundarios los microorganismos entéricos son los más habituales<sup>2,4,7</sup>. En el caso que presentamos, y una vez excluido un foco contiguo de infección, el absceso se clasificó como primario, con posible diseminación hematógena a partir de una gastroenteritis. Dentro de la etiología bacteriana del absceso del músculo psoas *Salmonella* no es muy frecuente, aunque se han descrito casos<sup>5,10</sup>, sobre todo en zonas donde la salmonelosis es muy prevalente<sup>10</sup>.

La mayoría de los autores consideran como diagnóstico de elección del absceso del músculo psoas la realización de una TC abdomino-pélvica<sup>2-6,10</sup>. El drenaje percutáneo dirigido por TC,

más tratamiento antimicrobiano prolongado, es la alternativa terapéutica más extendida<sup>1-5,7,8</sup>. En nuestro caso, tanto el diagnóstico como el tratamiento siguieron estas pautas.

*José Javier García-Irure, Pilar Zugarramurdi, Marina Etxebarrieta, Alberto Rodrigo, Alfredo Martínez-Soba y Ana Navascués*  
Servicio de Microbiología. Hospital de Navarra. Pamplona

## Bibliografía

1. Conde Redondo C, Estébanez Zarranz J, Rodríguez Tobes A, de Castro Olmedo C, Camacho Parejo J, Amo García A, et al. Absceso primario de psoas. A propósito de un caso. *Actas Urol Esp* 1999; 23(4): 374-378.
2. Ampudia Blasco FJ, Fernández J, Ferrer MD, Pallardo Y, Tenes S, Carmena R. Absceso de psoas secundario a espondilodiscitis lumbar por gramnegativos. *An Med Interna* 1998; 15(8): 436-438.
3. Blanco JR, Múgica M, Salcedo J, Zabalza M, Suárez Bustillo B, Echevarría JL. Absceso de psoas, una rara y olvidada entidad. Aportación de seis casos. *An Med Interna* 1998; 15(2): 95-96.
4. 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(3): 118-122.
5. Laguna P, Moya M. Absceso del músculo psoas: análisis de 11 casos y revisión de la bibliografía. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1998; 16(1): 19-24.
6. Wu TL, Huang CH, Hwang DY, Lai JH, Su RY. Primary pyogenic abscess of the psoas muscle. *Int Orthop* 1998; 22(1): 41-43.
7. Salvatore A, Pavlovsky M, Maxit M, De Wouters L, Valdivia H. El absceso del músculo psoas iliaco. *Medicina B Aires* 1996; 56(2): 126-132.
8. Thomas A, Albert AS, Bhat S, Sunil KR. Primary psoas abscess diagnostic and therapeutic considerations. *Br J Urol* 1996; 78(3): 358-360.
9. Lipsky H, Wurnschimmel E. Psoas abscess. *Wien Klin Wochenschr* 1996; 108(8): 248-252.
10. Yu WL. Primary Salmonella iliopsoas abscess. *Chun Hua I* 1999; 62: 239-243.