



Nota clínica

Dolor lumbar persistente debido a absceso del psoas ilíaco

N. Yanguas Barea^a, O. C. Martorell Almagu^a, D. Bernal Pina^b, F. Arroyo Alejos^c

^aServicio de Urgencias. Hospital Reina Sofía, Tudela, Navarra. España

• ^bMédico. CS Sos del Rey Católico. Zaragoza. España

• ^cEnfermero. Servicio de Urgencias. Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra. España.

Publicado en Internet:
5-septiembre-2013

Nerea Yanguas Barea:
nyanbar@gmail.com

Resumen

Palabras clave:

- Lumbalgia
- Absceso
- Psoas
- Sacroileítis

Paciente de 14 años sin antecedentes de interés que comienza de forma espontánea con dolor lumbar, que no mejora con tratamiento habitual (reposo, calor y antiinflamatorios no esteroideos), con empeoramiento progresivo del dolor, obligándole a consultar por el mismo motivo en cuatro ocasiones en diferentes centros médicos. Finalmente es diagnosticado, con la ayuda de la tomografía computarizada lumbar, de absceso del psoas ilíaco, probablemente secundario a sacroileítis, con el consiguiente ingreso para tratamiento antibiótico.

El paciente de nuestro caso presenta buena evolución, con buena respuesta a la antibioterapia, sin complicaciones ni secuelas importantes, y sin ser necesario el drenaje quirúrgico de la colección.

Persistent back pain due to an iliopsoas abscess

Abstract

Key words:

- Low back pain
- Abscess
- Psoas
- Sacroilitis

We present a 14 years old patient with unremarkable medical history, that begins spontaneously with low back pain that does not improve with standard treatment (rest, heat and non-steroidal anti-inflammatory drugs), with progressive worsening of pain. He consults four times in different medical centres. The final diagnosis is an iliopsoas abscess, seen on a lumbar Computerized Tomography, and he is consequently admitted to hospital to receive intravenous antibiotics.

The patient in our case has had a good response to treatment, without any complications or serious sequelae, and without requiring a surgical drainage of the collection.

INTRODUCCIÓN

La primera vez que se describió un absceso en el músculo psoas fue en 1881 por Mynter. Es una entidad poco frecuente que se puede clasificar como primario (sin evidencia de un foco próximo) o secundario (a partir de un foco supurativo en la vecindad del músculo), siendo los focos infecciosos

más frecuentes el óseo, el tracto genitourinario y el tracto gastrointestinal¹. La presentación clínica puede ser inespecífica o con un cuadro caracterizado por fiebre, dolor en la fosa ilíaca, inguinal o de cadera, impotencia funcional del miembro inferior afecto, con velocidad de sedimentación elevada y leucocitosis con neutrofilia. En el diagnóstico del absceso del psoas resulta de gran ayuda la utiliza-

Cómo citar este artículo: Yanguas Barea N, Martorell Almagu OC, Bernal Pina D, Arroyo Alejos F. Dolor lumbar persistente debido a absceso del psoas ilíaco. Rev Pediatr Aten Primaria. 2013;15:247.e97-e99.

ción de la tomografía computarizada (TC) y/o la resonancia magnética².

El motivo de este trabajo es mostrar un caso cuya presentación clínica no es común, y señalar la importancia del diagnóstico y la terapéutica correcta, para evitar la sepsis o la recidiva.

CASO CLÍNICO

Varón de 14 años, sin antecedentes médicos de interés, que acude a Urgencias por presentar, desde la noche previa, dolor lumbar intenso irradiado hacia la parte proximal de la extremidad inferior izquierda. Lo relaciona con su asistencia dos días antes a una boda, donde estuvo bailando, pero no recuerda traumatismo previo. En los días previos, tuvo dolor en la zona del hipogastrio, sin acompañarse de vómitos ni diarrea, y que cedió espontáneamente. El paciente se encuentra afebril y, a la exploración física, presenta únicamente dolor selectivo a la palpación de la articulación sacroilíaca izquierda, sin limitación a la deambulación.

Se le realiza una radiografía de columna lumbar, donde no se aprecia ninguna alteración ósea relevante. Se le prescribe reposo relativo, calor local y fármacos antiinflamatorios.

Ante la ausencia de mejoría del cuadro, consulta de nuevo a otro Servicio de Urgencias, donde recibe el mismo diagnóstico y se le refuerza el tratamiento con analgésicos. El paciente se encuentra peor, por lo que visita un tercer Servicio de Urgencias de un nuevo centro, donde se le diagnostica de sinovitis transitoria de la cadera izquierda.

El cuadro va empeorando, de forma que al acudir de nuevo a nuestro Servicio, el paciente muestra una limitación franca a cualquier tipo de movilización, tanto activa como pasiva, siendo prácticamente imposible la bipedestación. Se solicita en esta ocasión una analítica general, donde el hallazgo es anemia, leucocitosis de 12 900/ μ l y una creatinfosfocinasa de 271 UI/l.

Se decide completar el estudio con una TC multi-detectora de cadera, en la que se observa un absceso del psoas iliaco con extensión inferior, de posible origen en la sacroilíaca izquierda (Fig. 1).

El paciente ingresa en el Servicio de Traumatología, para continuar con el estudio y pautarle tratamiento antibiótico. Tras realizarle diferentes pruebas diagnósticas, incluyendo hemocultivos, se llega a la conclusión de que el absceso es probablemente secundario a un foco genitourinario^{3,4}.

Figura 1. Tomografía computarizada pélvica con contraste: colección hipodensa con realce periférico desde la región del psoas iliaco hasta la musculatura glútea (a), e irregularidad ósea en la articulación sacroilíaca izquierda y del ilíaco izquierdo (b)



En el caso de este paciente no fue preciso el drenaje quirúrgico, pues evolucionó bien con la antibioterapia, y se le pudo dar el alta en unos días sin secuelas aparentes.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

TC: tomografía computarizada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Penado S, Campo JF. Absceso de psoas. Descripción de una serie de 23 casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2001;19:257.
2. Cánovas Ivorra JA, Tramoyeres Galván A, Sánchez Ballester F. Absceso de psoas primario: a propósito de 5 nuevos casos. Revisión de la literatura. *Arch Esp Urol.* 2003;56:775.
3. Abad A, Solano D, Ibarria J, de la Villa FM. Absceso de psoas: difícil orientación clínica inicial. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2000;18:244-5.
4. Swartz M. Myositis. Psoas Abscess. En: Mandell G, Gordon R (eds.). *Principles and practice of infectious diseases.* 3.ª ed. New York: Churchill Livingstone; 1990. p. 812-8.