

Absceso del músculo psoas: ¿primario o secundario?

Sr. Editor: En relación con el artículo original publicado en su revista por Penado et al¹, creo de interés realizar una puntualización sobre los criterios usados por los autores para clasificar los abscesos del psoas en primarios y secundarios. En segundo lugar me parece también indicado aclarar el párrafo en el que se refieren al tratamiento de esta enfermedad, en especial cuando hablan de la indicación terapéutica del drenaje percutáneo.

Históricamente las clasificaciones iniciales de los abscesos del psoas se basaban en la existencia o no de un foco infeccioso en las estructuras adyacentes al músculo psoas²⁻⁴. En 1992, Gruenwald et al postulan una nueva forma de clasificar los abscesos del psoas según el microorganismo causal, asumiendo que los debidos a *Staphylococcus aureus* deberían clasificarse como primarios y los que no fuesen provocados por esta bacteria como secundarios⁵. Esta hipótesis es rápidamente rechazada al observarse que gran parte de los abscesos secundarios a osteomielitis estaban producidos por *Staphylococcus aureus*. En la actualidad prima la forma de diseminarse la infección a la hora de clasificar los abscesos del psoas. Así, se asume que los primarios se deberían a una bacteriemia inicial distante al músculo psoas. Los secundarios, por el contrario, aparecerían cuando la infección previa ocurre sobre las estructuras adyacentes al músculo psoas con diseminación al mismo por contigüidad⁶⁻⁹. Por lo expuesto pensamos que la afirmación que

realizan los autores en el segundo párrafo del apartado "pacientes y métodos" es incorrecta, pues en ella aseveran que el absceso secundario del psoas puede ser debido a un foco infeccioso a distancia del músculo psoas. De igual manera que la gran mayoría de autores clasifican los abscesos secundarios como debidos a una infección por contigüidad, los causados por un foco a distancia se comportarían como un absceso primario con inicial bacteriemia y posterior infección del músculo psoas y por lo tanto deberían de considerarse como abscesos del psoas primarios. Creemos importante el realizar esta distinción, pues en las series de los últimos años se pone especial énfasis en conocer la características de los abscesos primarios y secundarios, siendo de capital importancia que todos los autores usen los mismos criterios de clasificación.

En cuanto al tratamiento con drenaje percutáneo (DPCT), debido a su importancia diagnóstica y terapéutica con bajísima morbilidad, pensamos que éste debería usarse siempre que técnicamente sea posible, y no limitar su uso amparándose en un determinado tamaño del absceso tal como indican los autores, avalando esta afirmación con la referencia n.º 21 que, posteriormente, no aparece en la bibliografía del manuscrito. Las series de casos de abscesos del psoas publicados hasta el momento son pequeñas y no se han demostrado hasta el momento diferencias estadísticamente significativas cuando se usa esta técnica comparándola con el tratamiento exclusivamente con antibióticos. Es

más, en nuestra experiencia, de un total de 35 pacientes con abscesos del psoas tratados (19 de ellos publicados previamente) el tratamiento con DPCT añadido a la antibioterapia presenta un menor número de recidivas del absceso acortando el tiempo de ingreso hospitalario y el período hasta la completa recuperación^{6,8,10}.

Vicente Navarro López^a
y Victoria Meseguer Ruiz^b

Departamento de Medicina.
Servicio de Medicina Interna.
Unidad de Enfermedades Infecciosas.
^aHospital Vega Baja de Orihuela.
^bServicio de Medicina Interna.
Hospital General de Albacete. España.

Bibliografía

1. Penado S, Espina B, Campo JF. Absceso de psoas. Descripción de una serie de 23 casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001;19:257-60.
2. Ricci MA, Frederick B, Rose MD, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess: Worldwide variations in etiology. *World J Surg* 1986;10:834-3.
3. Morton N. Myositis. En: Mandell G, Bennett J, Dolin R, eds. *Principles and practice of infectious diseases*, 4.ª ed. Nueva York: Churchill Livingstone, 1995;929-36.
4. Santaella RO, Fishman EK, Lipsett PA. Primary Vs secondary iliopsoas abscess. *Arch Surg* 1995;130:1309-13.
5. Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O. Psoas abscess: Case report and review of the literature. *J Urol* 1992;147:1624-6.
6. Navarro V, Meseguer V, Fernández A, Medrano F, Sáez Barcelona JA, Puras A. Absceso del músculo psoas. Descripción de 19 casos. *Enf Infecc Microbiol Clin* 1998;16:118-22.
7. Jiménez-Mejías ME, Alfaro MJ, Bernardos A, Cuello JA, Cañas E, Reyes MJ. Absceso del psoas: una entidad no tan infrecuente. Análisis de una serie de 18 casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1991;9:148-53.
8. Oliver A, Saban J, Pujol I, Peromingo R, Tarrago D, Galindo J, et al. Pneumococcal psoas abscess: Report of two cases. *Clin Microbiol Infect* 2000;6:168-9.
9. Laguna P, Moya M. Absceso del músculo psoas: análisis de 11 casos y revisión de la bibliografía. *Enf Infecc Microbiol Clin* 1998;16: 19-24.
10. Navarro V, Uriós J, Gregori J. Dolor lumbar y fiebre prolongada. *Rev Clin Esp* 2001;8:485-6.