

## Absceso del psoas recidivante, secundario a apendicitis aguda perforada del muñón apendicular

## Recurrent psoas abscess secondary to perforated acute appendicitis of the appendicular stump

Wilmer Sarango-Peláez<sup>\*1</sup>, Patricia Jaramillo-Sisalima<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Cirugía General, Docente del Área de la Salud Humana de la UNL,

<sup>2</sup>Doctor en Medicina y Cirugía, Mg en Nutrición y Dietética.

### Resumen

El absceso del Psoas secundario a una apendicitis del muñón apendicular es una patología poco frecuente y de diagnóstico difícil, con clínica generalmente inespecífica. Se desconoce la real incidencia de esta complicación, aunque, algunos reportes sugieren que va en aumento debido a la disponibilidad actual de técnicas imagenológicas avanzadas como la ecografía, tomografía, RMN, y, a una apendicectomía incompleta, por el incremento actual de la apendicectomía laparoscópica, teniendo como causa el insuficiente reconocimiento anatómico quirúrgico de la base del ciego en apendicitis subserosas, plastrón apendicular, etc., en alguna relación con la falta de experiencia de especialistas que se encuentran en la curva de aprendizaje en la práctica de la cirugía endoscópica. El presente caso se trata de un paciente de 63 años de edad, masculino, nacido y residente en Quito; presenta como antecedentes de importancia apendicectomía hace 15 años y prostatectomía hace 4 años. Hace dos meses diagnosticado de absceso del Psoas fue tratado con drenaje percutáneo guiado por tomografía y antibioticoterapia. El cuadro clínico cede parcialmente y recidiva por lo que se decide realizar una laparotomía exploratoria, encontrando en sitio de apéndice tejido residual necrótico purulento formando parte de una fístula psoas - cecal que alimenta al absceso del psoas. El objetivo de este trabajo es dar a conocer un caso, debido a que se han presentado muy escasos reportes de este tipo de patología, cuya presentación clínica es atípica, siendo importante el diagnóstico temprano y correcto, para evitar la sepsis o la recidiva.

**Palabras clave:** absceso del Psoas, apendicitis del muñón apendicular, fístula

### Abstract

Psoas abscess is a secondary stump appendicitis difficult to diagnose since it is a vague clinical presentation. Its incidence is unknown, although some reports suggest that its increase is due to the current availability of advance imaging techniques such as ultrasound, tomography, NMR, and an incomplete appendectomy as well as the current increase of laparoscopic appendectomy; due to the insufficient surgical anatomical recognition of the cecum in subservient appendicitis, appendicular plastron, etc, besides of the lack of experience of specialist who are going through a learning process of the practice of endoscopy surgery. The following case concerns to a 63 year-old male patient, who was born and raised in Quito, who carries a significant medical history. Two months ago, he was diagnosed with Psoas abscess, the patient went under abscess drainage as medical treatment, which was guided by tomography and antibiotic therapy. The clinical picture partially eases but it relapses; as a result, an exploratory laparotomy was used to find the appendix site residual purulent necrotic tissue that forms part of a psoas cecal fistula that feeds the psoas abscess. The aim of this study is to present a case, since there are a few reports of this type of pathology that have been presented. The clinical presentation is atypical, that is why it is important an early and right medical treatment in order to avoid sepsis or relapse.

**Key words:** Psoas abscess, appendix stump, cecal psoas fistula.

\*Autor de correspondencia Wilmer Sarango . Area de Salud Humana. Universidad Nacional de Loja. Correo electrónico: wilmer.sarango@unl.edu.ec

## Introducción

El absceso piógeno del psoas es una infección poco frecuente, localizado en el espacio retrofacial del músculo psoas iliaco, que debido a su localización anatómica, el diagnóstico se torna dificultoso, su presentación clínica es inespecífica y afecta a la cadera y en menor proporción al abdomen. (Suárez Moreno, 2012). Esta es una patología infrecuente pero con altas tasas de morbilidad y riesgo de sepsis. La primera descripción médica de absceso del psoas fue realizada por Abeille en 1854 con ocho casos. Baumgardner describió un caso de apendicitis del muñón en una paciente de 44 años de edad, que años más tarde presentó cuadro abdominal agudo secundario a perforación del muñón apendicular de 1 cm de longitud. (Baumgardner, 1949). Mynter en 1881 lo describe como “psoitis aguda”. Reginal Fitz en 1886 reportó un caso cuyo origen fue una apendicitis. Rollers en 1911 presentó 7 casos asociados a infección en los ganglios retroperitoneales. Zadek en 1950 postula su origen en un hematoma sobreinfectado en la vaina del psoas. (Alvi, 2010) Gordin los clasifica según su origen como secundario si se forma a partir de un foco supurativo vecino; o primario, si se forma a partir del propio músculo, sin evidencia de un foco lesional cercano. (Chaves, 1997) Cerca del 80 al 90% de los casos de abscesos primarios tienen como germen causal *Staphylococcus aureus*, en el absceso secundario (perinefríticos, apendiculares o por linfadenitis) predominan infecciones entéricas entre las cuales el agente más frecuentemente aislado es la *Escherichia coli*. (Fernández-Ruiz, 2012).

Tabla N° 1 Agentes etiológicos según su origen.

SECUNDARIOS	PRIMARIOS
<i>Echerichia coli</i>	<i>Staphylococcus aureus</i>
<i>Streptococcus mitis</i>	<i>Proteus mirabilis</i>
<i>Streptococcus grupo B</i>	<i>Serratia marcescens</i>
<i>Salmonella enteritis</i>	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>
<i>Staphylococcus aureus</i> metilino resistente	
<i>Bacterides fragilis</i>	
<i>Brucella sp.</i>	
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	

Los reportes de esta patología han aumentado, sin embargo es una entidad rara y su incidencia no es bien conocida. El absceso del psoas secundario a una apendicitis de muñón apendicular, insisto, es una patología muy rara y muy poco descrita, que

se caracteriza por la inflamación del remanente apendicular tras una apendicectomía incompleta no diagnosticada y complicada con un absceso del músculo psoas. Constituye una desconocida causa de dolor en cuadrante inferior derecho; aunque normalmente se trata de una complicación precoz, el cuadro puede aparecer hasta años después de la apendicectomía. Con la popularización de nuevas técnicas de cirugía por vía la paroscópica, dentro de esta la Apendilap, hacen que en ocasiones exista una resección incompleta del órgano, dejando un muñón largo que podría favorecer la aparición de esta patología. El cuadro clínico es a menudo, insidioso y no es infrecuente que estén ausentes los signos clásicos de dicha enfermedad, es decir, fiebre elevada, dolor o masa abdominal, dolor en flexión de la cadera (cojera) y deterioro progresivo del estado general, lo que hace difícil el diagnóstico de esta enfermedad. (Campillo y López, 2014).

Sin embargo, los signos y síntomas no difieren de una apendicitis aguda. No es usualmente considerada como posible diagnóstico diferencial del abdomen agudo inflamatorio y por lo tanto tiene mayor riesgo de complicaciones y mortalidad.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con infección de origen urinaria, masa renal y fiebre de origen desconocido, osteomielitis o enfermedad intestinal. En cuanto a la evaluación para encontrar el posible origen de la infección se puede realizar survey óseo, endoscopia digestiva, biopsia de lesión sospechosa y análisis para investigar micosis o tuberculosis. La ecografía puede ser útil, pero tiene valor diagnóstico en el 40% de los casos. El procedimiento diagnóstico de elección hasta el momento es la TAC, pues constituye método no invasivo y ágil, que ha demostrado tener una sensibilidad de 100%. La resonancia magnética supera al resto de los procedimientos de imagen; sin embargo, su uso está limitado por el costo.

Hoy en día la mortalidad es variable entre el 2.80 y el 20%, siendo la más baja para los abscesos primarios y la más alta para los secundarios, aunque para este último puede alcanzar hasta el 44%, si ocurre concomitantemente con una enfermedad neoplásica y/o el shock séptico de origen gastrointestinal; mientras que en las formas primarias es determinante la edad mayor a 50 años, enfermedades concomitantes, retraso en el inicio del tratamiento, hemocultivo positivo, terapéutica insuficiente y drenaje inadecuado.

El tratamiento del absceso del psoas es el drenaje quirúrgico extraperitoneal. Con este procedimiento, más del 95 % de los abscesos se resuelven. Existe la posibilidad de drenar estas lesiones mediante la colocación de un catéter dirigido por TAC y/o ecografía, con un éxito que se acerca al 80% de los casos, pero es preciso que la colección esté claramente definida y organizada. (Aristizabal, 2012.). Aunque la sepsis

se considera la principal causa de muerte, la trombosis venosa profunda y el tromboembolismo pulmonar desencadenan el 5.60% de los fallecimientos. El motivo de este trabajo es mostrar a la clase médica este caso para tener presente esta posibilidad diagnóstica, con la finalidad de realizar una terapia adecuada, para evitar la sepsis o la recidiva principales causas de morbimortalidad.

### **Descripción del caso clínico**

Se trata de un paciente de 63 años de edad, de sexo masculino, nacido y residente en Quito, hipertenso desde hace 4 años controlado actualmente con enalapril. Tiene como antecedentes quirúrgicos de importancia una apendicectomía hace 15 años y prostatectomía hace 4 años. Paciente acude por cuadro clínico, dolor abdominal sordo localizado en cuadrante inferior derecho irradiado a región lumbar y extremidad inferior derecha a repetición que exacerba con la deambulación, acompañado de fiebre en agujas con exacerbaciones recurrentes, por primera vez se presentó hace 12 años, ha sido diagnosticado de absceso del psoas tratado con drenaje percutáneo, la segunda y tercera ocasión hace 1 año y, 2 meses respectivamente, los últimos episodios también tratados con drenaje percutáneo guiado por TAC. Al examen físico TA: 120/70, FC: 90 x' FR: 20x' T: 38.5 °C, se encuentra un paciente en regular condición general, álgido, febril, deshidratado leve, abdomen suave depresible doloroso a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha, sin signos de irritación peritoneal, dígito presión lumbar derecha hipersensible +++/4+ y dolor de extremidad inferior con los movimientos de flexoextensión. Los exámenes de laboratorio revelan leucocitosis de 10700 con neutrofilia de 78%, Hto. 42.8, Hb:14.2, Plaquetas:415000; Química sanguínea: Glucosa 94 mg/dl Urea: 18, BUN:8 Creatinina 0.7 TP: 14, TTP: 24.6, INR: 1.32, cultivo positivo para *Escherichia coli*. Los controles tomográficos indican que se ha drenado el absceso pero, las molestias persisten; se realizan nuevos estudios tomográficos y un colon por enema detectando una posible comunicación del ciego con el absceso apareciendo nuevamente la colección. Se decide realizar una laparotomía exploratoria encontrándose: 1) líquido purulento en aproximadamente 200cc en fosa ilíaca derecha en comunicación con el psoas derecho; 2) apéndice cecal residual de aproximadamente 3 cm. de longitud como parte de una fístula psoas apendicular y; 3) base apendicular y ciego indemnes realizándose el drenaje, apendicetomía y se deja un dren mixto en lecho del absceso. El paciente evoluciona satisfactoriamente y se da el alta en buenas condiciones generales, con controles a los 2 y 6 meses sin novedades y con un buen pronóstico.

## **Comentarios**

Este caso de absceso del psoas recurrente secundario a una apendicitis del muñón es una nosología muy rara, más aún asociado a una fístula psoas cecal, por lo que es poco considerada al momento de evaluar a un paciente con dolor abdominal del cuadrante inferior derecho y abdomen agudo con antecedente de apendicectomía, lo cual ocasiona retraso en el diagnóstico y tratamiento, ocasionando complicaciones y aumento de la morbilidad y mortalidad. Se recomienda siempre tener presente en el diagnóstico diferencial.

## **Consideraciones éticas**

El tratamiento de este paciente, siguió todos los pasos para llegar a un diagnóstico y tratamiento adecuados; pero por recurrencia del caso, en junta médica se decidió la intervención quirúrgica, "laparotomía exploratoria" en forma consensuada y con criterio clínico y ético. Para la presentación de este caso clínico se realizó la revisión minuciosa y documentada del expediente clínico del paciente, un también análisis de la literatura actualizada para redactar cada parámetro conforme a lo establecido.

## **Discusión**

El absceso de psoas recidivante es una entidad rara, por lo que su incidencia no es bien conocida en la literatura. El doctor Watkins en junio de 2004 informó que únicamente existían 29 casos reportados en la literatura mundial. (Watkins, 2004.) El doctor Williams estableció que la presencia de síntomas recurrentes y dolor persistente o intermitente en fosa ilíaca derecha, en un paciente con antecedente de apendicectomía, que es lo que sucedió en el presente caso. Varias patologías se han asociado a un muñón apendicular, como por ejemplo tumoraciones (mucocele), abscesos y también hemorragia del tubo digestivo bajo, todos los casos por haber dejado un muñón apendicular largo. En el paciente el antecedente de una apendicectomía desorientó el diagnóstico y el tratamiento oportuno, situación característica en estos casos.

## **Conclusiones y recomendaciones**

Definitivamente, esta patología es muy poco reportada e insuficientemente descrita en la literatura mundial, lo que hace que su diagnóstico no sea considerado oportunamente y retrase tanto su diagnóstico como su tratamiento. Es importante el oportuno reporte de estos casos en revistas científicas para tener en cuenta esta patología en presencia de similar sintomatología.

Debe considerarse en el diagnóstico diferencial de todos los pacientes con dolor en fosa ilíaca derecha y más aún con fiebre y dolor de cadera. Se debe descartar primero con una osteomielitis vertebral. (Corrah, 2011.).

La presencia de un muñón apendicular largo es considerada como una complicación que se presenta al momento de una apendicectomía incompleta.

La apendicectomía por vía laparoscópica podría estar involucrado en el incremento de estas complicaciones aunque se carece de estudios concluyentes.

Es fundamental llevar a cabo una resección total del apéndice cecal, sin importar la vía de abordaje (Bernal, 2000.) cuya finalidad es prevenir estos casos.

## Referencias Bibliográficas

- Alvi, A. R. (2010). Pyogenic psoas abscess: case series and literature review. *Trop Doct.*, 40:56-8.
- Aristizabal, R. y. (2012.). Manejo percutáneo del absceso del psoas: nuestra experiencia en los últimos 11 años. *SERAM*, S-0700.
- Baumgardner, L. (1949.). Rupture of appendiceal stump three months after uneventful appendectomy with repair and recovery. *Ohio State Med J* 1949;45:476-477., 45:476-477.
- Bernal, J. M. ( 2000.). Absceso de psoas secundario a apendicitis aguda: ¿qué modalidad terapéutica? . *Cir Esp.*, 67:196-199.
- Campillo-López, F. M.-S. (2014.). Absceso de psoas: una aproximación a la cojera aguda de origen infeccioso. *Rev Pediatr Aten Primaria [online].*, 16(63):225-228.
- Chaves, R. J. (1997). Absceso de psoas en Hospital Nacional de Niños: Revisión retrospectiva y análisis de la literatura. *Acta pediatr Costarric.*, 11:26-29.
- Corrah, T. E. (2011.). Bacteraemia and subsequent vertebral osteomyelitis: a retrospective review of 125 patients. *QJM.* 2011;104:201-7. , 104:201-7. .
- Fernández-Ruiz, M. (2012). Absceso del músculo iliopsoas, tratamiento y evolución en una serie de 35 pacientes. *Enferm Infecc Microbiol Clin.*, 30(6):307–311.
- Leff, D. S. (2010). Inflammation of the residual appendix stump: a systematic review. *Colorectal Dis.*
- Suárez Moreno, R. y. (2012.). Apendicitis del muñón apendicular. . *Cir Cir.*, 80:385-388.
- Watkins, B. K. (2004.). Stump appendicitis: case report and review. *Surg Laparosc Endosc Perc Tech.*, 14(3):167-171.
- Arines, J. (1991). Primary psoas abscesses: an often insidious infection. *Postgrad Med.*, 87:287-8.
- Del Arco, A. (1994). Absceso del psoas por salmonella: una entidad infrecuente. *Med Clin.*, 8:317-8.
- Echavarría, H.R. (1983). Ferrada R, Kestenber A. Urgencia Quirúrgica: Absceso piogeno del Psoas., 9:105-108.
- Fernández, A. (1995). El drenaje percutáneo como tratamiento de los abscesos del músculo psoas. *Cir Esp.*, 6:565-70.
- Golub, R. (1998). Laparoscopic versus open appendectomy: a metaanalysis. *J. Am Coll Surg.*, 186:545-553.

- Gómez, C. (1993). Abscesos del psoas. A propósito de 10 casos. *Cir Esp.*, 1:77-80.
- Harris, C.R. (1989) Appendiceal stump abscess ten years after appendectomy. *Am J Emerg Med.*, 7:411-412.
- Horvath, G. (1994). CT- Guide percutaneous drainage in the management of psoas abscess. *Orv Hetil.*, 47:2597-602.
- Kida, T. (1991). Detection of psoas abscess by gallium 67 scintigraphy, Sonography, and CT. *AJR.*, 153:430-1.
- Lien, W-C. (2004). Mucocele of appendiceal stump. *Surgery.*, 136:93-94
- López de Alba, A. (1990). Absceso del psoas consideraciones sobre seis casos. *Actas Urol Esp*;13:264-7.
- Mangi, A.A. (2000) Stump appendicitis. *Am Surg.*, 66(8):739-741.
- Martínez, G. (1987). Absceso del músculo psoas. *Rev Cubana Cir.*, 26(5):83-8.
- Martínez, J. (1990), Absceso primario del psoas. *Actas Urol Esp.*, 14:139-42.
- Pigrav, C. (1990). Palissa Berga A. Absceso de psoas: ¿una enfermedad enigmática? *Med Clin (Barc).*, 95:456-8.
- Procaccino, J. (1990). Psoas abscess: difficulties encountered. *Dis Colon Rectum.*, 34:784-9.
- Reyes, G. A. (1994). Abces primaire du psoas: 2 nouvelles Observations: *J Chir.*, 127:537-8.
- Ricci, M. (1986). Pyogenic psoas abscess: worldwide variatons in etiology. *Word J Surg.*, 10:834-43.
- Siegel, S. A. (1954). Appendiceal stump abscess; a report of stump abscess twenty-three years postappendectomy. *J. Am Surg.*, 88:60-632.
- Swartz, M. (1990) Myositis. Psoas Abscess. En: Mandell G, Gordon R, (eds.) *Principles and practice of infections diseases 3era. ed.* New York: Chuchill Livingston., 812-8.
- Williams, B.T. (1969). Residual appendiceal stump. *Am J Surg.*, 118:121-122.