

Absceso piógeno del PSOAS. Descripción de casos registrados en el Hospital Universitario del Valle

Dr. Carlos Andrés Lores*; Dr. Jochen Gerstner**.

*Médico Residente 3er año de Ortopedia y Traumatología, Hospital Universitario del Valle, Universidad del Valle

**Médico Ortopedista. Profesor titular de Ortopedia y Traumatología, Hospital Universitario del Valle. Universidad del Valle

Resumen

Estudio descriptivo, serie de casos. Pacientes con diagnóstico de absceso piógeno del psoas. Se caracteriza la población, presentación clínica, factores asociados, pruebas diagnósticas, manejo, hallazgos quirúrgicos y complicaciones. Se plantea un protocolo de manejo. Se obtuvieron los datos de 51 pacientes. 31 hombres, 20 mujeres, con predominio en niños y adultos jóvenes, desde el año 1995 hasta octubre del 2005. 21 casos presentaban antecedentes traumáticos y 31 focos infecciosos. 22 casos con compromiso del lado derecho, 27 izquierdo y en 2 casos bilateral. 45 pacientes manifestaron cojera, 32 fiebre de duración mayor a una semana, 38 signo del psoas positivo y en 42 se demostró el absceso mediante escanografía. En 47 pacientes se realizó manejo quirúrgico. En 20 se cultivó *Staphylococcus aureus*.

Palabras claves: Absceso psoas, piomiositis, psoitis

Abstract

In this chart review the authors describe 51 cases of psoas abscess treated at Hospital Universitario del Valle in Cali, Colombia in the last 10 years. It is not a rare condition and require high index of suspicion. Epidemiology, bacteriology, diagnosis and treatment are discussed.

Key Words: Pyogenic psoas absceso, pyomiositis, psoitis

Propósito: Describir los casos presentados en los últimos diez años en el Hospital Universitario del Valle. Identificar factores asociados, características clínicas, evolución, manejo y complicaciones.

Procedimientos básicos: Se realizó un estudio descriptivo, serie de casos que muestra la experiencia en el Hospital Universitario del Valle durante los últimos diez años de los pacientes con diagnóstico de absceso piógeno del psoas. Se identifica la población, presentación clínica, factores de riesgo asociados, pruebas diagnósticas, manejo instaurado, diagnósticos diferenciales, hallazgos quirúrgicos así como posibles complicaciones. Finalmente se plantea un protocolo de manejo que se adapte a nuestra institución.

Marco teórico

Historia

Nesparehan, Sacerdote de Amun de la XXI dinastía en el antiguo Egipto es el primer caso de absceso del psoas documentado a partir del análisis de sus restos publicado por Buffer en 1910. Los hallazgos encontrados corresponden a las complicaciones de un mal de Pott.

La primera descripción médica que hace referencia al absceso del psoas fué realizada por Abeille en 1854 con ocho casos. Mynter en 1881 presenta la descripción de un caso clínico de “psoitis aguda”.^{3,4}

Reginal Fitz en 1886 reportó un caso cuyo origen fue una apendicitis. Rollers en 1911 presentó 7 casos asociados a infección en los ganglios retroperitoneales. Zadek en 1950 a partir de 7 casos postula su origen en un hematoma sobreinfectado en la vaina del psoas.¹

Lam y Hodgson en 1966 presentan un trabajo clásico con una serie de 24 casos con los registros de los hospitales Queen Elizabeth y Queen Mary de Hong Kong³. Gerstner y Castaño en 1977 publicaron la revisión más grande con una serie de 64 casos registrados en el Hospital Universitario del Valle.⁶

Los reportes de esta patología han aumentado sin embargo se remiten a series de casos y su incidencia continua siendo aún desconocida.

Anatomía

El músculo iliopsoas (psoas-iliaco) hace parte de la pared

abdominal posterior donde ocupa una posición retroperitoneal. Consta de 2 porciones, el psoas mayor y el ilíaco. El psoas mayor, músculo largo y fusiforme, se origina en los discos intervertebrales y las partes vecinas de los cuerpos vertebrales de T XII a LV, así como en los procesos transversales de LI a LV. Ambos terminan en el trocánter mayor del fémur. Las principales funciones del iliopsoas son la flexión y la rotación externa del fémur.

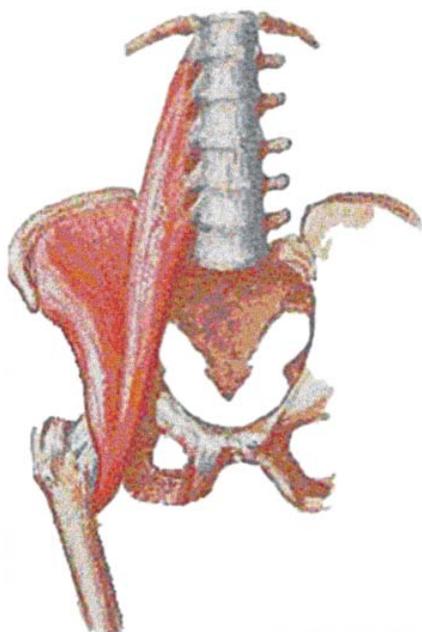


Figura 1. Anatomía

La disposición de la fascia del iliopsoas explica la migración de las colecciones purulentas retroperitoneales que descienden por delante de la fascia y se detienen a nivel del ligamento inguinal. En cambio, los abscesos retrofasciales, si no se rompen, recorren la vaina del músculo, franquean el ligamento inguinal y pueden alcanzar el triángulo femoral.

El espacio retroperitoneal se localiza entre la pared posterior de la cavidad abdominal y el peritoneo en donde la presencia de la fascia de los músculos psoas-iliaco y cuadrado lumbar divide esta zona en porciones anterior y posterior⁶. En el espacio anterior se localizan las colecciones secundarias a abscesos del riñón (perinefríticas), de colon (apendicular), o de los ganglios linfáticos (linfadenitis mesentérica). Los abscesos retrofasciales del psoas tienden a drenar al muslo al cruzar bajo el ligamento inguinal y cerca al trocánter menor donde terminan sus inserciones; pueden resultar por continuidad de la columna vertebral (osteomielitis) y de la pelvis. El músculo iliaco confina sus abscesos a la fosa iliaca y se detiene a nivel del anillo inguinal.

Etiología

Los abscesos pueden ser clasificados según Gordin¹⁷ de acuerdo a su etiología en primarios (aquellos en los cuales no se evidenció foco infeccioso previo) y secundarios (se evidencia foco contiguo o a distancia). Alrededor del 80% - 90%^{19,21,24} de los casos de abscesos primarios tienen como germen causal *Staphylococcus aureus*, en el absceso secundario (perinefríticos, apendiculares o por linfadenitis) predominan infecciones entericas entre las cuales el agente más frecuentemente aislado es la *Escherichia coli*. En los abscesos secundarios a osteomielitis de columna vertebral se encuentra el *Mycobacterium Tuberculosis* sin embargo esta extensión tuberculosa del mal de Pott al iliopsoas se encuentra descrita como una entidad aparte.

Primarios

- *Staphylococcus aureus*
- *Proteus mirabilis*
- *Serratia marcescens*
- *Pseudomonas aeruginosa*

Secundarios

- *Escherichia coli*
- *Streptococcus mitis* y
- *Streptococcus grupo B*
- *Salmonella enteritis*
- *Staphylococcus aureus* metilino resistente
- *Bacteroides fragilis*
- *Brucella* sp.
- *Mycobacterium tuberculosis*

Tabla 1. Agente causal^{18,19,21,24}

El origen de los abscesos primarios continua siendo incierto, se propone la diseminación linfática o hematogena de un sitio oculto asociado o un traumatismo muscular (desgarro). El músculo psoas se encuentra ricamente vascularizado lo que puede favorecer una siembra hematogena. En el origen de los abscesos secundarios predominan los focos óseo, genitourinario y gastrointestinal, en las revisiones se describen diferentes factores asociados (ver tabla) donde toman importancia enfermedades crónicas, desnutrición, traumatismos, usuarios de drogas parenterales y cada vez con mayor frecuencia infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Gastrointestinal	Otras
Enfermedad de Crohn	Focos sépticos
Apendicitis aguda	Endocarditis
Diverticulitis	Aneurisma infectado de aorta abdominal
Carcinoma colorectal	Cateterización arteria femoral
Tumor apendiceal	Sepsis en cirugía espinal
	Trauma
	Dispositivo intrauterino
	Adenitis supurativa
	Acupuntura
Genitourinarios	Otras
Infección del tracto urinario	Usuarios de drogas parenterales
litotripcia extracorpórea	Anemia
cáncer	iatrogenia
	Periodos largos de hemodiálisis o diálisis peritoneal
	Inmunodeficiencias
	Diabetes mellitus
	Insuficiencia renal crónica
Músculoesqueléticas	Infección por VIH
Osteomielitis vertebral	Artritis reumatoidea
Osteomielitis lumbar	Corticoterapia
Espondilodiscitis	Hepatopatía crónica
Osteomielitis	Desnutrición
sacroileitis infecciosa	Edad avanzada
artritis séptica	Alcoholismo
	Parasitismo

Tabla 2. Factores asociados ^{3,6,19,24,29}

Epidemiología

La verdadera incidencia de esta enfermedad permanece incierta, existen múltiples estudios tipo serie de casos, sin embargo hacen falta publicaciones especialmente en países en desarrollo.

La pobreza ha sido encontrada como un factor común en varias series por la desnutrición asociada. ^{3,6,9,11}

Se encuentran revisiones desde 1881 hasta 1990 que muestran una incidencia mundial de alrededor de cuatro casos por año ²⁶. Un estudio describe en 1992 una incidencia mundial de 12 casos por año ¹⁷. Otro estudio realizado en Taiwán publicado en el año 2000 reportó una tasa de incidencia de 2,5 casos por año ²⁶

Se encuentra un incremento significativo en la tasa de incidencia posterior a 1985 que se atribuye a la mejoría de los ayudas diagnósticas con el uso de Tomografía computarizada (TAC) ^{10,19}.

Se sugiere que los abscesos primarios son más frecuentes en pacientes jóvenes con un 83% de los casos en menores de 30 años; contrario a esta distribución, un trabajo realizado en el Hospital Johns Hopkins con 18 casos, mostró que el 61% de los abscesos primarios se encontraban entre los 27 y 81 años y 28% en mayores de 65 años. En los abscesos primarios 86% eran usuarios de drogas parenterales y 57% infectados con el virus de inmunodeficiencia humana ¹⁴. La mayor serie de casos fué publicada en Colombia en el Hospital Universitario del Valle con 64 pacientes de los cuales el 90% corresponden a menores de 20 años, con un predominio en el sexo masculino de 3.1 ⁶.

La mortalidad varía entre 2,8% y 20%. Se encontró en 2,5% de los abscesos primarios y 18,9% de los secundarios y puede aumentar hasta en 44% dependiendo de la patología asociada.

Presentación clínica

La mayoría de pacientes presentan fiebre, deformidad en flexión de cadera, dolor en fosa iliaca, cojera o dificultad para la marcha así como una masa palpable a nivel de la fosa iliaca. Debido a la innervación del músculo psoas por L2, L3 y L4 el dolor producido por la inflamación en algunas ocasiones se irradia anteriormente hacia cadera y muslo; otros síntomas son náuseas, malestar y pérdida de peso.



Figura 1. Hallazgos Clínicos

Un examen físico adecuado es esencial para el diagnóstico temprano de absceso del psoas ²⁴.

La presentación puede ser subaguda o crónica en la cual hay más de siete días de persistencia de los síntomas, e incluso con una evolución superior a los 30 días ^{3,4}.

El signo del psoas se encuentra en más del 86% de los enfermos ⁶ y consiste en flexionar totalmente la cadera para vencer la contractura del músculo, con lo cual se consigue una movilidad indolora, el resto de la flexión y las rotaciones no forzadas son normales. En cambio, la extensión es dolorosa casi siempre imposible de realizar a menos que la cronicidad del proceso sea compensada a expensas de un aumento marcado de la lordosis lumbar. Esta maniobra puede ser de difícil confirmación en pacientes pediátricos, los cuales pueden presentar deformidad en flexión y “pseudoparálisis” ^{15,22}.

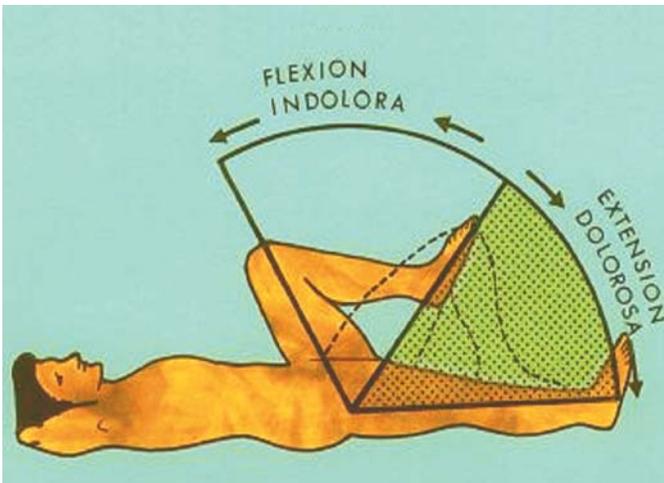


Figura 2. Signo del Psoas ¹⁵

El dolor es un síntoma frecuente. Cuando hay extensión del absceso a la vaina del iliopsoas se localiza en la fosa iliaca, en este caso puede haber confusión con cuadros de apendicitis y otros procesos locales. También se puede localizar en la región inguinal y en el muslo debido a la irritación de los nervios contenidos en los espacios retrofasciales (genito femoral, cutáneo lateral del fémur). El dolor lumbar del lado afectado es más raro. (7,8)

La dificultad para la marcha se encuentra en las etapas iniciales de la enfermedad y cuando pasa de la fase subaguda a la crónica, la impotencia funcional se transforma en cojera. A mayor deformidad en flexión mayor cojera.

En los casos avanzados es posible palpar masa pues no hay defensa abdominal con una tumoración dolorosa en la fosa iliaca.

Diagnóstico

Debe tenerse una alta sospecha clínica, los síntomas descritos junto con los hallazgos al examen físico son los principales medios para realizar el diagnóstico.

El hemograma muestra leucocitosis de alrededor de 15.000 a 20000 / μ L con neutrofilia así como un aumento en la velocidad de eritrosedimentación en promedio de 90 mm en la primera hora ^{1,19,24,23}, en muchos casos se puede observar una hemoglobina menor a 10 g/dL ⁴ lo que refleja desnutrición.

En la tabla 4 se encuentran los diagnósticos diferenciales más frecuentes; el primero es la artritis séptica de cadera y usualmente se realiza una punción articular o artrotomía de cadera.



Figura 3. Radiografía

La radiografía simple de abdomen muestra un aumento o borramiento de la sombra del psoas, opacidad de la fosa iliaca así como escoliosis antalgica ²¹ sin embargo requiere una preparación para eliminar los gases intestinales.

La ecografía muestra imágenes hipocóicas a lo largo del músculo psoas que pueden confirmar el diagnóstico, es un estudio rápido, de menores costos y seguro, sin embargo es menos sensible.

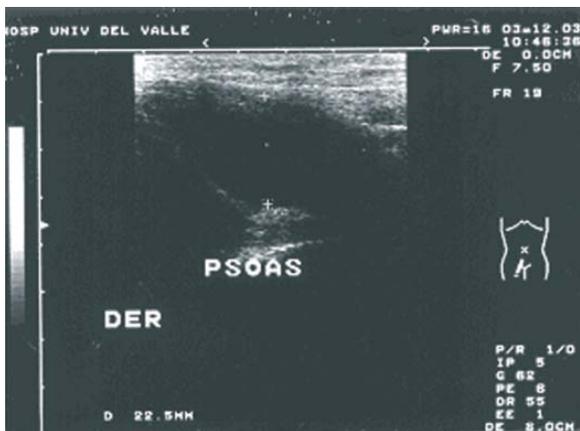


Figura 4.

Paciente de 13 años con cuadro de 2 semanas de dolor en fosa iliaca derecha, limitación para la marcha, fiebre. Se encontró con deformidad en flexión de cadera. La Ecografía abdominal con transductor lineal de 7.5 Mhz muestra imagen compatible con absceso del músculo psoas con colección líquida de 2.5 cm de diámetro

El estudio que más información puede aportar es la escanografía abdominopelvica que confirma la presencia de masa sobre el músculo psoas de diferente densidad, en algunos casos lobulada que permite visualizar la localización exacta del absceso así como las estructuras óseas adyacentes

En la literatura se han descrito otras imágenes diagnósticas que incluyen la gamagrafía y la pielografía sin embargo no son utilizadas con frecuencia en la práctica clínica.



Figura 5.

Mujer de 52 años con antecedente de dolor en fosa iliaca derecha asociado a fiebre con limitación funcional en cadera. Se realiza TAC abdominopélvico muestra imagen de absceso de Psoas derecho

Tratamiento

El manejo de esta patología incluye el drenaje junto con el uso de antibióticos sistémicos los cuales en realidad solo serian útiles en las primeras fases del proceso infeccioso por lo cual es discutible su utilidad en aquellos abscesos ya formados dado que no penetran al foco infeccioso.

En todas las series encontradas el principal germen aislado es el Staphylococcus aureus sin embargo también se hallan gérmenes entéricos gram negativos por lo cual se sugiere la utilización de antibióticos combinados hasta obtener el cultivo de la bacteria causante.

Los antibióticos más frecuentemente utilizados en las revisiones de la literatura son la Oxacilina junto con una cefalosporina de tercera generación como Ceftriaxona.

Otros antibióticos incluyen Clindamicina, aminoglucosidos y quinolonas. La administración de los antibióticos esta descrita alrededor de 3 semanas después del drenaje.

El manejo quirúrgico más utilizado es el abierto, realizado por lumbotomía o también mediante la técnica descrita por Weinberg en 1967.

En sala de Operaciones bajo anestesia general con el paciente en posición entre decúbito supino y lateral elevando cerca de 30 grados la cadera afectada. Se realiza una incisión de unos 10cm paralela a la cresta iliaca y a 3cm de ella. Se inciden y divulsionan los músculos oblicuo externo, interno y transverso. Se abre la fascia transversal para exponer el espacio retroperitoneal. Se rechaza el retroperitoneo hacia delante y se realiza una disección extraperitoneal hacia el absceso que generalmente se encuentra sobre la vaina del iliopsoas.

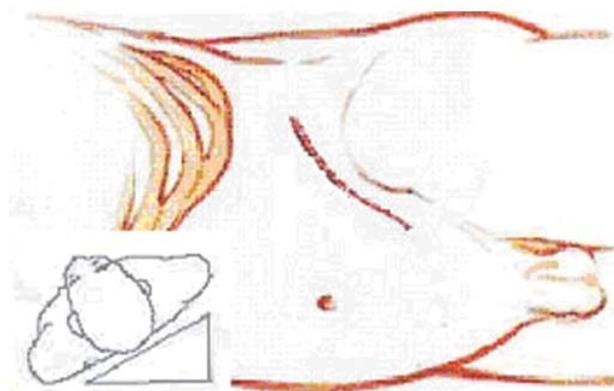
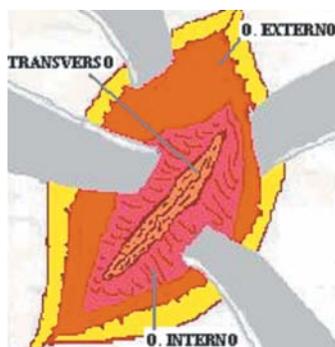
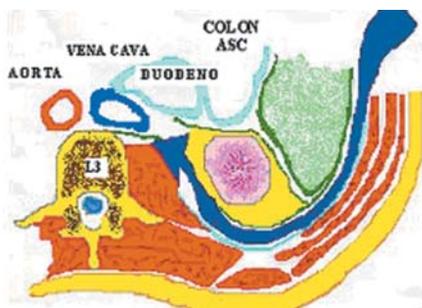




Figura 3. Drenaje abierto

En esta etapa se coloca un retractor de Finocchietto para aumentar la visibilidad. Los abscesos pequeños que apenas se están formando requieren una exploración cuidadosa pues con frecuencia se encuentran por debajo de la vaina del psoas y del iliaco. Una vez drenado el absceso se realiza escisión del material necrotico, se lava profundamente la herida y se protege el nervio femoral que se encuentra entre el iliaco y el psoas mayor. Por último se deja un dren de Penrose y se cierra piel con puntos separados.



Existen técnicas para drenaje percutáneo mediante el uso de ecografía o escanografía que pueden ofrecer ventajas frente a la morbilidad del procedimiento abierto y en algunas revisiones se considera como primera elección¹⁶ con buenos

resultados, puede realizarse de forma repetida y no excluye la necesidad de un drenaje abierto.

Esto puede ser aplicable a aquellos pacientes en los cuales debido a su patología de base sea difícil llevar a una intervención mayor.

También esta descrito el manejo conservador mediante el solo uso de antibióticos parenterales, con tracción cutánea del miembro inferior del lado afectado en las fases iniciales del proceso^{11,12,16}.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, serie de casos, con el análisis de las historias clínicas de pacientes con el diagnóstico de absceso piógeno del psoas manejados en el Hospital Universitario del Valle durante el período de febrero 1995 hasta octubre del 2005.

Se encuentran 51 casos donde se describen los datos de ingreso, antecedentes clínicos, hallazgos al examen físico, el tratamiento recibido y la evolución.

Resultados

A. Distribución

Se encontró un predominio masculino con 31 (61%) pacientes frente a 20 (39%) mujeres; Los grupos de edades establecidos no mostraron una diferencia significativa, con un mayor número de pacientes jóvenes, el 78% eran menores de 45 años.

Sexo	Hombres	31	61%
	Mujeres	20	39%
Raza	Mestiza	38	74%
	Negra	12	23%
	Otros	1	2%
Edad	0-3:	2	4%
	4-12	13	25.5%
	13-21	12	23.5%
	22-45	15	29%
	46-65	5	10%
> 65	4	8%	

Tabla 1. Distribución

La mayoría de pacientes fueron originarios y remitidos de la ciudad de Cali (45 / 59); pertenecientes al régimen vinculado 80%, los restantes se distribuyeron 14% régimen subsidiado y 6% régimen contributivo.

La escolaridad mostró un aumento de la incidencia en los niveles elementales, analfabetas 12%, primaria 37%, secundaria 24%, ningún paciente contaba con estudios superiores.

B. Antecedentes clínicos

Los traumatismos y los focos sépticos son los principales factores asociados encontrándose una distribución similar con 21 pacientes cada uno; seguido por desnutrición presente en 10 pacientes. De las infecciones documentadas sobresalen las infecciones en piel y de vías urinarias en 11 y en 9 pacientes respectivamente. Las infecciones respiratorias y osteomusculares cursaron en 6 pacientes cada una. (Tabla 2).

Factores Asociados	Traumatismos	21
	Focos sépticos otras partes cuerpo	21
	Desnutrición	10
	Acupuntura	
	Otros	12
Infecciones documentadas	Infección de Vías Urinarias	9
	Infección piel	11
	Infección orales	2
	Infección TGI	4
	Infección columna	1
	Infección vías respiratoria	6
	TBC	5
	Sepsis	5
	HIV	1
	Infección Osteomuscular	6

Tabla 2. Factores asociados

C. Signos y síntomas

La localización de los síntomas presentó una distribución muy similar como se puede observar en la tabla 3; sin embargo es importante resaltar los dos casos en los cuales la presentación fue bilateral.

La presentación clínica fue subaguda o crónica en la mayoría de los casos. La sintomatología de fiebre, dolor y cojera mostró una distribución mayor entre la primera y la cuarta semana 44 pacientes presentaron fiebre, 45 presentaron cojera y El signo del psoas fue positivo en 74.5% de los casos.

El síntoma más frecuente fue dolor. 25 pacientes lo manifestaron en la fosa iliaca, 16 en región lumbar, 11 en región inguinal y 6 en cadera. Es importante tener en cuenta que 7 pacientes presentaron dolor en varias regiones.

El signo de Blumberg fue un hallazgo infrecuente, positivo en 4 pacientes, 3 de los cuales presentaban intervenciones abdominales previas secundarias a trauma.

En 33 de los 51 casos al ingreso se pensó en un absceso del psoas como diagnóstico inicial. Ver tabla 4.

Localización síntomas	Derecha	22	43%
	Izquierda	27	53%
	Ambos	2	4%
Fiebre	No	7	14%
	0 hrs. -24 hrs.	5	10%
	1-7 días	17	33%
	8 días 4 semanas	15	29%
	> 4 semanas	7	14%
Dolor	Fosa Iliaca	25	
	Región inguinal	11	
	Lumbar	16	
	Cadera	6	
Cojera	No	6	12%
	si	45	88%
Signo Psoas	Si	38	74.5%
	No	10	19.5%
	SD	3	6%
Masa palpable	Si	12	24%
	No	39	76%
Blumberg	Si	4	8%
	No	47	92%

Tabla 3. Signos y síntomas

Diagnóstico al ingreso	Apendicitis	4
	Artritis séptica de cadera	9
	Absceso del psoas	33
	Otros abscesos abdominales	13
	Neoplasias	4
	Osteomielitis	2
	Otros	13
	Sin Dato	1
Diagnóstico diferencial	Artritis séptica de cadera	16
	Apendicitis	7
	Infecciones en columna	1
	Osteomielitis	1
	Alteraciones genitourinarias	8
	Enfermedad inflamatoria intestinal	
	TBC	1
	Neoplasias	6
Otros	13	
Absceso del psoas	11	

Tabla 4. Diagnósticos diferenciales

D. Laboratorios

Se documentó leucocitosis con neutrofilia en 42 casos (82%), de los cuales el 83% se encontró por encima de 15.000/ μ L con un promedio de 20.217/ μ L y anemia con hemoglobina menor a 10 g/dL en 25 (49%) pacientes lo cual muestra una asociación con desnutrición.

La velocidad de eritrosedimentación (VES) se encontró elevada en 31 de los 33 pacientes con un promedio de 55.8 mm en la primera hora y la Proteína C Reactiva estuvo aumentada en 8 de los 10 pacientes en los cuales se solicitó.

De los uroanálisis tomados 7 fueron reportados como anormales.

En 10 pacientes se realizó punción articular de cadera, en tres, el cultivo fue positivo con un diagnóstico concomitante de artritis séptica de cadera.

E. Imaginología

De los estudios radiológicos realizados que incluyen 8 radiografías simples de abdomen, 18 de pelvis y 7 de columna, solamente una de abdomen y 3 de columna mostraron hallazgos anormales que ayudaran a esclarecer el diagnóstico.

Otros estudios se pueden observar en la tabla 5. Llamamos la atención los pacientes a los cuales se les realizó ecografía abdominal; en 2 de los 13 casos el reporte fue informado como normal y en 7 informados con hallazgos anormales posteriormente se realizó TAC.

Ecografía abdominal	9/11
TAC	42
RMN	2
Gammagrafía ósea	2

Tabla 5. Estudios Compatibles con absceso del psoas

F. Tratamiento y evolución

En 49 de los 51 casos los pacientes recibieron antibióticos previos al diagnóstico, 28 pacientes oxacilina sola y 21 oxacilina junto con otro antibiótico, (ver tabla 6).

El manejo inicial en 3 de los 51 pacientes fue solo tratamiento antibiótico 2 de los cuales evolucionaron satisfactoriamente sin embargo 1 debió ser llevado a cirugía posteriormente 45 pacientes inicialmente fueron programados para cirugía y en dos casos hubo demora para realizar la intervención y los pacientes evolucionaron satisfactoriamente sólo con tratamiento antibiótico. A 2 pacientes se les realizó punción dirigida por TAC pero presentaron una evolución tórpida y requirieron intervención quirúrgica para drenaje abierto del absceso posiblemente por la poca experiencia con este método. En relación al uso de tracción cutánea, este dato no se encuentra registrado en muchas historias clínicas.

Por consiguiente recibieron solo tratamiento antibiótico 4 pacientes y el manejo quirúrgico se realizó en 47 de los 51 pacientes; de estos en 10 no se evidenció pus en la cirugía (etapa de psoitis). Tres pacientes tuvieron complicaciones quirúrgicas, dos con una lesión de peritoneo que se reparó sin complicaciones y un paciente quien se encontraba séptico y con compromiso multisistémico permaneció en "shock" durante la cirugía y finalmente falleció dos semanas después.

En 22 pacientes se colocó dren que fue retirado al quinto día.

Se hizo biopsia a seis pacientes, cuatro de ellos reportaron inflamación aguda y crónica del músculo, dos pacientes presentaban antecedente de cáncer cervix y de ovario metastáticos cursando con un tumor abscedado sobre el mús-

culo psoas; éstas biopsias informaron cáncer escamocelular y epidermoide metastático respectivamente con cultivos positivos.

De los 47 pacientes llevados a cirugía, en 8 casos no se efectuó cultivo y en otros 4 no se encontró reporte. De los 35 cultivos informados en 20 se documentó *Staphylococcus aureus* coagulasa positivo y en cuatro pacientes se aisló mas de un germen.

La evolución fue satisfactoria en 44 pacientes, 6 presentaron sepsis y un paciente falleció; es importante aclarar que el paciente que murió cursaba con neumonía complicada, inestabilidad cardiorespiratoria y sepsis asociada a estafilococcemia. En 6 de los pacientes fueron necesarias nuevas hospitalizaciones relacionadas con el absceso.

El tiempo entre el ingreso y la confirmación del diagnóstico se produjo en 27 casos primeras 24 horas, en 5 casos entre las 25 y 72 horas, en 9 casos entre 4 y 7 días, en 8 casos después del octavo día.

Después de confirmar el diagnóstico aquellos pacientes que fueron llevados a cirugía se llevó a cabo el procedimiento en un promedio de 5.6 días

En 11 de los 47 pacientes a quienes se les realizó manejo quirúrgico requirieron una nueva intervención. El promedio de hospitalización fue de 20 días.

Oxacilina	28
Dicloxacilina	0
Cefalosporina de primera generación	1
Clindamicina	18
Aminogluosido	26
Penicilina	0
Metronidazol	6
Otra cefalosporina	8
Anti TBC	2
Otros	3

Tabla 6. Antibióticos previos al diagnostico

<i>Staphylococcus aureus</i> coagulasa (P)	20	20
<i>Escherichia coli</i>	3	3
<i>Klebsiella</i>	2	2
TBC	0	0
Otro	11	11
Cultivos Negativos	3	3

Tabla 7. Gérmenes aislados en cultivo

Discusión

El absceso del músculo psoas continúa es una patología frecuente en nuestro medio.

El hallazgo en los cultivos de *Staphylococcus aureus* sugiere una diseminación hematogena en un músculo susceptible al trauma (desgarro).

Se puede presentar en todos los grupos de edad sin embargo se presenta más en pacientes jóvenes. Se describe en países en desarrollo como el nuestro y con frecuencia asociado a pacientes de escasos recursos (desnutrición).

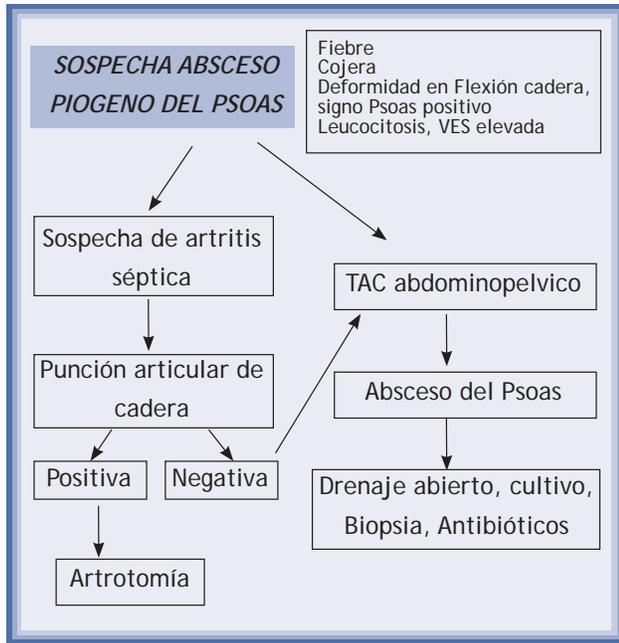
No suele tener una presentación inicial aguda sino subaguda o crónica en la cual predominan los síntomas de dolor, fiebre y cojera, asociados al examen físico con una deformidad en flexión, con signo del psoas positivo. Los siguientes son datos presentados en otros estudios similares. (Tabla 8)

Sin embargo su diagnóstico tiende a confundirse con otras patologías principalmente la artritis séptica de cadera en niños.

La sospecha clínica es determinante para un diagnóstico temprano y puede apoyarse con el uso de imágenes dentro de las cuales la escanografía es la que aporta mas información.

El manejo de elección incluye luego el drenaje del absceso junto con el uso de antibióticos sistémicos iniciales.

Se han descrito técnicas de drenaje que incluyen procedimientos mínimamente invasivos con punciones percutáneas guiadas por ecografía o escanografía con buenos resultados, sin embargo en nuestro medio esta experiencia se limitó sólo a 2 pacientes que finalmente requirieron drenaje abierto.



En cuanto a los hallazgos quirúrgicos es frecuente encontrar grandes colecciones mayores a 100cc de material purulento.

No se describen complicaciones mayores inherentes al procedimiento quirúrgico y en casi todos los casos la evolución de los pacientes fue satisfactoria.

El propósito de este trabajo es analizar la experiencia en el Hospital Universitario del Valle así como tratar de realizar una revisión que nos permitiera incluir un protocolo de manejo.

Finalmente se sugiere la realización de estudios con mayor validez estadística que comprueben las ventajas de las diferentes opciones de manejo como drenaje abierto vs. percutáneo, la elección y el tiempo de duración del agente antibiótico y las ayudas diagnósticas.

	Año	No. pacientes	Edad	Duración Síntomas	Sg Psoas Deformidad en flexión	Cultivo Staph. Aureus	Ante-cedente traumático	Infección Documentada
Zadek	1938-1947	7	9-30			5/7	3/7	2/7
March A, Riley L	1946-1970	14	<17	48	9/14	7/14		14/14
Lam SF, Hodgson	1961-1965	24	8M-52A	1d- 16 ss	+++	14/24	5/24	5/24
Gerstner J, Castaño C	1967-1977	64	10-49	14d	55/64	41/64	11/64	17/64
Markhani- singhal	1968-1974	40	1-50	3-15d	+++	16/40	9/40	14/40
Song J, Letts M	1979-1999	11	<18		+++	+++	1/3	3/11
Malhotra R, Singh Bhan	1986-1990	9	8M- 9A	2-15d	9/9	6/9	1/9	0/9
Tong NC, Griffith JF	1992-1995	3	3-8		3/3	3/5		
Morino M, Esposito P	1999	9	2-10	5-20	8/9			
Estudio Actual	1995-2005	51	1-96 A	1d-36M	38/48	20/51	21/51	31/51

Tabla 8. Resultados de estudios

Bibliografía

1. Zadek I. Acute Non-Tuberculous Psoas Abscess: A Clinical Entity. JBJS. Vol 32-A No 2. April 1950.
2. Weinberg J.A. Surgical excision of psoas abscess. JBJS. 39-A: 23-36, 1957.
3. Lam SF, Hodgson AR. Non-spinal pyogenic psoas abscess JBJS Am. 48: 867-877. 1966.
4. Makhani J.S, Singhal R.K. Acute Pyogenic Psoas Abscess. Indian J. Pediatr. 37: 7, 1970.
5. March AW, Riley LH. Retroperitoneal abscess and septic arthritis of the hip in children. JBJS Am; 54:67-74. 1972.
6. Gerstner J, Castaño C. Absceso Piógeno del Psoas. Acta Med Valle. (8) 4. 1977.
7. Simon GW, Sty JR, Starshak RF. Retroperitoneal and retrofascial abscesses. JBJS. Am. 65:1041-58. 1983.
8. Simon GW, Sty JR, Starshak RJ. Iliacus abscesses. Clin Orthop 183:61-3. 1984.
9. Perry J, Barrack RL. Psoas abscess mimicking a septic hip. JBJS. Am. 67:1281-3. 1985.
10. Ricci MA, Rose FB, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess: world variations in etiology. World J Surg. 10: 834-843. 1986.
11. Malhotra R, Singh KD. Primary pyogenic abscess of the psoas muscle. JBJS Am. 74: 278-284. 1992 .
12. Parbhoo A, Govender S. Acute pyogenic psoas abscess in children. J Pediatr Orthop, 12:663-6. 1992.
13. Desandre A.R, Cottone FJ, Evers M.L. Iliopsoas Abscess: Etiology, Diagnosis and Treatment. The American Surgeon. 61:12: 1087-1091. 1995.
14. Santaella RO, FishmanEK, Lipssett pa. Primary versus secondary psoas abscess. Presentation microbiology and treatment, Arch Surg. 130: 1309-1313, 1995.
15. Gerstner J. Manual de Semiología del Aparato Locomotor. 8ª Edición. 1996, Cali, Colombia.
16. Tong C.W.C, Griffith J.F, Lam T.P, Cheng J.C.Y. The conservative management of acute pyogenic iliopsoas abscess in children. JBJS. Vol 80-B No 1. January 1998.
17. Mormino M, peripelvic abscesses: A diagnostic dilemma, J Pediatr Orthop, 19 (2): 161 – 163. 1999.
18. Mandell, Douglas and Bennet, Infectología. 5ta edición. Vol. 1 parte 2, Churchill Livingstone, 2000.
19. Babafemi T. Psoas Abscess: A Primer for The internist. South Med J, 94(1): 2-5. 2001.
20. Orlišek S. Obturator internus muscle abscess in children, J Pediatr Orthop, 21 (6): 744 -748. 2001.
21. Pila R, Rivero C, Fernández F. Absceso primario del músculo psoas. Presentación de un caso y revisión de la literature. Rev Cubana Cir, 40(2): 149-53. 2001.
22. Song, J; Letts, M. Differentiation of Psoas Muscle Abscess From Septic Arthritis of the Hip in Children. Clinical Orthop & Rel Research. (391):258-265, 2001.
23. Thongngarm T, McMurray R.W. Primary psoas abscess. Ann Rheum Dis. 60: 173. February 2001.
24. Nabil Y M Riyad M, Alaa Sallam M, Nur A. Case Report: Pyogenic Psoas abscess: Discussion of its Epidemiology, Etiology, Bacteriology, Diagnosis, Treatment and Prognosis, Kuwait Medical Journal 35 (1): 44-47. 2003.
25. Abuamara S, Louis J, Guyara M, Lechevallier J. Infections osteo-articulaires de l'enfant. Revue de chirurgie orthopedique, 90, 703-713. 2004.
26. Hsin-Pei Y, Yun-An T, Su-Fen L, Pei-Hsin L, Tien-Yow C. The Challenge of Diagnosis Psoas Abscess. J Chin Med Assoc. 67: 156-159. 2004.
27. Anderson P, MacKay G, Mackenzie T. An unusual cause of swollen leg. WWW. Edu.rcsed.ac.uk.