

Absceso tuberculoso de psoas. Informe de un caso

Cor. M.C.J. Antonio Frías Salcedo,* M.M.C. Juan Manuel Díaz Santiago,** Cap. 1º Becario Extranjero de Nicaragua,***
Omar L. Carrillo Largaespada, M.M.C. Becario de Guatemala, Luis Demetrio González***

Hospital Central Militar. Ciudad de México.

RESUMEN. La tuberculosis es un problema de salud pública, prevalente en México, las manifestaciones extrapulmonares son frecuentes. El psoas se afecta cuando hay ruptura de abscesos de columna toracolumbar (mal de Pott); la afección primaria es rara. Presentamos el caso clínico de un paciente joven, en quien se encontró por cirugía un absceso solitario, granulomatoso primario del psoas derecho, sin lesiones en otro sitio. La etiología tuberculosa fue la más probable, dado los datos clínicos, epidemiológicos, histopatológicos y de imágenes (ultrasonido, tomografía computada, resonancia magnética y gammagrafía). Se inició tratamiento con rifampicina, pirazinamida, etambutol e isoniácida, con buena respuesta durante el seguimiento.

Palabras clave: absceso, psoas, tuberculosis, granuloma.

SUMMARY. Tuberculosis in Mexico is a public health problem. Extrapulmonary forms are frequent. Psoas is often affected by rupture of a thoracolumbar abscess (Pott's disease), otherwise it's affection is rare. We report a clinical case of a young patient, with solitary granulomatous psoas abscess without other lesions. Diagnosis was based upon clinical, epidemiological, histopathological and radiological data. Adequate response was obtained after surgical debridement and drug therapy.

Key words: psoas, tuberculosis, granuloma, abscess.

La tuberculosis es problema vigente de salud pública en Latinoamérica y en México.¹⁻³ La localización pulmonar es la más frecuente.⁴⁻⁵ De las formas extrapulmonares, el 35% corresponde al sistema músculo-esquelético, con afección a la columna en 50-60%.⁶ La región toracolumbar es con frecuencia la más afectada.⁷

La infección primaria se documenta con datos pulmonares en las radiografías de tórax en el 31% de los casos, en especial en niños y adultos jóvenes. En el 69% la primoinfección es asintomática, pasa desapercibida sin datos radiográficos y permanece en forma silenciosa focalizada en riñones, intestino, sistema nervioso central, huesos u otros órganos.⁸⁻⁹ La diseminación se realiza a través de linfáticos, sangre o por contigüidad. El plexo venoso paravertebral de Batson está implicado cuando se afectan segmentos vertebrales. Los cambios óseos aparecen entre dos y cinco meses después de la infección, usualmente la región subcondral de las vértebras son las primeras dañadas, y se extiende a por-

ciones anterior y lateral de sus cuerpos, hay colapso con xifosis, gibas y deformidades aparentes y salida de material caseoso que se disemina a los tejidos adyacentes musculares, ligamentos, pleura y otros tejidos blandos¹⁰⁻¹² al ser drenados los abscesos fríos oscifluentes a través de las fascias y compartimientos musculares. Esta es la forma más común en que el psoas se afecta.

La presencia del absceso primario del músculo psoas, de origen tuberculoso, uni o bilateral sin evidencia de daño vertebral, se explica porque la diseminación de los microorganismos fue por vía hematógena y en dicho sitio hubo focalización, o las lesiones fueron imperceptibles y difíciles de diagnosticar en los plexos venosos paravertebrales de las regiones lumbar o torácica.⁸⁻¹³

Caso clínico

Paciente masculino, de 16 años de edad, militar en el activo, originario de Tuxtepec, Oaxaca. Radica desde hace 8 meses en Torreón, Coah. Antecedentes patológicos sin importancia.

Evolución de un mes. Posterior a la realización de ejercicios físicos y levantar pesas, inicia con dolor lumbar de moderada intensidad, no incapacitante, que aumenta a los movimientos y a la digitopresión, sin irradiaciones, que se acompañó una vez de escalofríos, sin fiebre ni sudoración. Persistió la molestia lumbar por lo que fue evaluado en el

* Jefe del Comité de Infecciones.

** Jefe del Servicio de Infectología de Adulto.

*** Residente de la Especialidad.

Correspondencia:

Cor. M.C. J. Antonio Frías Salcedo

Serv. Infectología. Hospital Central Militar, México DF, 11649

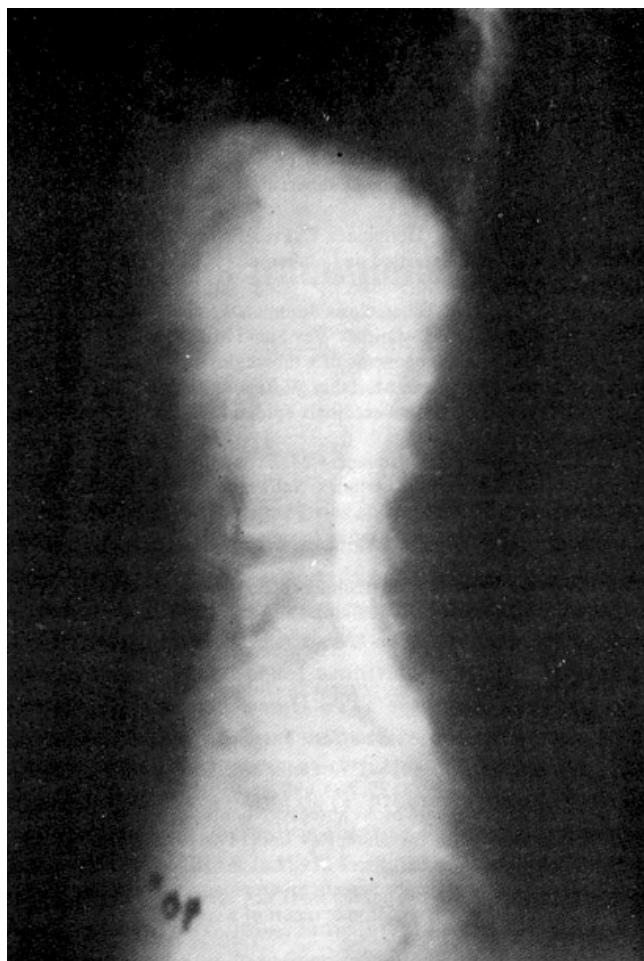


Figura 1.

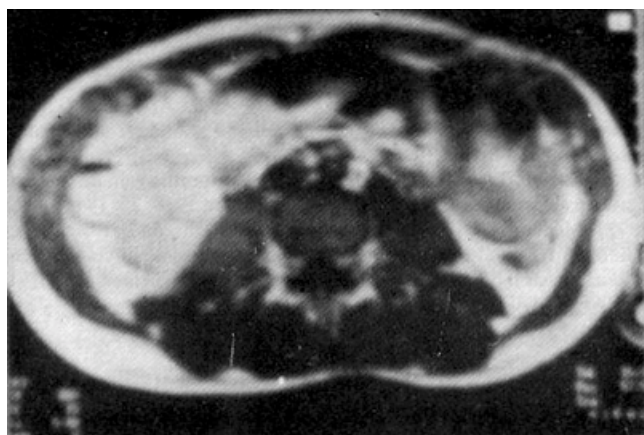


Figura 2.

Hospital Militar Regional de Monterrey, N.L. y referido al Servicio de Urología del Hospital Central Militar de México.

Al ingreso, los signos vitales fueron normales, y a la exploración no hubo datos de importancia, excepto el dolor a la palpación en región lumbar de predominio derecho. Estudios de laboratorio y gabinete. Leucocitos 6300, polimorfonu-

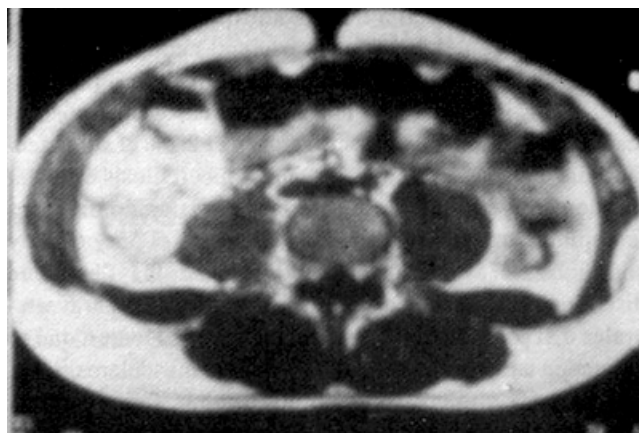


Figura 3.

cleares 57%, mononucleares 33%, hemoglobina 14.2 g/dl, plaquetas 396000. Urea, creatinina y glucosa normales. Examen general de orina pH 6, vogel I, leucos 0-1 xc, cel. epiteliales escasas. Urocultivo negativo. Tele tórax, simple abdomen y Rx de columna lumbosacra sin alteraciones. Urograma excretor, desplazamiento de uretero derecho, no se aprecia pelvis renal derecha. Vías urinarias izquierdas sin alteraciones. Pielografía ascendente. Sin evidencia de obstrucción. Probable compresión extrínseca de pelvis derecha. Ultrasonografía (USG) renal: masa dependiente de riñón derecho. Punción dirigida de la masa: se obtiene material purulento aproximadamente 5 ml, tinciones de Gram y Zhiel-Neelsen negativas. La citología fue negativa a malignidad y compatible con absceso. Cultivo para bacterias negativo.

Coccidioidina, histoplasmina y PPD negativos. Mielografía normal (Figura 1). Resonancia magnética nuclear, discreto aumento de tamaño del psoas derecho, con heterogeneidad de la señal (Figuras 2 y 3). Se realizó lumbotomía exploradora, con hallazgo de colección granulomatosa caseosa en polo superior de psoas derecho sin involucrar riñones. Se tomaron biopsias que reportaron tejido muscular: granulomas caseosos con células epiteloides tipo Langhans, abundantes linfocitos, tinciones para bacilos ácido resistentes negativas. Diagnóstico compatible con tuberculosis.

Discusión

El absceso del músculo psoas es poco frecuente, en el 55 al 73.7% de los casos es secundario a focos infecciosos de piel, huesos, aparatos genitourinario o abdominal.^{14,15}

Los datos clínicos más frecuentes son curso prolongado, superior a 30 días en el 64%; dolor lumbar 57-82%, o de cadera/inguinal 45%; fiebre 36 al 86%; leucocitosis y neutrofilia. La relación mujer:hombre es de 11:3. Los gérmenes involucrados son bacilos gramnegativos, anaerobios entéricos, polimicrobianos (18%) estafilococo dorado (18%) y *M. tuberculosis* 36%. Los casos primarios con frecuencia son estériles. La etiología de los abscesos de psoas está en relación directa con el sitio de origen ya sea de peritoneo, retroperitoneo, trauma, diseminación hematógena o linfática.¹⁴⁻¹⁸

Antes de la moderna terapia antifímica, el absceso de psoas ocurría en el 20% de los pacientes con tuberculosis espinal. Laube, en un estudio retrospectivo en Suiza entre 1990-1994, identificó en el 40% de los casos una tuberculosis extrapulmonar, y encontró que en el 2.2% el sitio afectado fue el psoas en forma aislada. La tuberculosis esquelética constituye el 35% de la enfermedad extrapulmonar y es la columna toracolumbar la afectada entre el 55 y 60%, y son niños el 78% de los enfermos. Cuando hay lesión de disco intervertebral, la diseminación a músculos paravertebrales o al psoas produce abscesos fríos oscifluentes, que se extienden a través de los planos y fascias musculares.¹²⁻¹⁶

Los datos clínicos son de dolor lumbar, fiebre de baja intensidad, escalofríos y pérdida de peso, velocidad de sedimentación elevada, evolución de 2 semanas a 3 años, PPD positivo. Los cultivos y biopsias de columna son negativos, déficit neurológico en 13% de los pacientes, la calcificación a largo plazo es la regla.¹⁴⁻¹⁷

La tomografía computada, (TAC), la resonancia magnética nuclear, el USG, y la gammagrafía con Tecnecio 99 o Galio 67 ayudan al diagnóstico al demostrar destrucción vertebral, colecciones o diseminación de las mismas,^{18,19} incluso en caso de que sea necesario la toma de muestras de tejido, drenaje percutáneo de abscesos han sido de utilidad para el abordaje guiado, en especial cuando se usan el ultrasonido y la tomografía computada.¹⁸⁻²¹

La biopsia para estudio citológico, histopatológico, tinciones y cultivos específicos dan las pautas para el diagnóstico; se deben correlacionar con los datos clínicos, epidemiológicos, inmunológicos o de biología molecular así como con pruebas terapéuticas, ya que es difícil que el cultivo de Löwenstein o las tinciones para búsqueda de micobacterias sean positivas.^{1-6,12-14,16-18}

Chen en Taipei, informó de un caso de absceso de psoas por micobacteria tuberculosa sin que tuviera lesiones pulmonares ni vertebrales, con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana asociada; el diagnóstico fue sospechado por imágenes de USG y TAC y confirmado por la aspiración guiada por USG y observación de bacilos acidorresistentes y cultivo positivo a *M. tuberculosis*. La lesión respondió a antifímicos y los estudios de control a los 10 meses fueron normales. Fam, en Canadá, informó de 7 casos de tuberculosis espinal, en los que en el 85% hubo le-

sión de tejidos blandos con predominio del psoas; se trataron con antifímicos y cirugía.^{14,18,21}

Referencias

1. Frías-Salcedo JA, Martínez-Cortez S. Distribución anatómica y factores de riesgo de 303 casos de tuberculosis. Rev Sanid Milit 1992; 46: 205-206.
2. Frías-Salcedo JA, Hernández Chávez E, Martínez-Cortez S. La broncoscopia en el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar. Rev Sanid Milit 1990; 44: 227-229.
3. Frías-Salcedo JA. Tuberculosis diseminada tratada con isoniácida y rifampicina diario, por nueve meses. Rev Sanid Milit 1990; 44: 116-117.
4. CDC. Essential components of a tuberculosis prevention and control program. Morbidity and Mortality W Report 1995; 44 (No. RR11).
5. WHO report on the tuberculosis epidemic, Geneve. Word Heart Organization 1997.
6. Laube I, Pfyffer GE, Kronauer CM. Extrapulmonary infection with Mycobacterium tuberculosis complex. Schweiz Med Wochenschr 1996; 126: 2968-2071.
7. Pui MH. False normal imaging in spinal tuberculosis. Clin Nuclear Med 1986; 11: 245-248.
8. Gorse GJ, Pais JM. Tuberculous spondylitis: a report of six cases and review of the literature. Medicine 1983; 62: 178-193.
9. Lifeso RM. Tuberculous spondylitis in adults. J Bone Joint Surgery 1985; 65: 1405-1413.
10. Schwaitzbert S. Psoas abscess in children. J Pediatr Surg 1985; 20: 339-345.
11. Lowe B. Primary psoas abscess. J Urology 1987; 137: 485-489.
12. Leu S. Psoas abscess: Clarifying patterns of diagnosis and etiology. Dis Colon Rectum 1988; 29: 694-698.
13. Gordin F. Pyogenic psoas abscess: Noninvasive diagnostic techniques and review of the literature. Rev Infect Dis 1983; 5: 1003-1010.
14. Chen YC, Chang SC, Hsieh WC, Luh KT, Shen MC. Non spinal psoas abscess due to Mycobacterium tuberculosis in a patient with acquired immunodeficiency syndrome: report of a case. J Formos Med Assoc 1994; 93: 433-436.
15. Ricci M. Psoas abscess complicating Crohn's disease. Am J Gastroenterol 1985; 80: 970-978.
16. Agha F. Psoas abscess in inflammatory bowel disease. Am J Gastroenterol 1985; 80: 924-928.
17. Salvatore A, Pavlosky M, Maxit M, de Wouters L, Valdivia H. Ileo-psoas muscle abscess. Medicina (B Aires) 1996; 56: 126-132.
18. Fam AG, Rubenstein J. Another look at spinal tuberculosis. J Rheumatol 1993; 20: 1731-1740.
19. Dinc H, Onder C, Turhan AU, Sari A, Aydin A, Yulung G. Percutaneous catheter drainage of tuberculous and nontuberculous psoas abscesses. Eur J Radiol 1996; 23: 130-134.
20. Kao PF, Tzen KY, Tsui KH, Yen TC. The specific gallium 67 scan uptake patterns in psoas abscesses. Eur J Nucl Med 1998; 25: 1442-1447.
21. Méndez N, Di Leonardo M, Sawicki M, Gancedo E, Rasgado A, Fainboim H. La ultrasonografía abdominal como método diagnóstico orientador en tuberculosis y/o micobacteriosis en pacientes con HIV. Rev Arg Radiol 1995; 59: 87-90.