

Bursitis del psoas: una complicación de las neoplasias de recto

Ó.F. Martínez Ballesteros^a e I.X. Vargas Carvajal^b

^aCentro de Salud Juan de Austria, Alcalá de Henares, Madrid.

^bResidencia Rosario SAR, Torres de la Alameda, Madrid.

Presentamos el caso de una mujer de 55 años de edad que acudió a nuestra consulta por presentar dolor en la articulación de la cadera izquierda. El dolor era de características mecánicas y había aparecido sin causa aparente. Además la paciente presentaba una tumoración en la región inguinal izquierda. Procedimos a la realización de un estudio que incluyó una analítica completa de sangre y diversas pruebas de imagen. Tras efectuar los análisis, las técnicas de imagen y el posterior estudio anatomopatológico pudimos concluir que ambas patologías resultaban ser debidas a metástasis de una neoplasia que tenía su localización primaria en el recto.

En el presente artículo procedemos a discutir los aspectos más importantes de este caso clínico.

Palabras clave: bursitis psoas, iliopsoas, metástasis.

In this article we present the case of a 55-year old woman who came to our medical center reporting pain in the left hip joint. This pain had mechanical characteristics and had appeared with no known cause at the time of the consultation. In addition, the patient had a tumor in the left inguinal region. We proceeded to conduct a study that included a complete blood analysis and several imaging tests. After making the analyses and the imaging techniques and the pathology study, we can conclude that both pathologies were due to metastases of a neoplasm whose primary localization was in the rectum.

In this article we proceed to discuss the most important aspects of this clinical case.

Key words: psoas bursitis, iliopsoas, metastases.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 55 años que acudió a la consulta de Reumatología por presentar un dolor continuo de características mecánicas a nivel del pliegue inguinal izquierdo, irradiado por las caras anterior y posterior del muslo, cuyo inicio relacionaba a la paciente con una caída accidental sobre la región glútea izquierda unos días antes.

Como antecedentes personales presentaba: alergia a tetraciclinas, hipercolesterolemia, faringoamigdalitis de repetición, coledocistitis, úlcera gástrica, patología mamaria izquierda benigna y lumbociática en miembro inferior izquierdo.

En la exploración general destacaba la presencia de un bocio difuso de pequeño tamaño y ambos párpados con

aspecto mixedematoso. En la región inguinal izquierda se objetivaba una masa fusiforme de 2 x 4 cm de consistencia dura y bordes lisos, dolorosa, no pulsátil, adherida a planos profundos y que no variaba de tamaño con las maniobras de Valsalva.

La exploración del aparato locomotor mostraba dolor a la flexión de cadera izquierda con limitación para la rotación externa e interna.

En el tacto rectal se tocaba una masa dura, localizada a unos 4-5 cm del margen anal, dolorosa, de bordes irregulares y con sensación de infiltración.

Los datos de laboratorio eran los siguientes: velocidad de sedimentación globular (VSG): 7 mm 1.^a hora; hemoglobina: 14,1 g/dl; hematocrito: 45,6%; volumen corpuscular medio (VCM): 97,5 fl; plaquetas: 325.000 por 1.000/ μ l; leucocitos: 7.660 por 1.000/ μ l (fórmula normal). Los parámetros bioquímicos estaban dentro de la normalidad excepto los siguientes: colesterol: 264 mg/dl; lactato deshidrogenasa (LDH): 563 UI/l; globulina-alfa2: 12,6%. La proteína C reactiva (PCR) fue de 17 mg/l y el factor reumatoide resultó ser negativo.

Correspondencia: Ó.F. Martínez Ballesteros.
C/ El Cid Campeador n.º 4, 4.º D.
28801 Alcalá de Henares, Madrid.
Correo electrónico: oballesteros@terra.es

Recibido el 16-10-06; aceptado para su publicación el 01-06-07.

Se practicó una ecografía de la región inguinal izquierda que puso de manifiesto una masa de naturaleza quística de $1,7 \times 4,5$ cm a nivel del psoas ilíaco. Se solicita entonces la realización de una resonancia magnética nuclear (RMN) de la región inguinal.

A los 20 días la paciente vuelve a acudir a la consulta por presentar sensación de acorchamiento y hormigueo en cara anterointerna del muslo izquierdo, coincidiendo con la obtención del informe de la RMN en el cual se nos comunica que se aprecia una masa de naturaleza parcialmente quística entre útero, vejiga y cotilo que hacía pensar que fuese secundaria a una neoplasia o a una bursitis/quiste sinovial como segunda posibilidad. Ante este resultado se decide el ingreso hospitalario para completar el estudio.

Se realizaron radiografías de tórax, abdomen, columna lumbar y de ambas caderas sin encontrarse hallazgos significativos. Las serologías a toxoplasma, lúes y Paul-Bunell fueron negativas. El Mantoux fue de 20 mm. Los datos del hemograma y la bioquímica no presentaron cambios respecto a los previos salvo la VSG que aumentó hasta 35 mm/h.

Se procedió a tomar una muestra mediante punción-aspiración con aguja fina (PAAF) de la masa inguinal que Anatomía Patológica nos informó como sugestiva de metástasis de adenocarcinoma. Realizamos entonces las siguientes exploraciones complementarias en busca del tumor primario.

En la gastroscopia se apreciaba un profundo nicho ulceroso yuxtapilórico con imagen de falso píloro doble. Biopsia negativa.

El enema opaco demostró divertículos en colon de pequeño tamaño con alguna contractura espástica. En sigmo se apreció un defecto de repleción redondeado que se movilizaba ligeramente. Ante estos hallazgos se practicó una rectosigmoidoscopia que puso de manifiesto un proceso neoformativo de recto en el canal anal interno. El estudio anatomopatológico confirmó una neoformación tubulovelloso con probable degeneración carcinomatosa.

La exploración ginecológica, incluyendo ecografía, fue normal.

Con el fin de realizar un estudio de extensión procedimos a realizar una tomografía axial computarizada (TAC) toraco-pélvico-abdominal que puso de manifiesto una imagen cálcica sobre área mamaria izquierda, adenopatías retroperitoneales y una lesión próxima a músculo ilíaco izquierdo que podría corresponder bien a una adenopatía bien a un proceso neoformativo secundario. El parénquima hepático fue normal y sin evidencia de lesión ocupante de espacio.

Con el diagnóstico de neoplasia de recto la paciente fue intervenida, realizándose una amputación abdominoperineal con colostomía ilíaca definitiva. Durante la intervención se objetivó compresión linfática a nivel del miembro inferior izquierdo y la existencia de voluminosas adenopatías retroperitoneales que confirmaban la diseminación de la enfermedad.

DISCUSIÓN

La bolsa del músculo iliopsoas es la bolsa sinovial más grande del cuerpo humano^{1,2}. La inflamación de la bolsa del músculo iliopsoas está asociada con bastante frecuencia a enfermedades de la cadera y puede aparecer como forma idiopática, como resultado de un traumatismo o por uso excesivo en determinadas prácticas deportivas. En otras ocasiones puede asociarse a enfermedades infecciosas (abscesos, causados principalmente por *Staphylococcus aureus*) o inflamatorias de la articulación de la cadera, así como posteriores a la implantación de una prótesis total de cadera¹⁻⁶. Los síntomas de bursitis del psoas dependen de su origen, tamaño, efecto masa y su relación y afectación secundaria de las estructuras anatómicas adyacentes simulando patologías de origen abdominal, vascular o neurológicas^{2,4}.

Ante el hallazgo, en nuestro caso, de una masa inguinal acompañada de dolor de características mecánicas en la articulación de la cadera y el antecedente de caída en los días previos, se pensó en un primer momento en patología osteoarticular, considerando como primera posibilidad la bursitis del psoas debido a que esta entidad, que se suele asociar a artritis reumatoide y a osteoartritis principalmente, cuando da clínica se manifiesta como masa inguinal y dolor a ese nivel^{2,7,8}. Por esta razón se practicó una ecografía de la región inguinal izquierda donde se objetivó por primera vez una masa de naturaleza quística a nivel del psoas ilíaco. Consecuencia de este resultado pedimos la realización de una RMN de la zona. Como se desprende de ciertos estudios, las radiografías simples solamente suelen mostrar cambios inespecíficos tales como esclerosis subcondral, acúmulo de osteofitos pararticulares y estrechamiento del espacio articular⁴.

A la vista del resultado de la ecografía (fig. 1), confirmado por la RMN, y considerando los hallazgos del tacto rectal pensamos que ambos aspectos están relacionados, ya que diversos procesos malignos del aparato digestivo al diseminarse pueden ocasionar afectación del espacio del psoas (tabla 1). Comenzamos entonces el estudio en busca de un posible proceso neoplásico primario.

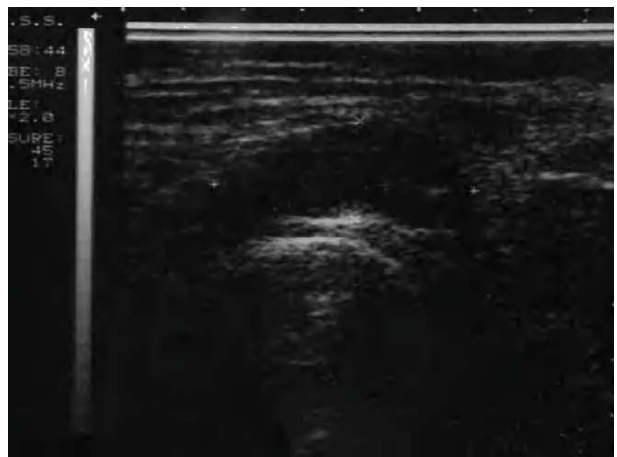


Figura 1. Imagen por ultrasonidos de la bursitis del psoas.

Tabla 1. Causas de afectación del espacio del psoas

Inflamatorias
Abscesos (generalmente debidos a extensión desde estructuras vecinas)
Appendicitis, diverticulitis, patología renal o de la vesícula, etc.
<i>Postpartum</i>
Osteomielitis vertebral o iliaca (tuberculosis, etc.)
Miositis sin absceso
Adenopatías
Vasculares
Aneurismas: de la arteria femoral o de la vena femoral
Hemorragias: coagulopatías, anticoagulantes orales, coagulopatías, complicaciones de la angiografía, traumatismos, etc.
Tumores: rhabdomyosarcoma, linfomas, renales, neurogénicos, metástasis de otros tumores, etc.
Hernia inguinal
Bursitis del psoas
Variante anatómica
Hipertrofia
Atrofia

Según diversos autores, como Nicholson, Donohue et al, en el diagnóstico diferencial de una tumoración inguinal debe tenerse siempre presente la posible existencia de tumores metastásicos, ya que en una pequeña proporción éstos se manifiestan como herniación inguinal y dolor inguinal, siendo los tumores digestivos, y dentro de éstos el cáncer de colon, los tumores primarios más frecuentemente asociados a hernia inguinal⁹. Los síntomas constitucionales (anemia, pérdida de peso, etc.) pueden ayudar a sospechar la existencia de un tumor subyacente. En el caso que nos ocupa no estaban presentes dichos síntomas, de haberlo estado podrían haber provocado que la paciente consultase en estadios más precoces de la enfermedad, con la consiguiente mejora en el pronóstico.

Ante la sospecha de la naturaleza maligna de la masa inguinal procedemos a tomar una muestra mediante PAAF que Anatomía Patológica nos confirma como sugestiva de metástasis de adenocarcinoma. Se realizaron entonces las exploraciones complementarias pertinentes hasta encontrar el tumor primario que resultó ser una neoformación tubulovelloso en el recto. Durante la intervención quirúrgica se observaron unas voluminosas adenopatías retroperitoneales, así como compresión linfática a nivel de miembro inferior izquierdo. Estos dos hallazgos son propios de estadios avanzados de la enfermedad. La compresión de los vasos femorales y linfáticos durante el crecimiento del tumor puede provocar edemas en miembros inferiores, esta compresión puede incluso causar varices superficiales en el miembro afecto^{10,11}.

La sensación de acorchamiento que refirió la paciente pudiera ser debida a afectación nerviosa causada por la masa localizada a nivel del psoas, ya que, al igual que ocurre con los vasos femorales y linfáticos, al crecer la masa puede provocar compresión del nervio femoral, lo cual origina dolor y/o parestesias en cara anterointerna del muslo¹⁰. Otras complicaciones debidas al crecimiento del tumor son el desplazamiento y compresión de estructuras vecinas como el ciego, colon sigmoide y la vejiga⁷.

El tratamiento de la bursitis del psoas depende de la patología subyacente, aunque generalmente suele ser conservador. Por lo general se suele realizar aspiración simple del contenido o aspiración con inyección de corticoides, anestésicos locales y/o agentes esclerosantes. Esto suele ser suficiente en los casos en los que la patología de base es un proceso inflamatorio. La extirpación de la bolsa con capsulotomía o sinovectomía de la articulación de la cadera se recomienda en los casos recurrentes o cuando la bursitis se complica con un proceso infeccioso o cuando hay compromiso vascular^{2,3}. El pronóstico de vida depende de la estirpe celular del tumor primario, de la localización del mismo y de las complicaciones resultantes del crecimiento del tumor¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kumagai K, Ushiyama T, Kawasaki T, Matsusue Y. Extension of lumbar spine infection into osteoarthritic hip through psoas abscess. *J Orthop Sci*. 2005;10:91-4.
2. Kozlov DB, Sonin AH. Iliopsoas bursitis: diagnosis by MRI. *J Comput Assist Tomogr*. 1998;22:625-8.
3. Adler RS, Buly R, Ambrose R, Sculco T. Diagnostic and therapeutic use of sonography-guided iliopsoas peritendinous injections. *AJR Am J Roentgenol*. 2005;185:940-3.
4. Wunderbaldinger P, Bremer C, Schellenberger E, Cejna M, Turetschek K, Kainberger F. Imaging features of iliopsoas bursitis. *Eur Radiol*. 2002;12:409-15. Epub 2001 Sep 15.
5. Yoon TR, Song EK, Chung JY, Park CH. Femoral neuropathy caused by enlarged iliopsoas bursa associated with osteonecrosis of femoral head—a case report. *Acta Orthop Scand*. 2000;71:322-4.
6. Gómez-Rodríguez N, Ferreiro JL, Willisch A, Muñoz-López R, Formigo E, González-Mediero G. Osteoarticular infections caused by *Streptococcus agalactiae*. Report of 4 cases. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1995;13:99-103.
7. Steinbach LS, Schneider R. Bursae and abscess cavities communicating with the hip. *Radiology*. 1985;156:303-7.
8. Underwood PL, McLeod RA, Ginsburg WW. The varied clinical manifestations of iliopsoas bursitis. *The Journal of Rheumatology*. 1988;15:1683-5.
9. Nicholson CP, Donohue JH, Thompson GB, Lewis JE. A study of metastatic cancer found during inguinal hernia repair. *Cancer*. 1992;69:3008-11.
10. Létourneau L, Dessureault M, Carrette S. Rheumatoid Iliopsoas Bursitis presenting as unilateral femoral nerve palsy. *The Journal of Rheumatology*. 1991;18:462-3.
11. Helfgott SH. Unusual features of iliopsoas bursitis. *Arthritis and Rheumatism*. 1988;31:1331-2.