

I. Jordan García, E. May Llanas,
X. Riopedre Saura, E. González Pascual,
E. Tardío Torío, J. Ros Viladons

An Esp Pediatr 1999;50:172-174.

Introducción

El absceso de psoas es una entidad de características clínicas bien definidas. Sin embargo, la escasa frecuencia con que se presenta en la edad pediátrica y las formas de presentación solapadas, dificultan su diagnóstico. Mediante esta revisión, describimos la clínica, con sus formas de presentación más frecuentes, las pruebas complementarias que nos ayudarán a realizar el diagnóstico y la estrategia terapéutica más correcta, descrita en la literatura.

Casos clínicos

Caso clínico 1

Varón de 7 años y 9 meses que consulta por dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda, impotencia funcional de la extremidad inferior izquierda (EII) y fiebre alta de 72 horas de evolución. Sin antecedentes de interés. A la exploración destaca abdomen doloroso de forma difusa, sin peritonismo, con EII en flexión y rotación externa, y maniobra de Thomas positiva. Pruebas complementarias practicadas: en el hemograma encontramos leucocitosis sin desviación a la izquierda, con proteína C reactiva (PCR) y velocidad de segmentación globular (VSG) elevadas; la RX de tórax, abdomen y caderas son normales, igual que la ecografía abdominal. Se practica también gammagrafía ósea que no muestra alteraciones significativas. En la TAC se aprecia un aumento de tamaño del músculo psoas izquierdo (Fig. 1), compatible con AP. Se administra tratamiento endovenoso (e.v.) con cefuroxima durante 12 días. A las 24 horas reaparece la fiebre, sin apreciarse otra focalidad, por lo que se decide desbridamiento quirúrgico y antibioterapia con clindamicina y gentamicina durante 20 días más. Después del tratamiento, se practica RNM que muestra asimetría del músculo psoas residual. Se normaliza la imagen en el segundo control a las tres semanas.

Caso clínico 2

Varón de 14 años y 8 meses con dolor en región glútea izquierda de 5 días de evolución y fiebre alta las últimas 24 horas. Antecedentes de caída desde un metro de altura, a partir de

Absceso de psoas en Pediatría. A propósito de dos casos

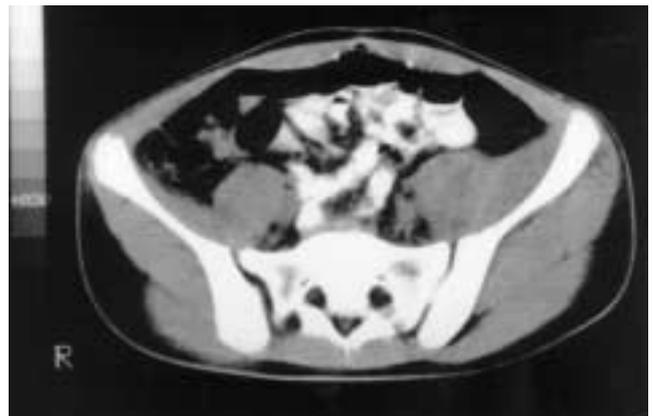


Figura 1. TAC abdominal caso 1: aumento de tamaño del músculo psoas izquierdo compatible con absceso de psoas

la cual el paciente inicia la sintomatología. Sin otros antecedentes de interés. En la exploración el abdomen es doloroso, predominantemente en hipogastrio y fosas ilíacas, con imposibilidad para la deambulación por cojera izquierda. En el hemograma practicado existe leucocitosis con desviación a la izquierda y PCR y VSG elevadas. La RX de tórax, abdomen y caderas no evidencian alteraciones. En la TAC aparece aumento de tamaño del músculo ilíaco izquierdo. La RM también es compatible con AP y, además, muestra sacroileítis izquierda (Fig. 2). El hemocultivo resulta positivo a *S. aureus*. Se instaura tratamiento con cloxacilina y gentamicina e.v. durante 15 días, para proseguir con cloxacilina oral 20 días más. La evolución es favorable con resolución clínica, así como de las pruebas complementarias.

Discusión

En la revisión bibliográfica realizada, son escasas las series numerosas de AP en niños⁽¹⁻⁴⁾, aunque todas ellas coinciden en los datos recogidos sobre esta patología. Afecta más al sexo masculino y la edad de presentación es variable, con el mayor número de casos diagnosticados entre los 3 y los 9 años de edad⁽¹⁻³⁾. El agente infeccioso más frecuentemente aislado es el *Staphylococcus aureus* (70-90%) seguido del estreptococo^(5,7,10), y es raro encontrar otro foco infeccioso concomitante en el mismo sujeto por dicho germen. Podemos diferenciar entre el AP primario (es el más frecuente en la infancia) y el secundario⁽⁴⁻⁵⁾. En el primer caso no encontramos un foco evidente de infección

Servicio de Pediatría. Unitat Integrada H. Clínic-H. Sant Joan de Dèu.
Universitat de Barcelona.

Correspondencia: Iolanda Jordán García. Secretaría de Pediatría. H. Sant Joan de Dèu. Paseo Sant Joan de Dèu, nº2. 08950 Esplugues de Llobregat, Barcelona.

Recibido: Abril 1998

Aceptado: Septiembre 1998

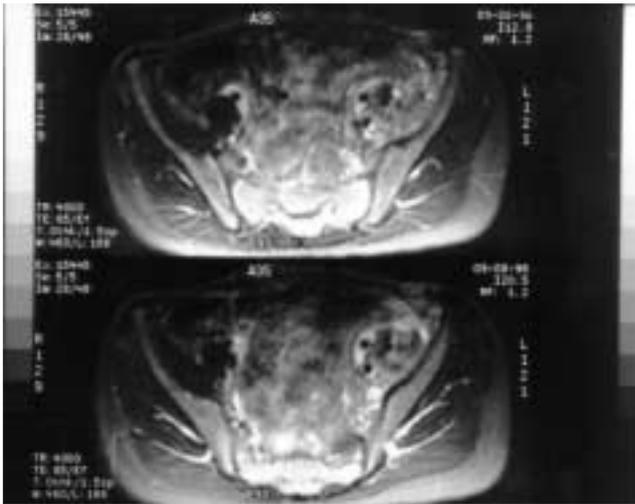


Figura 2. RMN abdominal caso 2: aumento de tamaño del músculo psoas izquierdo con ocupación del espacio interarticular sacroilíaco, compatible con absceso de psoas y sacroileítis.

y el mecanismo etiopatogénico es difícil de definir, siendo lo más aceptado la diseminación hematógena primaria. Igualmente se ha relacionado con traumatismos de la zona abdominal, que pudieran originar un hematoma susceptible de ser infectado⁽¹⁾ (este antecedente sólo está presente en el 34% de los casos). El foco primario de difusión podría ser un absceso cutáneo en el 33% de los AP. En países subdesarrollados o niveles socioeconómicos bajos, la malnutrición tendría un papel importante.

En el caso de la afectación secundaria, el foco infeccioso se extiende y da lugar al AP por contigüidad: como complicación de una enfermedad gastrointestinal (sobre todo en casos de enfermedad de Crohn), por cercanía a una discitis, etc. En nuestros casos parece que se trate de una afectación primaria y posiblemente en el segundo caso sea la sacroileítis.

Los dos niños presentaron un inicio agudo, pero lo más habitual es una clínica larvada. El dolor es más o menos localizado y especialmente cuando se refiere a la cadera, es el síntoma princeps. Puede afectar también el abdomen, la espalda, ambos flancos, región glútea, etc. Otros datos de la anamnesis son: la impotencia funcional homolateral, la fiebre y la anorexia. En casos de evolución más tórpida puede acompañarse de síntomas generales, como pérdida de peso, astenia y presencia de tumoración. En los secundarios existirán datos propios del proceso de base.

En la exploración destaca la flexión de la cadera como dato más común (sirvió para orientar precozmente el primer caso), así como la palpación de la masa abdominal (predominantemente en fosa ilíaca izquierda), la limitación de la movilidad de la EI (muy evidente en el segundo niño), o la escoliosis secundaria.

Datos analíticos característicos son: la leucocitosis, con desviación a la izquierda, la PCR y la VSG elevadas en el 90% de los AP (presentes en los dos pacientes expuestos) y en un 25-30% signos de anemia parainfecciosa.

La Rx de abdomen puede orientar, pero suele mostrar anomalías muy inespecíficas. Por lo que respecta a la ecografía abdominal está indicada como primer cribaje ante la sospecha diagnóstica de AP dada su inocuidad y accesibilidad^(3,8). En la mayoría de casos hallaremos engrosamiento del músculo, además de zonas hipo y/o hiperecoicas. También es útil para guiar la punción-aspiración y para visualizar el espacio retroperitoneal. Se debe considerar la posibilidad de falsos negativos, en casos de lesiones pequeñas, obesidad, o escoliosis. En el primer caso, la ecografía fue normal probablemente por el escaso tiempo de evolución.

Las técnicas con mayor rendimiento diagnóstico son la TC y la RMN. Están destinadas a confirmar la patología en casos sospechosos, pero con ecografía negativa, así como para delimitar con mayor precisión la zona afectada, los posibles focos primarios y para un control evolutivo más preciso. La RMN sería más selectiva que la TC para delimitar la afectación articular⁽⁵⁾. La mayoría de autores coinciden en que la TC es de elección en casos de punción-aspiración, por la mayor definición de imagen⁽⁹⁾. En determinadas patologías deberían considerarse otras pruebas de imagen, como el enema baritado para descartar fístulas en los enfermos de Crohn y la gammagrafía ante sospecha de osteomielitis.

En el diagnóstico diferencial cabe considerar los procesos intraabdominales (apendicitis, linfadenitis, enfermedad inflamatoria intestinal), osteomielitis, artritis, fracturas, hematoma o neoplasia del músculo psoas.

Las complicaciones son poco comunes: rigidez persistente de la cadera afecta, osteomielitis, y se han descrito algunos casos de muerte, atribuida directamente al absceso.

En cuanto al tratamiento farmacológico, la antibioterapia irá dirigida a cubrir al *S. aureus*^(7,10): penicilinas antiestafilocócicas, cefalosporinas, como la cefuroxima, o clindamicina. En casos de absceso secundario, sobre todo a patología intestinal, habrá que asociar un antibiótico para anaerobios. El tratamiento inicial debe ser endovenoso y mantenerse durante 10 ó 15 días, según la evolución clínica y analítica. La normalización de la PCR es un parámetro útil para decidir el paso de tratamiento endovenoso a tratamiento oral. Este se prosigue durante una o dos semanas más, hasta normalizar la VSG y el resto de pruebas de imagen.

Los criterios para considerar el drenaje percutáneo^(2,6) serán: a) un absceso único y bien definido; b) en casos de evolución tórpida y c) en casos de recidivas.

Ante un niño que presenta dolor abdominal e impotencia funcional de las EEII, se debe tener presente en el diagnóstico diferencial el absceso de psoas. Para el diagnóstico se practicará una ecografía abdominal y, en caso de ser negativa, una TAC o una RNM.

Bibliografía

- 1 Bresee J, Edwards M. Psoas abscess in children. *Pediatr Infect Dis J* 1990;9:201-206.
- 2 Parbhoo A, Govender S. Acute pyogenic psoas abscess in children. *J Pediatr Orthop* 1992;12:663-666.

- 3 Royston D, Cremin B: The ultrasonic evaluation of psoas abscess (tropical pyomyositis) in children. *Pediatr Radiol* 1994;**24**:481-483.
- 4 Gordin F, Stamler C, Mills J. Pyogenic psoas abscess: non invasive diagnostic techniques and review of the literatur. *Rev Infect Dis* 1983;**5**:1003-1111.
- 5 Renwick S, Ritterbusch J. Pyomyositis in children. *J Pediatr Orthop* 1993;**13**:769-772.
- 6 Jiménez 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. *Enf Infec Microbiol Clin* 1991;**9**:148-153.
- 7 Grose C. Pyomiositis in children in The United States. *Rev Infect Dis* 1991;**13**:339.
- 8 García E, Gutiérrez J, Díaz M. Abscesos del psoas: presentación de ocho casos y revisión de la literatura. *Rev Clin Esp* 1995;**195**:289-293.
- 9 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 Clin (Bar)* 1992;**99**: 568-570.
- 10 Pombo F, Martín Egana R. Drenaje percutáneo de un absceso de psoas. *Acta Radiol* 1993;**34**:366-368.