



CASO 4-2013: Masculino 43 años. Absceso del Psoas en paciente con Enfermedad de Crohn



Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica. Fundado en 1845

ISSN
2215-2741

Reporte de Caso y Revisión de la Literatura

Recibido: 22/02/2013
Aceptado: 20/03/2013

Silvia Guillén Vindas¹
Guiselle Vindas Murillo²

¹ Medicina y Cirugía. Médica General

² Médica especialista en Gastroenterología. Servicio de Gastroenterología. Sección de Medicina. Hospital San Juan de Dios.

RESUMEN

La enfermedad de Crohn es una patología crónica que pertenece al grupo de las enfermedades inflamatorias intestinales. Su origen es desconocido, pero se cree que está asociada a un fenómeno inmunitario. Afecta principalmente el intestino delgado, la parte terminal o el íleon. Entre las complicaciones que se pueden presentar se encuentran el absceso del psoas y el absceso de la pared intestinal. El absceso de psoas constituye una entidad rara, asociada a diferentes enfermedades, cuyo diagnóstico es realizado mediante tomografía computarizada (TAC) y su tratamiento consiste en el drenaje quirúrgico y administración de antibióticos.

PALABRAS CLAVE

Enfermedad inflamatoria intestinal. Enfermedad de Crohn. Absceso del psoas.

ABSTRACT

Crohn's disease is a chronic entity that belongs to the group of inflammatory bowel diseases. Its etiology is unknown, but is believed to be caused by an immune component. Mainly, this disease affects the small intestine, primarily ileum. Among the complications that can occur, with intestinal manifestations of Crohn's disease, are the psoas abscess and intestinal wall. Psoas abscess is a rare condition associated with



different entities, whose diagnosis is made by the CAT scan and its treatment involves surgical drainage and antibiotics.

KEY WORDS

Inflammatory bowel disease. Crohn's disease. Psoas abscess.

CASO CLÍNICO

Masculino de 43 años, portador de enfermedad de Crohn diagnosticada en 1998, con osteoporosis secundaria al uso de esteroides y antecedente de resección del intestino delgado. Se encuentra en control en Hospital San Juan de Dios, en los servicios de gastroenterología y reumatología, por presentar espondiloartropatía seronegativa, secundaria a su Enfermedad de Crohn.

Ha tenido múltiples internamientos, primer ingreso al salón de gastroenterología en agosto del 2011, por cuadro de un mes y medio de astenia, adinamia, hiporexia, dolor abdominal, vómitos, deposiciones diarreicas pastosas con estrías sanguinolentas, sensación febril, lumbalgia y coxalgia derecha. Durante el internamiento se le realizó un tránsito gastrointestinal, que demostró importante distensión de asas de intestino grueso, con limitada valoración del delgado, en donde se observó engrosamiento simétrico y dilatación de pliegues, sin estenosis. US de abdomen con cambios inflamatorios del intestino distal en fosa iliaca derecha, con compromiso transmural y extensión al músculo psoas derecho y grasa circundante, con nodularidad de la mucosa intestinal. La esofagogastroduodenoscopia no mostró lesiones evidentes. La colonoscopia en la evidenció úlceras de íleon por Enfermedad de Crohn activa, con anastomosis de íleon transversal y hemorroides internas grado I. TAC de abdomen demostró tracto gastrointestinal con zonas focales de estenosis y engrosamiento focal de asas del íleon distal, con al menos dos trayectos fistulosos; uno con el íleon y otro con el colon descendente y comunicación al músculo psoas derecho a la altura de S1. Músculo psoas engrosado de aspecto heterogéneo hacia la porción anterior.

Fue egresado con el diagnóstico de enfermedad de Crohn activa fistulizante a músculo psoas y osteoporosis.

Segundo ingreso al salón de gastroenterología en setiembre del 2012 por cuadro de deposiciones diarreicas no sanguinolentas, asociado a astenia, adinamia, dolor abdominal, coxalgia derecha, desnutrición y anemia. Durante el internamiento se le realizó US de tejidos blandos y de abdomen con imagen sugestiva de colección en músculo psoas derecho, asociado a plastrón en fosa iliaca derecha. En la colonoscopia no fue posible la distensión de asas luego del límite de 60 cm del margen anal, con importante resistencia y sangrado leve, por lo que no se completó el examen. TAC de abdomen: en hipogastrio se observó asas con pared engrosada, con múltiples bandas de retracción y trayectos que comunican absceso iliaco derecho con sigmoides y otros trayectos fistulosos; además de patrón suboclusivo en asas intestinales. Músculo iliaco derecho y psoas con material denso y focos de gas que miden 44 x 81 x 120 mm y que se extiende hasta la región inguinal e inserción del músculo iliaco; donde también afecta vena iliaca externa con defectos de llenado por lo que se correlaciona con trombosis venosa profunda (Figura1).

Por los hallazgos anteriores fue llevado a sala de operaciones, donde se le realizó laparotomía exploratoria, encontrando absceso de músculo psoas con necrosis de éste. Posteriormente el paciente presentó choque séptico, por lo que fue reintervenido y se le realizó lavado quirúrgico, con resección parcial del íleon y colon sigmoides con ileostomía terminal. Se egresó con el diagnóstico de absceso del músculo psoas derecho, trombosis venosa profunda de vena iliaca externa, enfermedad de Crohn y desnutrición severa.

DISCUSIÓN

El presente artículo es una revisión acerca de la enfermedad de Crohn y su relación con la formación secundaria de un absceso del psoas. Esta tiene una baja incidencia a nivel nacional e internacional; sin embargo, ha cobrado gran importancia en los últimos años, por lo que al presentarse el único caso similar en el Hospital

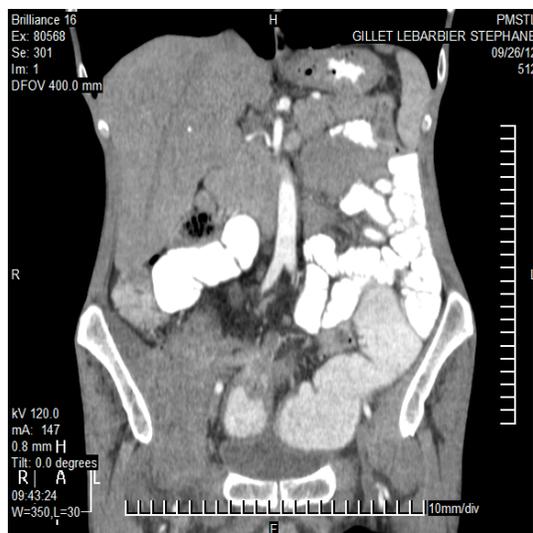


San Juan de Dios, es importante hacer una revisión sobre sus manifestaciones, diagnóstico y tratamiento, para así poder lograr un diagnóstico oportuno y un adecuado manejo en los futuros casos.

Enfermedad de Crohn

La enfermedad de Crohn (EC) o enteritis regional o colitis granulomatosa, es una enfermedad crónica que pertenece al grupo de las enfermedades inflamatorias intestinales, la cual es de origen desconocido, pero se cree que está producida por un componente inmunitario, donde el sistema inmune del paciente ataca su propio intestino produciendo inflamación y lesiones. La principal parte afectada en estos pacientes es el intestino delgado, principalmente la parte terminal o el ileon⁽¹⁾; sin embargo puede verse afectada cualquier parte del tracto gastrointestinal.

Figura 1. TAC que evidencia imagen de absceso a nivel del cuadrante superior derecho del colon, con abundante gas en su interior.



Fuente propia

Fue descrita por primera vez por Giovanni Battista Morgagni en 1898; pero fue publicada por primera vez en 1932 por Burrill Bernard Crohn. Se desconoce su origen exacto, pero se encuentra asociado a factores genéticos y ambientales. Entre las complicaciones que se pueden presentar con las manifestaciones

intestinales se encuentran el absceso de psoas y de la pared intestinal; así como la osteomielitis⁽²⁾.

Etiología

El absceso de psoas (AP) es una entidad rara⁽⁵⁾, y puede clasificarse como primario o secundario, dependiendo de la presencia o ausencia de otras enfermedades de fondo. El absceso de psoas primario es el que se forma de un foco de infección oculto y casi siempre se da por diseminación hematogena⁽⁶⁾; mientras que el absceso secundario se produce a partir de una patología ya existente, con un foco infeccioso como lo es en la enfermedad de Crohn.

La bacteria que con mayor frecuencia se encuentra en los abscesos primarios es el *S. aureus*, en un 88.4% de los casos, mientras que en los abscesos secundarios predominan los organismos entéricos comunes, como lo son las especies de *Streptococcus* en un 4.9%, seguidos en un menor porcentaje por *E. coli* en un 2.8%⁽⁷⁾, *M. tuberculosis* y otras especies.

Epidemiología

En cuanto a su distribución por géneros, se ha visto que en el absceso primario se presenta con mayor frecuencia en el género masculino, mientras que el absceso secundario no presenta ninguna distribución particular por género⁽³⁾. El 50% de los abscesos primarios ocurre durante la primera década; mientras que los abscesos secundarios tienen una distribución similar después de los primeros diez años. En la EC la incidencia es aparentemente mayor en los pacientes con afección colónica que en los que presentan compromiso ileocecal⁽⁴⁾.

Manifestaciones Clínicas

La presentación clínica del absceso del psoas es variable e inespecífica y depende de la causa que los produzca. Sin embargo, la triada clásica es fiebre, dolor lumbar y claudicación de la marcha⁽⁶⁾. Como el músculo psoas se encuentra inervado por las raíces L2, L3 y L4 el dolor lumbar puede irradiar hacia la cadera o al muslo.

Otros síntomas vagos que se pueden presentar son dolor abdominal, malestar general, náuseas y



pérdida de peso. También puede tener síntomas genitourinarios, alteración del hemograma con anemia y del leucograma con leucocitosis.

Al examen físico presenta usualmente dolor a la palpación en fosa iliaca de predominio derecho, con un 20% de los pacientes que presentan masa abdominal⁽⁸⁾; además pueden presentar signo de psoas positivo, con crepitación de la articulación, alteración de la marcha y deformidad de la cadera afectada. También puede encontrarse trombosis venosa, la formación de hidronefrosis o la formación de otros abscesos concomitantes.

Diagnóstico

La sospecha clínica debe tenerse en todo paciente portador de EC, con sintomatología inespecífica, ya sea intestinal o extraintestinal. Por lo que es importante realizar exámenes generales como el hemograma completo y las radiografías simples de abdomen. Estos pacientes usualmente se presentan con cierto grado de anemia y leucocitosis; pero además presentan niveles elevados de proteína C reactiva (PCR) y la velocidad de eritrosedimentación (VES).

La radiografía simple de abdomen no es una técnica apropiada para el diagnóstico de complicaciones extraintestinales de la EC o absceso de psoas, sin embargo puede ser de utilidad para la detección de anomalías en la mucosa intestinal, así como la naturaleza y extensión de la enfermedad de Crohn.

Ninguno de estos exámenes son absolutamente sensibles o específicos para el diagnóstico definitivo de absceso de psoas, pero sí ayudan a excluir otras patologías.

En cuanto a otras técnicas de imágenes, se ha planteado la posibilidad diagnóstica con el ultrasonido de abdomen. Es la primera técnica utilizada ya que es de menor costo y no requiere irradiación, sin embargo, sigue siendo operador dependiente, no tiene gran penetración hacia el espacio retroperitoneal y el estudio puede ser interferido por la presencia de gas intestinal, por lo que solo tiene un 60% de éxito diagnóstico.

La TAC es el “estándar de oro” para realizar el diagnóstico de absceso de psoas⁽⁶⁾, ya que tiene

una mejor visualización de los tejidos que las radiografías o el ultrasonido y puede definir mejor la presencia de gas. La resonancia magnética nuclear (RMN) también puede ser utilizada como método diagnóstico, tiene mejor visualización y mayor discriminación de tejidos y la presencia de gas que la TAC, sin embargo sigue siendo una técnica costosa en nuestro medio, por lo que se sigue prefiriendo a la TAC.

También es importante la realización de cultivos de la secreción del absceso, para aislar el agente etiológico y administrar el tratamiento farmacológico específico⁽⁹⁾.

Tratamiento

Involucra tanto el uso de antibióticos apropiados para el organismo patógeno como el drenaje del absceso.

En cuanto a la terapia antibiótica, una vez que se ha hecho el diagnóstico se debe iniciar cobertura con antibióticos de amplio espectro, hasta que se obtenga el cultivo y se aisle el microorganismo causal, para en este momento cambiar la cobertura para el patógeno específico. Si se trata de un absceso del psoas primario, como usualmente se encuentran colonizados por *S. aureus*, se puede iniciar tratamiento antibiótico específico para este patógeno antes de recibir el cultivo; sin embargo como el absceso secundario presenta una etiología tan variada, se inicia cobertura empírica con clindamicina, penicilina o un aminoglicósido y después se reajusta el esquema terapéutico⁽⁶⁾.

Para el drenaje del absceso se habla de dos formas principales de hacerlo, una de manera percutánea guiada por TAC o la segunda por medio de drenaje quirúrgico.

Como método de drenaje principal se tiene el realizado de manera percutánea; ya que el drenaje quirúrgico se recomienda solo cuando una de las tres siguientes situaciones se presenta⁽⁶⁾:

- Fallo en la realización del drenaje percutáneo.
- Presencia de alguna contraindicación para la realización del drenaje percutáneo.



- Presencia de otra patología intraabdominal que requiera tratamiento quirúrgico.

Esto debe ser tomado en cuenta ya que el drenaje percutáneo representa un menor riesgo para el paciente; así como una más pronta mejoría.

En los pacientes con enfermedad de Crohn que presentan un absceso y que además necesitarían la resección de una parte del intestino, el drenaje quirúrgico sigue siendo la primera opción. Sin embargo, si la condición general del paciente no es la óptima para ser sometido a un proceso quirúrgico, lo indicado es realizar un drenaje percutáneo más la administración de antibioticoterapia y una vez que el paciente se encuentre en mejor estado, realizar el drenaje quirúrgico.

CONCLUSIONES

Según la literatura revisada, los abscesos intraabdominales asociados a EC tienen una incidencia de aproximadamente 10 a 30% de los pacientes portadores de esta enfermedad⁽¹⁾; donde el principal absceso muscular se encuentra en el músculo psoas, seguido por glúteos y en un menor porcentaje se pueden encontrar abscesos hepáticos, raquídeos y presacros⁽¹⁰⁾.

El AP como tal se presenta sobre todo en pacientes con EC con más de 7 años de evolución de su enfermedad, los cuales ya tienen afectación intestinal extensa y que han recibido por largo tiempo terapia con corticoesteroides.

Los abscesos pueden ser clasificados como primarios o secundarios dependiendo de su origen y etiología; donde los primarios se forman a partir de la diseminación hematogena de un foco desconocido por lo que el *S. aureus* es el principal agente, mientras que los secundarios se forman a partir de una infección de una enfermedad preexistente por lo que su etiología es más variada.

Sus manifestaciones clínicas varían dependiendo de su origen, pero mantienen una triada clásica, por lo que siempre debe plantearse como un posible diagnóstico, principalmente en los pacientes portadores de EC que se encuentran

más vulnerables a desarrollar esta tipo de complicaciones.

También se encontró, en un solo caso, una asociación del absceso con la formación de hidronefrosis secundaria al atrapamiento del uréter o la formación de trombosis venosa profunda.

En nuestro paciente, el cual es portador de EC, se puede decir que el absceso que desarrolló fue secundario a su enfermedad de fondo y como se pudo ver, presentó dos síntomas de la triada clásica, como lo son el dolor lumbar y abdominal y la fiebre. Además su diagnóstico se realizó con el método estándar, que es la TAC; sin embargo en ningún momento se logró realizar un cultivo de la secreción del absceso por lo cual no se puede decir su etiología exacta. Por otra parte, el paciente desarrolló trombosis de la vena iliaca externa y estenosis ureteral distal derecha.

En cuanto a su manejo, fue llevado a sala de operaciones donde se le realizó drenaje de absceso y resección intestinal, lo cual según lo investigado fue la mejor decisión de tratamiento, pero además, recibió tratamiento antibiótico con cefotaxime y metronidazol por 7 días y agregó meropenem por 7 días más, por lo que al final su manejo fue el adecuado para un absceso de psoas secundario a una enfermedad de Crohn.

Todo paciente portador de enfermedad de Crohn que inicie con sintomatología inespecífica debe ser valorado por un posible absceso de psoas, en el cual deben ser realizados estudios como lo son el hemograma completo, ultrasonido de abdomen y TAC. De tratarse de un absceso, éste debe ser manejado de la manera más rápida y eficaz, con tratamiento antibiótico empírico y drenaje oportuno, ya sea percutáneo o quirúrgico. Todo esto para un mejor desenlace de la patología y para una pronta mejoría del paciente.



BIBLIOGRAFÍA

1. Christodoulou D Tzambouras N Katsanos K Familias I Tsamboulas K Tsianos E. *Psoas fistula and abscess in a patient with Crohn Disease presenting as claudication and hip arthritis*. Annals of Gastroenterology 2001;14(4):314-318.
2. Brenner HI Fishman EK Harris ML Bayless TM. *Musculoskeletal complications of Crohn's Disease: the role of computed tomography in diagnosis and patient management*. Orthopedics 2000;23(11):1181-1185.
3. Arai Y Kawakami T Soga H Okada Y. *Psoas abscess associated with iliac vein thrombosis and piriformis and gluteal abscesses*. Int J Urol 1999;6(5):257-259.
4. Keighley MR Eastwood D Ambrose NS Allan RN Burdon DW. *Incidence and microbiology of abdominal and pelvic abscess in Crohn's disease*. Gastroenterology 1982;83(6):1271-1275.
5. Van den Berge M De Marie S Kuipers T Jansz AR Bravenboer B. *Psoas abscess: report of a series and review of the literature*. Neth J Med 2005;63(10):413-416.
6. Mallick IH Thoufeeq MH Rajendran TP. *Iliopsoas abscesses*. Postgrad Med J 2004;80(946):459-462.
7. Gruenwald I Abrahamson J Cohen O. *Psoas abscess: case report and review of the literature*. J Urol 1992;147(6):1624-1626.
8. Marks RD Tie M Roberts-Thomson IC. *Images of interest. Gastrointestinal: psoas abscess*. J. Gastroenterol Hepatol 1999;14(7):737.
9. Leu SY Leonard MB Beart RW Jr Dozois RR. *Psoas abscess: changing patterns of diagnosis and etiology*. Dis Colon Rectum 1986;29(11):694-698.
10. Zapata E Cosme A Ojeda E Poch M Arriola A. *Psoas abscess complicating Crohn's disease: review of 5 cases*. Rev Esp Enferm Dig 2006;98(5):393-395.