



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

482/262 - ABSCESO DE PSOAS: UNA ENTIDAD INFECCIOSA POCO FRECUENTE

R. Cuadra San Miguel¹, M. Valdelvira Díaz², N. Cubelos Fernández³ y M. Feijóo López⁴

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León. ²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia Emergencias Sanitaria Castilla y León. Unidad Militar de Emergencias. León. ³Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado-León V. León. ⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 41 años de edad que consulta por cuadro de 4 meses de evolución de tumefacción dorsal izquierda que no mejora con toma de antiinflamatorios. En las últimas 48 horas hiperemia localizada y supuración activa. Afebril. Antecedentes sin interés. No alergias medicamentosas conocidas ni tratamientos farmacológicos activos.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 104/63 mmHg, FC: 78 lpm, T^a: 36,7 °C. Se palpa bultoma a nivel de musculatura paravertebral dorso-lumbar izquierda con hiperemia localizada y punto central descamativo. No supuración activa a la digitopresión en el momento actual. Pruebas complementarias: Hemoglobina 11,8 g/dL, resto de hemograma, coagulación y bioquímica anodinos. EcoTAC: colección hipoecoica con ecos en su interior y fluctuación, márgenes anfractuados de 55 × 16 × 22 mm, localizada en el tejido celular subcutáneo profundo de región dorsal izquierda que parece comunicar con el colon izquierdo, que presenta marcado engrosamiento parietal en un segmento de una longitud aproximada de 7,5-8 cm. Estos hallazgos sugieren un engrosamiento parietal del colon izquierdo inespecífico (inflamatorio versus neoplásico) con fistulización al tejido celular profundo de la región dorsal izquierda. Esta colección se extiende hacia el músculo psoas izquierdo con un diámetro de 25 × 18 mm. Evolución: Ingresa en Cirugía General para completar estudio. Durante el ingreso se inicia antibioterapia empírica con piperacilina-tazobactam y se realiza colonoscopia: se objetiva colitis segmentaria del colon izquierdo. Exploración bajo anestesia local: sin extracción de contenido. Colocación de catéter percutáneo de drenaje ecodirigido: con disminución progresiva del diámetro del absceso en los sucesivos controles ecográficos.

Orientación diagnóstica: Absceso a nivel de psoas izquierdo secundario a fístula entero cutánea espontánea.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis aguda, artritis séptica de cadera, artritis sacroilíaca, osteomielitis ilíaca, fiebre reumática, discitis, abscesos de tejidos blandos, linfoma y enfermedad pélvica inflamatoria, entre otros.

Comentario final: El absceso del psoas es una enfermedad infecciosa poco común que es difícil de diagnosticar debido a su presentación clínica inespecífica y su curso prolongado. El signo más frecuente es el dolor abdominal o lumbar (76-91% de los pacientes) como en el caso que presentamos.

Bibliografía

1. Lucas L, Salazar P, Lucas M, Belmonte MA. Absceso de psoas. Rev Clin Med Fam. 2011;4(11):76-8.

2. García-Morán A, Campoamor-Serrano MT, de la Fuente-García B, Viejo-Guerra G, Fernández-Regueiro R. Absceso de psoas secundario a diverticulitis aguda perforada. *Semergen*. 2017;43(5):407-9.

Palabras clave: Absceso. Psoas.