

Historia Clínica

 SECCIÓN A CARGO DE ELIZABETH SAPIA^a

 NOELIA BUR^b, ANTONELA RAVETTINO^b, LUCILA PETRILLO^c, FERNANDA LASCANO^d

DATOS PERSONALES

Apellido y nombre: L.F.

Edad: 4 años y 1 mes

Motivo de consulta: Síndrome febril asociado a dolor e impotencia funcional de miembro inferior derecho.

Motivo de internación: Sospecha de artritis séptica.

Enfermedad actual: Paciente de 4 años de edad, previamente sana, presenta síndrome febril de 72 horas de evolución asociado a impotencia funcional y dolor en miembro inferior derecho, cursando catarro de vía aérea superior. Consulta en hospital zonal donde realizan radiografía de miembros inferiores –según referencia materna normal– e indican control ambulatorio.

A las 48 horas consulta al Departamento de Urgencia del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (HNRG). La paciente persiste febril con aumento del dolor e imposibilidad de deambulación. Es valorada por traumatología con presunción de artritis séptica de cadera derecha. Se realiza artrocentesis obteniéndose escaso líquido serohemático, se envía muestra para cultivo y se decide su internación para diagnóstico y tratamiento.

ANTECEDENTES PERSONALES

- Perinatólogo: G7/P7. Embarazo controlado. Serologías negativas. RNT (39 semanas/PAEG (4,000 gramos). Programa de pesquisa neonatal, fondo de ojo y otoemisiones acústicas: dentro de límites normales. Realiza controles periódicos en Centro de Salud en Ezeiza.
- Condiciones socioeconómicas: vivienda de material con necesidades básicas satisfechas.
- Vacunas completas.

- Internación a los 7 meses de vida por bronquiolitis sin rescate microbiológico, con requerimiento de oxígeno suplementario por 8 días.

EXAMEN FÍSICO AL INGRESO

Paciente en regular estado general, con facies dolorosa. Vigil, reactiva y conectada.

Clínica y hemodinámicamente compensada. Normohidratada.

Frecuencia cardíaca: 140 lat/min, taquicárdica. Frecuencia respiratoria: 40/min. Taquipneica. Saturación: 98% aire ambiente. Afebril. Antropometría: Peso 13,500 kg (pc 3-10).

Buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados. R1 R2 en 4 focos, silencios libres. Pulsos periféricos palpables y simétricos. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación con dificultad en la localización específica del dolor a predominio en hemiabdomen derecho. Ruidos hidroaéreos presentes. Diuresis y catarsis conservadas. Dolor en miembro inferior derecho, que aumenta con la movilización pasiva y activa.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- **Laboratorio:** Leucocitosis con fórmula desviada a la izquierda (GB 20.000/mm³) con aumento de Proteína C Reactiva (222 mg/L). Función renal y hepática dentro de límites normales. Sedimento urinario: células redondas escasas, células planas regulares, leucocitos 3-6, hematíes 1-3, no se observan pirocitos y escaso mucus (normal).
- **Hemocultivos x 2:** *Staphylococcus aureus* sensible a oxacilina, rifampicina, teicoplanina, trimetoprima-sulfametoxazol y vancomicina.
- **Imágenes:**
 - **Ecografía de caderas:** se exploran ambas caderas por vía anterior, observando leve despegamiento de la cápsula derecha con líquido hipocogénico en su interior, con espacio capsular derecho de 4,6 mm e izquierdo de 1,6 mm.
 - **Ecografía abdominal:** Dentro de límites

a. Médica pediatra de planta. Unidad 8. HNRG.

b. Residente de segundo año de Clínica Pediátrica.

c. Residente de cuarto año de Clínica Pediátrica.

d. Jefa de Residentes.

normales. Ambos músculos psoas de estructura miofibrilar conservada al momento del estudio.

- **Radiografías de caderas frente y perfil:** Normal (Figuras 1 y 2.)

PLANTEOS DIAGNÓSTICOS

- Artritis séptica.
- Osteomielitis.
- Absceso de psoas ilíaco.

EVOLUCIÓN

Al ingreso se realizan hemocultivos de sangre periférica y se inicia tratamiento antibiótico empí-

rico con ceftriaxona a 50 mg/kg/día y clindamicina a 40 mg/kg/día para la cobertura de los agentes etiológicos más probables: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* y *Streptococcus pyogenes*; así como gérmenes menos probables: *Kingella Kingae* y *Haemophilus influenzae*. Los hemocultivos resultan positivos para *Staphylococcus aureus* por lo que se modifica el esquema terapéutico a vancomicina 80 mg/kg/día como antibiótico bactericida de elección para diseminación hematogena del *Staphylococcus aureus* meticilino resistente hasta la lectura del antibiograma.

A las 24 horas de internación la paciente presenta mala evolución; persiste febril con aumento

Figura 1. Radiografía de caderas frente. No se evidencian lesiones óseas ni de partes blandas.



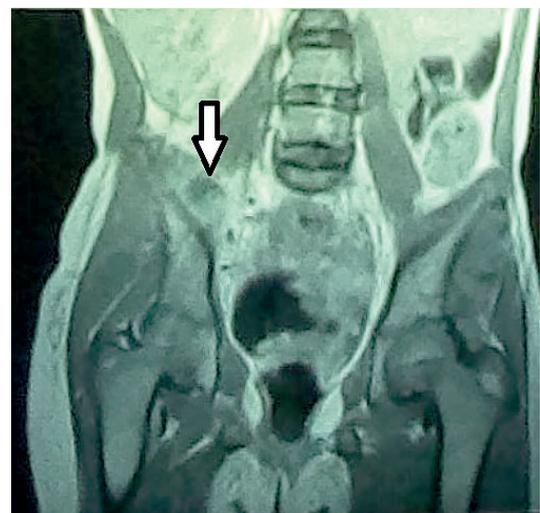
Figura 2. Radiografía de caderas perfil. No se evidencian lesiones óseas ni de partes blandas.



Figura 3. Corte transversal de RMN de pelvis. Se evidencia imagen compatible con colección a nivel de músculo ilíaco derecho.



Figura 4. Corte coronal de RMN de abdomen y pelvis. Imagen compatible con colección a nivel de músculo psoas iliaco.





del dolor abdominal y adopta una posición antálgica constante del miembro inferior derecho (flexión, abducción y rotación externa). Se decide realizar artrotomía de cadera derecha bajo anestesia general que no evidencia colección intra-articular. Se envía muestra de cápsula articular para anatomía patológica que informa fibrosis reactiva.

Se descarta el diagnóstico de artritis séptica y se plantean otros diagnósticos diferenciales como osteomielitis o absceso de psoas. Se solicita resonancia magnética de abdomen y pelvis con contraste (*Figuras 3 y 4*) que informa alteración de señal y morfología del músculo piramidal y raíz ilíaca del psoas derecho con colecciones asociadas, que realzan con contraste. Se acompaña de tenues cambios de señal en la articulación sacroilíaca derecha, con diagnóstico compatible de absceso de psoas derecho.

Ante este hallazgo se realiza drenaje quirúrgico del absceso bajo anestesia y se envía muestra de líquido para cultivo que resulta positivo para *Staphylococcus aureus*. El antibiograma de los hemocultivos obtenidos al ingreso y de la muestra del drenaje quirúrgico demuestra sensibilidad a oxacilina por lo que se adecúa tratamiento antibiótico a cefalotina 100 mg/kg/día. Se realizan hemocultivos de control que resultan negativos.

La paciente evoluciona favorablemente y logra deambular sin dolor. Cumple 10 días de tratamiento antibiótico parenteral desde el drenaje y continúa en seguimiento por consultorio de infectología y traumatología.

DIAGNÓSTICO AL EGRESO

- Absceso de psoas ilíaco derecho con bacteriemia secundaria, por *Staphylococcus aureus* metilino sensible.

COMENTARIO

El absceso de psoas ilíaco es una entidad poco frecuente y con una presentación clínica variable. Puede ser de inicio insidioso y relacionarse o no con fiebre. Se estima una incidencia de 0,4 en 100.000 pacientes y afecta con mayor frecuencia a varones.¹

La edad de presentación suele ser entre los 3 y los 9 años. Se clasifican en primarios –los más frecuentes– o secundarios. Los abscesos primarios ocurren por diseminación hematógena debido a la gran vascularización que presenta el músculo psoas ilíaco mientras que los secundarios se generan por contigüidad en la región o por propa-

gación directa de procesos infecciosos tales como enfermedad de Crohn, apendicitis, infecciones del tracto urinario, osteomielitis vertebral, artritis séptica y sacroileítis.²

Se han identificado diferentes factores de riesgo asociados para el desarrollo de esta entidad, como traumatismos previos, antecedentes recientes de procesos infecciosos, anemia, desnutrición, hemodiálisis e inmunodeficiencias primarias o secundarias.

El agente etiológico de esta entidad es principalmente el *Staphylococcus aureus* (70 a 90% de los abscesos primarios) seguido por *Streptococcus pyogenes*. El germen causante de abscesos secundarios varía según la patología de base, siendo los más frecuentes *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis* y *Mycobacterium tuberculosis*.^{2,3} La mortalidad se ha estimado entre el 2,5 y 2,8 % para los abscesos primarios y hasta el 20% en los secundarios.^{4,5}

El diagnóstico puede ser tardío por ser una entidad poco frecuente con variabilidad clínica de signos y síntomas no específicos. Para un diagnóstico adecuado se debe realizar una anamnesis completa acerca de las características del dolor, que suele ser localizado en la cadera, región lumbosacra y muslo. El 30% se manifiesta mediante fiebre y limitación para la marcha, siendo estos signos también compatibles con cuadros más frecuentes como osteoartritis de cadera y espondilodiscitis. En cuanto al examen físico, es de vital importancia pesquisar la impotencia funcional y la posición antálgica (entendida como flexión de la cadera, rotación externa leve y flexión de la rodilla sobre la cadera). En algunos casos puede evidenciarse escoliosis secundaria. El cuadro puede acompañarse también de dolor abdominal, náuseas, vómitos y anorexia.^{3,4}

El laboratorio suele mostrar signos inespecíficos de infección e inflamación como leucocitosis y aumento de reactantes de fase aguda y es de utilidad como seguimiento del tratamiento. Como estudios complementarios de imágenes de inicio se puede realizar una ecografía abdominal, especificando la necesidad de visualizar el músculo psoas ilíaco. Se debe considerar que es operador dependiente y puede ser de escasa utilidad para la región retroperitoneal o en las lesiones pequeñas, permite concretar el diagnóstico entre 40 y 57% de los casos y puede servir para guiar la punción evacuadora/diagnóstica. La resonancia magnética nuclear (RMN) es el método más sensible y resul-

ta útil para evaluar los tejidos blandos y la diseminación de la infección al espacio epidural, pero su alto costo y la general falta de disponibilidad pueden limitar su uso. La tomografía computada (TC), tiene una sensibilidad entre el 80 y 100%, pero la toxicidad de la radiación y la menor resolución para evaluar tejidos blandos, la coloca como segunda opción frente a la RMN.⁵

El tratamiento se basa en la antibioticoterapia y el drenaje quirúrgico. Se sugiere cubrir en forma empírica inicial el *Staphylococcus aureus* meticilino resistente y luego adecuar el esquema según los resultados de los cultivos. La duración del tratamiento dependerá de la evolución clínica, considerando aproximadamente entre 10 y 15 días de antibioticoterapia parenteral, continuando luego con tratamiento por vía oral.^{1,4}

El drenaje de las colecciones puede ser quirúrgico o percutáneo (guiado por tomografía o ecografía). Las indicaciones para el drenaje quirúrgico son absceso único y bien definido, evolución tórpidas o recidivas. Puede considerarse también en abscesos secundarios o en aquellos casos en los que falla el drenaje percutáneo.^{1,4,5}

CONCLUSIÓN

El absceso de psoas es una patología poco frecuente en pediatría. En los últimos años se ha incrementado el reporte de casos gracias a la disponibilidad de métodos complementarios avanzados. La signo-sintomatología inespecífica y similar a otros cuadros más frecuentes puede retrasar su diagnóstico, por lo que descartadas la artritis séptica y la osteomielitis, debe sospecharse esta entidad en todo paciente que se presente a la consulta con fiebre, impotencia funcional de miembro inferior, dolor lumbar, de cadera o rodilla (o dolor abdominal que irradia a dicha región).

BIBLIOGRAFÍA

1. Karli A, Belet N, Danaci M. et al. Iliopsoas abscess in children: report on five patients with a literature review. *Turk J Pediatr.* 2014;56(1):69-74.
2. Jordan García I, May Llanas E, Riopedre Saura X et al. Absceso de psoas en Pediatría. A propósito de dos casos *An Esp Pediatr* 1999;50:172-174.
3. Campillo I, Lopez F, Martín Sánchez J. Absceso de psoas: una aproximación a la cojera aguda de origen infeccioso. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2014;16:225-8 ISSN:1139-7632.
4. Silva A. Schmalbach L. Absceso de psoas y osteomielitis de la columna lumbar: Caso clínico. *Arch Argent Pediatr.* 2016;114(5):e333-e337.
5. Medina JF. Vivas VH. Absceso de psoas: Revisión de la literatura y estado actual. *Rev Colomb Cir.* 2004; 19(3):181-189.