



REPORTE DE CASO

ABSCESO DEL PSOAS EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN

Silvia Guillén Vindas *

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 músculo psoas y 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 y absceso de psoas

Summary:

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 abscess in the psoas muscle and in the intestinal wall. Psoas abscess is a rare condition associated with different entities, whose diagnosis is made by CAT scan and its treatment involves surgical drainage and antibiotics.

Keywords:

Inflammatory bowel disease, Crohn's disease and psoas abscess

* Médico general del Área de Salud de Coronado
Teléfono 25182051, celular 87100212, correo electrónico silviaguillen14@hotmail.com

Recibido para publicación: 14 de noviembre de 2013. **Aceptado:** 15 de febrero de 2014



CASO CLÍNICO

Masculino de 43 años, portador de enfermedad de Crohn diagnosticada en 1988, 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 diarreas pastosas con estrías sanguinolentas, sensación febril, lumbalgia y coxalgia derecha. Durante el internamiento se le realizó ultrasonido de abdomen que demostró 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 esofagoduodenoscopia no demostró lesiones; mientras que la colonoscopia evidenció úlceras de íleon por enfermedad de Crohn activa, con anastomosis de íleon transversal y hemorroides internas grado I. El tránsito gastrointestinal demostró importante distensión de asas de intestino delgado donde se observó engrosamiento simétrico y dilatación de pliegues sin estenosis. 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 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 diarreas 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 en músculo psoas derecho, asociado a plastrón en fosa ilíaca derecha. En la colonoscopia no fue posible la distensión de asas luego del límite de los 60 cm del margen anal, con importante resistencia y sangrado leve, por lo que no se completó el examen. TAC de abdomen demostró en hipogastrio 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 la vena iliaca externa con defectos de llenado por lo que se correlaciona con trombosis venosa profunda (Figura 1).

Figura 1



Fig 1. TAC que evidencia absceso de psoas con gas en su interior



Por los hallazgos anteriores fue llevado a sala de operaciones, donde se le realizó laparotomía exploratoria, encontrando absceso de músculo psoas con necrosis de este. Posteriormente el paciente presentó choque séptico, por lo que fue reintervenido y se le realizó lavado quirúrgico, con resección parcial del ileon 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 e 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 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⁽⁴⁾; sin embargo puede verse afectada cualquier parte del tracto gastrointestinal.

Fue descrita por primera vez por Giovanni Battista Morgagni en 1898; pero fue publicada hasta 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 en esta enfermedad se encuentran las fístulas, los abscesos; así como la osteomielitis⁽³⁾. En cuanto a las fístulas y los abscesos son complicaciones reconocidas que se pueden llegar a producirse entre un 10 – 30% y principalmente en los pacientes inmunosupresos; donde los abscesos de psoas son los principales y los de glúteos y muslos son raros⁽¹²⁾.

Etiología

El AP es una entidad rara⁽¹³⁾, y puede clasificarse como primario o secundario. Dependiendo de la presencia o ausencia de otras enfermedades de fondo. El absceso primario es el que se forma de un foco de infección oculto y casi siempre se da por diseminación hematológica⁽¹⁰⁾; mientras que el absceso secundario se produce a partir de una patología ya existente, con un foco infeccioso como lo es la enfermedad de Crohn.

La bacteria con mayor frecuencia que 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%, *M. tuberculosis* y otras especies⁽⁶⁾.

Epidemiología

En cuanto a su distribución por géneros, se ha visto que el absceso primario se presenta con mayor frecuencia en el género masculino, mientras que el absceso secundario no presenta ninguna distribución particular por género⁽¹⁾. El 50% de los abscesos primarios ocurren 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⁽⁸⁾.

Manifestaciones clínicas: la presentación clínica del absceso del psoas es variable es inespecífica y depende de la causa que lo produzca. Sin embargo; la triada clínica clásica es fiebre, dolor lumbar y claudicación de la marcha⁽¹⁰⁾. 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, alteraciones 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 una masa abdominal ⁽¹¹⁾; 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, 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 y velocidad de eritrosedimentación.

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 si 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 o intervención, sin embargo, sigue siendo operador dependiente, no tiene gran penetración hacia espacio retroperitoneal y el estudio puede ser interferido por la presencia de gas intestinal por lo que sólo tiene un 60% de éxito diagnóstico.

La TAC es el "estándar de oro" para realizar el diagnóstico de absceso de psoas ⁽¹⁰⁾, 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 también puede ser utilizada como método diagnóstico, tiene mejor visualización y mayor discriminación de tejidos y presencia de gas que la TAC, sin embargo sigue siendo una técnica costosa en nuestro medio, por lo que sigue siendo preferida la TAC. La enterografía de rayos X es otro método que se encuentra disponible para demostrar los cambios característicos de la enfermedad de Crohn en la que se pueden evidenciar úlceras, pero es difícil para demostrar la pared intestinal y extraintestinal, masa inflamatoria y abscesos ⁽¹⁵⁾. La fístula entero-es fácil demostrar la fístula intestinal y absceso intraabdominal. 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 de absceso se debe iniciar cobertura con antibióticos de amplio espectro, hasta que se obtenga cultivo y se aisle el microorganismo causal, para en ese momento cambiar la cobertura para el patógeno específico. Si se trata de un AP primario, como usualmente se encuentran colonizados por *S. aureus*, se puede iniciar tratamiento antibiótico específico para este patógeno antes de recibir el resultado del 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 ⁽¹⁰⁾.

Para el drenaje del absceso se ha convertido en el método más popular de manejo ⁽²⁾, se habla de dos formas principales de hacerlo, la primera 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 ⁽¹⁰⁾:

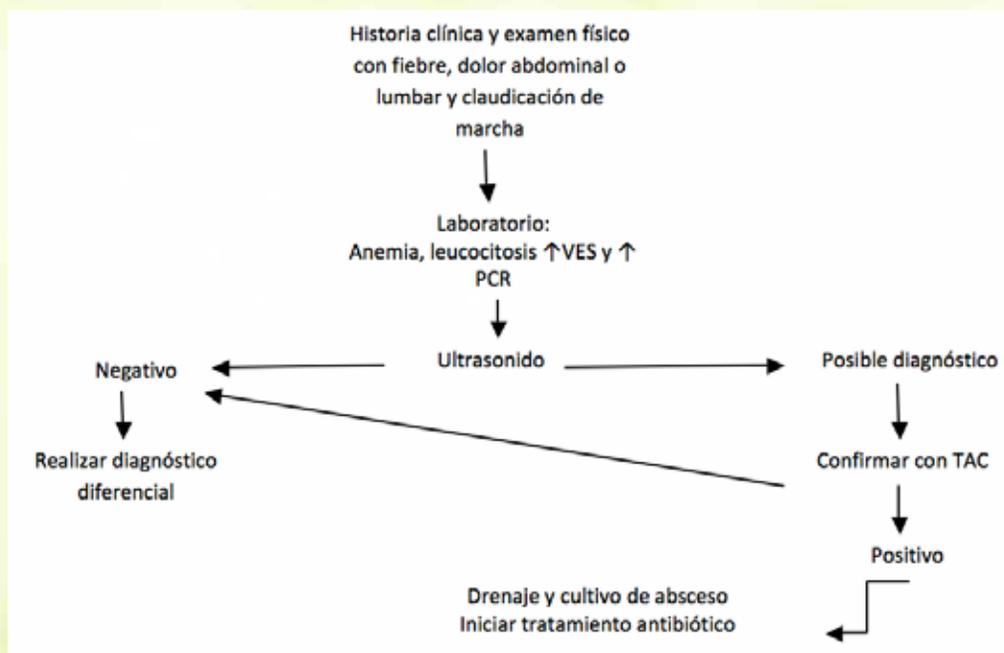
- Fallo en la realización del drenaje percutáneo
- Presencia de alguna contraindicación para la realización del drenaje percutáneo
- Presencia de otra patología intraabdominal que requiera tratamiento quirúrgico

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

En los pacientes con enfermedad de Crohn que presentan un absceso y que además necesitarían la resección de una parte de intestino, el drenaje quirúrgico sigue siendo la primera opción. Este es más utilizado hoy en día es mediante la realización de una sola incisión laparoscópica a nivel de la pared abdominal, reduciendo el número de incisiones y mejorando la morbi – mortalidad postoperatoria ⁽⁵⁾. 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.

Otro dato de gran importancia al considerar el drenaje quirúrgico y resección de intestino es la morbi-mortalidad con la posible dehiscencia de la anastomosis, el desarrollo de otros abscesos intra-abdominales o fístula enterocutáneas; las cuales van a requerir un tratamiento más agresivo y hospitalización más prolongada ⁽⁷⁾.

Flujograma para el diagnóstico y tratamiento del absceso de psoas



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 ⁽³⁾; donde el principal absceso muscular se encuentra en el músculo psoas, seguido por glúteos y en menor porcentaje se pueden encontrar abscesos hepáticos, raquídeos y presacros ⁽¹⁴⁾.

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 diseminación hematógena 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 mantiene 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 este tiempo de complicaciones.

También se encontró, en un solo caso, una asociación del absceso con la formación de hidronefrosis secundaria a 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 el TAC, sin embargo en ningún momento se logró realizar un cultivo de la secreción del absceso por lo cual no se pudo definir su etiología exacta. Por otra parte, el paciente desarrolló trombosis de la vena iliaca externa y estenosis ureteral distal derecha.

En cuanto al manejo, fue llevado a sala de operaciones donde se le realizó drenaje de absceso y resección intestinal, lo cual según la literatura 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 adecuado para un absceso de psoas secundario a una enfermedad de Crohn.

Todo paciente portador de EC que inicie con sintomatología inespecífica debe ser valorado por un posible absceso de psoas, en el cual deben ser realizados estudios como lo son 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 una pronta mejoría del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. Ananthakrishnan AN, McGinley CI. Treatment of intra-abdominal abscesses in Crohn's disease: a nationwide analysis of patients and outcomes of care. *Dig Dis Sci.* Julio 2013;58(7):2013-8.
3. 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.
4. 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.
5. Gardenbroek TJ, Tanis PJ, Buskens CJ, Bemelman WA. Surgery for Crohn's disease: new developments. *Dig Sug.* 2012;29(4):275-80.
6. Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O. Psoas abscess case report and review of the literature. *J Urol.* 1992;147(6):1624-1626.
7. Kanazawa A, Yamana T, Okamoto K, Sahara R. Risk factors for postoperative intra-abdominal septic complications after bowel resections in patients with Crohn's disease. *Dis Colon Rectum.* Setiembre 2012;55(9):957-62.
8. 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.
9. Leu SY, Leonard MB, Beart RW, Dozois RR. Psoas abscess: changing patterns of diagnosis and etiology. *Dis Colon Rectum.* 1986;29(11):694-698.
10. Mallick IH, Thoufeeq MH, Rajendran TP. Iliopsoas abscesses. *Postgrad Med J.* 2004;80(946):459-462.



11. Marks RD, Tie M, Roberts – Thompson IC. Images of interest. Gastrointestinal: psoas abscess. *J Gastroenterol Hepatol.* 1999;14(7):737.
12. Teeple TJ, Tabibian JH. Mesenteric abscess in Crohn's disease. *New England Journal and medicine.* 2013;368(7):663.
13. Van de Berge M, De Marie S, Kulpers T, Jansz AR, Bravenboer B. Psoas abscess: report of a series and review of the literature. *Neth J Med.* 2005;63(10):413-416.
14. 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.
15. Zhu Q-Q, Wang Z-Q, Wu J-J, Wang S-A. Assessment of diagnostic values of CT and x-ray enterography for small intestinal Crohn disease. *Mayo* 2013;16(5):443-47.