

Absceso primario de psoas por *Salmonella enterica* serogrupo G serovar friedenau

Sr. Editor: Hemos leído con atención el artículo de García-Irure¹ sobre un caso de absceso de psoas por *Salmonella enteritidis*. Estamos de acuerdo en que se trata de una entidad infrecuente y de difícil diagnóstico por sus manifestaciones clínicas, muchas veces insidiosas, y por la necesidad de recurrir a técnicas de imagen adecuadas debido a su localización. Recientemente hemos tenido un caso similar de absceso de psoas por *S. enterica* serovar friedenau en una paciente joven previamente sana. Lo inusual de la etiología, así como las características de sensibilidad a los antimicrobianos nos llevan a su descripción.

Se trataba de mujer de 17 años que ingresó por presentar desde hacía 2 semanas fiebre de predominio vespertino y dolor en articulación coxofemoral izquierda tras esfuerzo deportivo con diagnóstico de bursitis trocantérea izquierda. Como antecedentes refería un cuadro de gastroenteritis no clasificada coincidiendo con un viaje a Marruecos un mes antes. A la exploración física: paciente febril (38,2 °C) con destacada actitud antiálgica de cadera izquierda en rotación externa, bloqueo de la rotación interna y palpación dolorosa en zona inguinal y en fosa iliaca izquierda. Es destacable: leucocitosis (17.100/μl: 86,40% neutrófilos; linfocitos, 9,70%, y 3%, monocitos); VSG y PCR elevadas; serología a *Brucella* negativa y a *Salmonella typhi* positiva; prueba de Mantoux negativa; estudio de la inmunidad humoral y celular normal y serología a VIH negativa. No se realizaron hemocultivos y tres coprocultivos fueron negativos. Las radiografías de tórax, abdomen y columna lumbar no evidenciaron alteraciones. La ecografía abdominal detectó una masa líquida ovoide de 7 × 2 cm en fosa iliaca izquierda rodeando al músculo psoas iliaco. En la tomografía computarizada (TC) abdominopélvica y resonancia magnética (RM) se apreciaba un absceso retroperitoneal extenso, siguiendo el trayecto del psoas iliaco izquierdo. Las exploraciones ginecológicas y urológicas, enema opaco, cavitograma y gammagrafía con leucocitos marcados fueron normales. Del material purulento obtenido mediante drenaje percutáneo se aisló *S. enterica* serogrupo G serovar friedenau sensible a betalactámicos, monobactámicos, carbapenemes, aminoglucósidos, cloranfenicol y

quinolonas. La paciente fue tratada con ceftriaxona 1 g/12 h/15 días por vía intravenosa y drenaje con lavados con suero fisiológico durante 13 días. Fue dada de alta a los 16 días de su ingreso y se le prescribió ciprofloxacino (500 mg/12 h/10 días). En un control, a los 3 meses de finalizado el tratamiento, la paciente permanecía asintomática.

Los abscesos primarios de psoas son aquellos de causa desconocida en los que no se consigue demostrar ningún foco infeccioso contiguo al músculo como origen del mismo. Su incidencia es variable. Es superior al 95% en países subdesarrollados y tropicales (Asia, África), el 60% en Estados Unidos y Canadá, y del 20% o menos en Europa. Suelen ser unilaterales (98%) sin localización predominante, y más frecuentes en personas de edad inferior a 30 años y en varones (75%)². Actualmente, el 88% están producidos por *Staphylococcus aureus* y son monomicrobianos en el 87%³. En los abscesos secundarios no hay una clara relación con la edad, ni el sexo; dos tercios se localizan en el lado derecho^{2,4} y los microorganismos entéricos son los aislados con mayor frecuencia³.

El porcentaje de bacteriemia tras gastroenteritis por *S. enterica* no typhi, en el adulto sano, oscila del 1-13% y sólo el 8-10% se complica con infecciones focales. Si bien la localización osteoarticular representa aproximadamente la tercera parte de los casos de salmonelosis focal⁵, la afectación del músculo psoas no es muy frecuente^{3,6-9}. En el caso clínico descrito cabe destacar:

1. Se trata de la primera aportación de absceso de psoas por *S. enterica* serovar friedenau.

2. La excelente sensibilidad antibiótica de nuestro aislado en contraste con la bibliografía, en donde este serogrupo es muy resistente y productor de infecciones nosocomiales en pacientes neonatos¹⁰.

3. Queda reforzada la importancia del diagnóstico por la imagen. La ecografía abdominal es una buena técnica inicial de evaluación de los enfermos con sospecha de absceso de psoas, pero su sensibilidad diagnóstica es baja (40-57%), debido a que el absceso puede pasar desapercibido si la lesión es flemonosa o de pequeño tamaño^{2,3}. En el caso presentado, el diagnóstico pudo realizarse por ecografía debido al gran tamaño del absceso. La RM es muy útil, pero presenta el inconveniente de su elevado coste y reducida disponibilidad³. La TC es la técnica de

elección con una sensibilidad del 91 al 100%^{2,3}. De acuerdo con la mayoría de los autores, la TC, junto con el cultivo del material obtenido por punción-aspiración son las técnicas más adecuadas para el diagnóstico etiológico de esta entidad.

La patogenia de las formas primarias es desconocida, se ha sugerido que el absceso se formaría a partir de una diseminación hematógena sobre un músculo previamente lesionado por un traumatismo. En nuestro caso el comienzo fue subagudo. La causa más probable del absceso fue la bacteriemia tras la gastroenteritis con metástasis posterior sobre un músculo, posiblemente traumatizado como consecuencia del esfuerzo realizado.

*Estrella Durán^a, Mercedes Gracia^b,
Joaquina Gil^a y Carmen Rubio^a*
Servicios de ^aMicrobiología y ^bPediatría.
Hospital Clínico Universitario Lozano
Blesa. Zaragoza. España.

Bibliografía

- García-Irure JJ, Zugarramurdi P, Etxebarrieta M, Rodrigo A, Martínez-Soba A, Navascués A. Absceso del músculo psoas por *Salmonella enteritidis*; descripción de un caso. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001;19:505-6.
- Pigrau C, Pahissa A. Absceso de psoas ¿una enfermedad enigmática? *Med Clin (Barc)* 1990; 12:456-8.
- Laguna P, Moya M. Absceso del músculo psoas: Análisis de 11 casos y revisión de la bibliografía. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1998; 16:19-24.
- Penado S, Espina B, Campo JF. Absceso de psoas. Descripción de una serie de 23 casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001;19:257-60.
- García-Rodríguez JA, García-Sánchez JE, Muñoz Bellido JL, García-García MI. Salmonelosis focal en España. Presentación de 14 casos y revisión de la literatura. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1990;8:134-43.
- Del Arco A, Ayuela S, Prieto I, Romualdo L. Absceso de psoas por *Salmonella*: una entidad infrecuente. *Med Clin (Barc)* 1994;103:317-8.
- Aguado P, Bernad M, Martín E, Suárez JM. Absceso de psoas y artritis séptica: una causa de error diagnóstico. *Med Clin (Barc)* 1991;96: 475.
- Torres G, López L, Vasco MA, Albasanz JA, Varas M, Robres J. Absceso de psoas por *Salmonella enteritidis*: presentación de un caso. *An Med Intern* 1995;12:447-9.
- 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;16:118-22.
- Newman MJ. Multiple-resistant *Salmonella* Group G outbreak in a neonatal intensive care unit. *WAJM* 1996;15:165-9.