

Ecografía abdominal

M. C. Antón Sanz*, E. García Gimeno*, J. L. Beato Pérez y M. Moreno Merino

Servicios de Medicina Interna y *Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Hellín. Albacete.

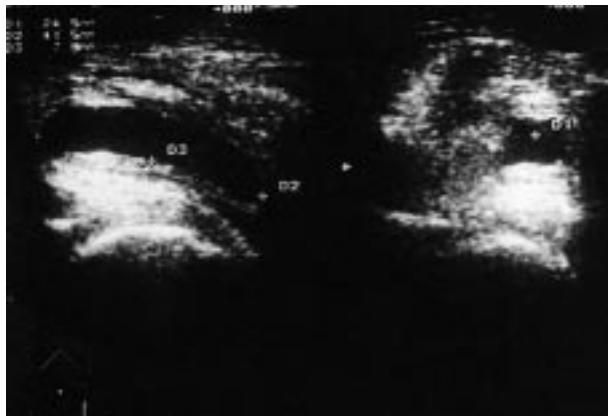


Fig. 1.

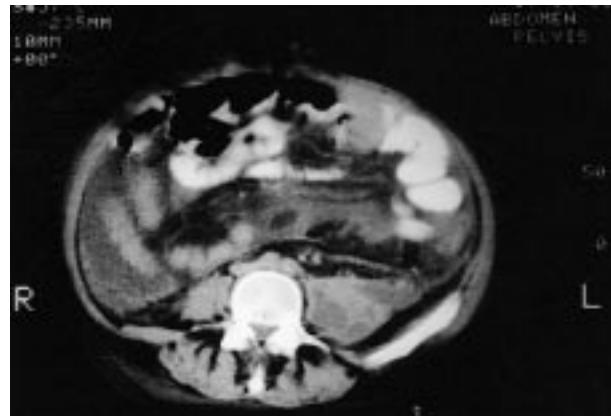


Fig. 2.

Historia clínica

Varón de 39 años con antecedentes de enolismo crónico activo, cirrosis hepática, pancreatitis crónica con diabetes mellitus secundaria y esplenectomizado. Consulta por dolor inguinal izquierdo de 15 días de evolución y fiebre en las últimas 24 horas. Sin antecedente traumático previo.

Al ingreso, el paciente presentaba en la exploración física abdomen distendido y timpanizado con ascitis, dolor a la presión en zona inguinal izquierda sin limitación de la movilidad de cadera y tumefacción de muslo izquierdo.

Pruebas complementarias

En la analítica destaca: hiperglucemia (789 mg/dl) con hiponatremia (122 mEq/l), leucocitosis (33.000), anemia (Hb 7 g/dl) y trombocitosis (519.000). En la radiografía de cadera no se aprecian alteraciones. Se realizó ecografía abdominal en la que se aprecia una pequeña colección líquida ($4 \times 0,8$ cm), anecoica, superpuesta a la cabeza y cuello femoral izquierdos (fig. 1).

En la tomografía computarizada (TC) abdominopélvica se visualiza un absceso a lo largo del psoas izquierdo que empieza a la altura del hilio renal izquierdo hacia pelvis con imágenes de densidad líquida en su interior, sin datos de osteomielitis lumbar (fig. 2). Se colocó un catéter de drenaje, aislando en los cultivos *Citrobacter freundii* y *Enterobacter cloacae*.

Comentario

Los abscesos de psoas (AP) son una entidad clínica infrecuente¹ por su localización en el espacio retroperitoneal, de difícil acceso clínico. Entre los factores predisponentes del AP destacan la edad avanzada, la malnutrición severa, las enfermedades debilitantes como la diabetes mellitus, cirrosis hepática, neoplasias y drogadicción.

En los AP *primarios* se produce una diseminación hematogena, favorecida en muchas ocasiones por patologías crónicas en pacientes de edad avanzada e inmunodeficiencia en jóvenes, mientras que las formas *secundarias* suelen tener su origen en el tracto gastrointestinal retroperitoneal y en menor medida en la columna vertebral lumbosacra, articulación sacroilíaca, riñón y pelvis.

En la actualidad se vive un incremento en la incidencia de AP primario en el mundo occidental a pesar de que siguen predominando las formas secundarias. Los patógenos más frecuentes son: *S. aureus* (AP primario) y gérmenes entéricos (AP secundario)^{1,2}.

Entre las manifestaciones frecuentes destacan la fiebre, el dolor abdominal o lumbar y la pérdida de peso².

El diagnóstico se basa en la ecografía y sobre todo en la TC, que asociadas a drenaje percutáneo permiten hacer un diagnóstico anatómico y microbiológico además de un tratamiento coadyuvante. Los ultrasonidos no identifican AP pequeños y/o de aspecto flemoso. Así, la mayoría de autores establecen su sensibilidad en torno al 50% frente a un 100% de la TC.

El problema de la TC es su especificidad; cuando se observa un aumento difuso del tamaño del psoas se plantea el diagnóstico diferencial entre un proceso neoplásico, una hemorragia y un absceso; cuando la imagen es de colección líquida de baja densidad plantea dudas entre un absceso y hematomas en resolución, y cuando la imagen es de gas en el músculo psoas con o sin imagen líquida en su interior parece ser patognomónico de un AP. La TC permite además hacer un seguimiento del proceso para comprobar la resolución del cuadro. Por tanto, *la TC se considera la técnica de elección*.

El drenaje percutáneo se debe intentar antes que la cirugía, pues su rentabilidad diagnóstica es del 90%-100% y es el tratamiento de elección asociada a antibioterapia sistémica^{3,4}.

El pronóstico es bueno si hay un diagnóstico y tratamiento precoces. La mortalidad oscila clásicamente en torno

al 3% en los AP primarios y en los secundarios en torno al 20%⁵. Probablemente, la introducción de las modernas técnicas de diagnóstico por la imagen permiten un diagnóstico más temprano y un mejor tratamiento².

Bibliografía

1. 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):47-48.
2. Navarro V, Meseguer V, Fernández A, Medrano F, Sáez JA, Puras A. Absceso del músculo psoas. Descripción de una serie de 19 casos. Enferm Infect Microbiol Clín 1998; 16:118-122.
3. Córdoba J, Pigrau C, Pahissa A, Almirante B, Gasser I, Martínez-Vázquez JM. Absceso de psoas: utilidad diagnóstica y terapéutica de la ecografía y de la tomografía computadorizada. Med Clín (Barc) 1992; 99:568-570.
4. 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.
5. García E, Gutiérrez J, Díaz M. Abscesos del psoas: presentación de ocho casos y revisión de la literatura. Rev Clín Esp 1995; 195:289-293.

