

Absceso primario del músculo psoas-iliaco por *Staphylococcus aureus* resistente a metilicina

Tosco Núñez, T¹; Bolaños Rivero, M¹; Hernández Guedes, C²; Martín Sánchez, AM¹

¹Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

²Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

RESUMEN

El absceso de psoas es una entidad clínica diagnosticada cada vez con mayor frecuencia en los últimos años, debido a la mejora de las técnicas de imagen y al incremento de la población susceptible, como ancianos, pacientes inmunodeprimidos o con otras comorbilidades asociadas¹. Presentamos el caso de un paciente que es trasladado desde otro centro hospitalario por presentar shock séptico secundario a gastroenteritis por *Salmonella spp.* y bacteriemia por *S. aureus* resistente a metilicina (SARM) que no mejoraba con tratamiento antibiótico de amplio espectro (piperacilina-tazobactam desde hacía 12 días y vancomicina y tobramicina desde hacía 6 días).

Caso Clínico

Varón de 65 años, con antecedentes de diabetes mellitus controlada con dieta, asma bronquial y hernia discal. A su llegada a Urgencias, se encontraba consciente, con una tensión arterial de 127/66 mmHg, frecuencia cardiaca de 122 lpm, temperatura de 37°C, con edemas generalizados que dejaban fovea y un importante trabajo respiratorio con tiraje abdominal. En el hemograma se observaba una pancitopenia (hemoglobina de 7.0 g/dl, leucocitos de $1.80 \times 10^3/\mu\text{L}$ y plaquetas de $22.0 \times 10^3/\mu\text{L}$) y la

bioquímica presentaba fracaso renal agudo (urea de 117.0 mg/dl y creatinina de 1.31 mg/dl) y desnutrición (albúmina de 1.3 g/dl y proteínas totales de 4.7 g/dl). No había ningún dato más destacable de la analítica, siendo la gasometría normal.

Debido al empeoramiento progresivo del paciente, precisó ingreso en la Unidad de Medicina Intensiva. Se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominopélvica con contraste identificándose una colección adyacente a la cara anterior del psoas derecho compatible con absceso, moderado

derrame pleural bilateral, lesiones cavitadas intraparenquimatosas sugestivas de émbolos sépticos pulmonares y signos de edema generalizado de tejido celular subcutáneo. También se realizó una ecografía del miembro inferior derecho por presentar gran celulitis, donde se observaron signos de edema en la grasa del tejido celular subcutáneo de cara anteromedial sin identificar colección susceptible de drenaje y tampoco afectación muscular. Tras 72 h, se realizó una ecocardiografía donde no se evidenció signo de endocarditis con función ventricular conservada.

A los seis días, se realizó otra TC abdominopélvica con contraste donde se descartaron signos radiológicos de osteomielitis y el absceso de psoas no presentaba cambios. También se procedió a realizar una punción con aguja gruesa de la pequeña lesión hipoeoica del músculo psoas derecho obteniendo aproximadamente 5 cc de un líquido de aspecto sanguinolento que se remitió para estudio microbiológico, no pudiéndose drenar ni dejar un catéter. Tanto de esta muestra como de los hemocultivos se aisló SARM. El tratamiento empleado fue daptomicina 350 mg/d. Debido al precario estado del paciente y la dificultad/agresividad que hubiera presentado un drenaje quirúrgico por vía abdominal se decidió no proceder con la intervención quirúrgica.

La situación clínica de shock séptico siguió deteriorándose, pre-

CORRESPONDENCIA:

Antonio Manuel Martín Sánchez
Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.
Avda. Marítima del Sur, s/n. 35016
Las Palmas de Gran Canaria. España.
Teléfono: 928441763
Fax: 928441863
E-mail: amartin@dcc.ulpgc.es

sentando múltiples complicaciones hasta que finalmente falleció tras 19 días, en fallo multiorgánico.

Discusión

Se diferencian abscesos primarios y secundarios del músculo psoas-iliaco. Los abscesos primarios se deben a una bacteriemia inicial distante al músculo psoas y los secundarios aparecen cuando la infección previa ocurre sobre las estructuras adyacentes (ósea, genitourinaria o intestinal) al músculo con diseminación al mismo por contigüidad². En 2009, se publicó la mayor serie de casos de abscesos de psoas donde se recoge que

el microorganismo más frecuentemente aislado fue *Staphylococcus aureus*, tanto en los abscesos primarios como en los secundarios a infecciones esqueléticas (42,9% y 35,2%, respectivamente); y de estos, sólo el 4,3% de los aislados fueron resistentes a la metilicina. Otros patógenos son *Escherichia coli*, *Bacteroides spp*, *Enterococcus faecalis* o *Mycobacterium tuberculosis*³.

La prueba diagnóstica de elección es la tomografía computarizada con contraste que además nos proporciona datos sobre su localización y sobre otros procesos que pudieran relacionarse. El tratamiento de elección debe asociar el drenaje del absceso y la antibioterapia empírica

de amplio espectro e inicio precoz, con las pertinentes modificaciones posteriores según los resultados de hemocultivos o cultivo del líquido drenado. El drenaje percutáneo guiado por TC o ecografía, ha sustituido al drenaje quirúrgico que sólo se realizará cuando fracase el drenaje percutáneo o sea precisa la intervención del proceso de origen^{1,4,5}.

En resumen, el absceso de psoas es una entidad clínica cada vez más frecuente cuyo agente causante principal en los abscesos primarios y en los secundarios a infecciones esqueléticas es el *Staphylococcus aureus* siendo poco frecuente que sea resistente a la metilicina como ocurrió en nuestro caso.

BIBLIOGRAFIA

1. **Penado S, Espina B, Campo JF.** Absceso de psoas: descripción de una serie de 23 casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001; 19: 257-260.
2. **Navarro López V; Meseguer Ruiz V.** Absceso del músculo psoas: ¿primario o secundario? *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2002; 20:235.
3. **Navarro López V, Ramos JM, Meseguer V, Pérez Arellano JL, Serrano R, García Ordóñez MA,** et al. Microbiology and outcome of iliopsoas abscess in 124 patients. *Medicine (Baltimore).* 2009; 88: 120-30.
4. **Pérez Herbón M, Rodríguez Constenla, Lado Lado FL; Rodríguez López I.** Absceso primario de psoas. *An Med Interna* 2004; 21: 64-65.
5. **Laguna P, Moya M.** Absceso del músculo psoas: análisis de 11 casos y revisión de la bibliografía. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1998; 16:19-24.