

## HAGA SU DIAGNOSTICO

Dr. Eduardo Otero

### CASO CLINICO

Niña de 18 meses de edad que ingresó al hospital con diagnóstico de tumor abdominal. Tres semanas antes del ingreso presentó tumoración en región inguinal de aproximadamente 2 cm de diámetro, febrícula y leve aumento del tamaño del miembro inferior homolateral. Se interpretó como adenoflemón y fue medicada con penicilina benzatínica y amoxicilina durante 10 días. Dado que no evolucionó favorablemente fue trasladada a este hospital.

Al examen físico se trataba de una niña eutrófica, pálida, en buen estado general, compensada hemodinámicamente. Abdomen tenso en flanco y fosa ilíaca izquierdas. Ausencia de hepato y esplenomegalia. Sobre la arcada crural se evidenciaba una tumoración dura elástica no dolorosa que se extendía en todo el trayecto inguinal. El miembro inferior izquierdo estaba en flexión y rotación externa con movilidad pasiva de la cadera conservada.

El hemograma mostraba leucocitosis ( $19.600/\text{mm}^3$ ), a predominio neutrófilo (62% neutrófilos segmentados, 36% linfocitos), Hto 24%, Hb 6.4 g/dl con hipocromía y microcitosis, VSG 70mm. El resto del laboratorio: urea, creatinina, coagulograma fue normal. Se transfundió con glóbulos rojos sedimentados.

La ecografía realizada al ingreso (Figura 1) informaba imagen anecoica con ecos internos que se extendía desde región inguinal izquierda hasta polo superior de riñón izquierdo desplazando la vejiga hacia arriba.

Se realizó TAC (Figura 2) que informó presencia de colección tabicada que ocupa el espacio del psoas y el cuadrante lumbar del lado izquierdo y se extiende a región inguinal comprometiendo el músculo ilíaco hasta el trocánter menor.

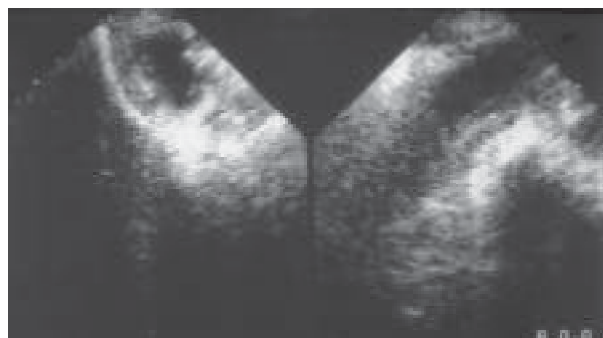


Figura 1: Ecografía abdominal (corte transversal y longitudinal). Se observa imagen hipoeicoica redondeada en el interior del músculo psoas.

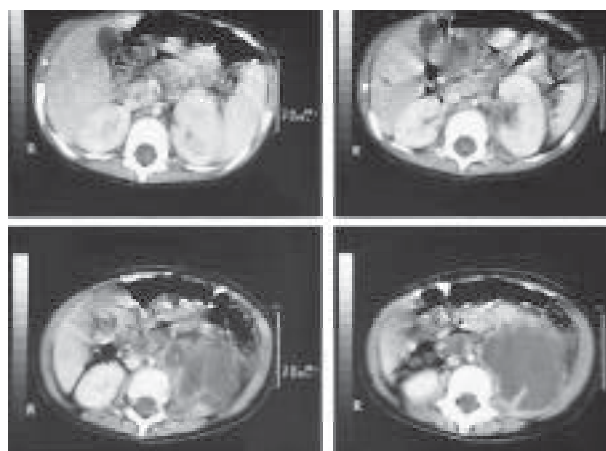


Figura 2: TC abdominal. Formación hipodensa que ocupa el espacio del psoas y el cuadrante lumbar del lado izquierdo.

En una punción diagnóstica se obtuvieron 220  $\text{cm}^3$  de material purulento, se evidenciaron cocos gram + en el examen directo con lo que se confirmó el diagnóstico presuntivo.

## ABSCESO DE PSOAS

Alrededor del 50% de los abscesos de psoas ocurren en niños por debajo de 15 años. En un reciente trabajo de 25 casos reportados, 11 pacientes tenían entre 1 a 5 años, 7 pacientes entre 5 y 10 años y 6 pacientes entre 10 a 15 años<sup>1</sup>. Son muy raros en el neonato<sup>1,2</sup>.

Los abscesos de psoas puede ser primarios o secundarios según su vía de afectación. En pediatría éstos casi siempre son primarios (vía hematógena). Los abscesos secundarios (vía por contigüidad) pueden ocurrir por extensión desde una lesión inflamatoria en la columna o región sacro ilíaca, como complicación de cirugía, por extensión linfática de una infección pélvica<sup>3,4</sup>.

Los síntomas más frecuentes de presentación son dolor, fiebre, malestar y anorexia. El dolor a menudo se localiza en la cadera, con flexión del miembro inferior del lado afectado y disminución de su movilidad. A menudo se observa una masa palpable en fosa ilíaca o tensión en el abdomen.

El *Stafilococo aureus* es el germen más común en la etiología de los abscesos<sup>4</sup>.

La ecografía hace el diagnóstico relativamente temprano visualizando el psoas proximal mediante cortes coronales, sagitales, axiales y a nivel pelviano, utilizando la vejiga como ventana acústica. Es un método con un alto grado de sensibilidad. Por ecografía pueden ser encontrados además del compromiso del psoas, posibles colecciones (renales, perirrenales, abdominales).

La TAC es un buen método de evaluación pero muchas veces no necesario para el diagnóstico, excepto en casos en que la ecografía no permite aclararlo<sup>5</sup>.

Los exámenes complementarios adquieren relevancia para arribar al diagnóstico, debido a que los hallazgos clínicos encontrados en la mayoría de los pacientes son inespecíficos<sup>5,6</sup>.

Los diagnósticos diferenciales que se consideran habitualmente son: artritis de cadera, sacroileítis, tumor abdominal, hematoma abdominal (perirrenal), plastrón apendicular.

La diferenciación de masas retroperitoneales, como hematomas post – traumáticos o tumores necróticos, así como tumores primarios de psoas son difíciles de realizar solamente con ecografía. El hematoma suele asociarse a un antecedente traumático o desórdenes hemorrágicos. Es bien conocido el hecho de que el niño con hemofilia puede presentar un absceso en el sitio en donde se formó un hematoma.

Una de las áreas más difíciles para establecer el diagnóstico es la vecindad de la articulación sacroilíaca. En la sacroileítis puede haber dolor generalizado en la cadera y en la parte distal de la columna vertebral. En la artritis séptica de cadera el factor tiempo es absolutamente crucial porque es una emergencia quirúrgica.

La cirugía o el drenaje percutáneo bajo control ecográfico es el tratamiento de elección en niños con absceso de psoas combinado con antibioticoterapia. Sin embargo, como resultado alentador, se reportaron varios casos de evolución favorable con terapia antibiótica apropiada, siendo innecesaria la internación.

En conclusión es fundamental la evaluación de todos los antecedentes del paciente para efectuar un correcto y temprano diagnóstico.

## REFERENCIAS

1. Schut J.M. Double-side psoas abscess in a young infant: sonographic and radiographic findings. *Pediatr Radiol.* 1988; 18: 176-177.
2. Edgar K. Ilio-psoas abscess in neonats. *Pediatr Radiol.* 1993; 23:51-52.
3. Fernandez C. Speranza A., Moguilevsky J. Absceso piógeno del psoas, *Medicina Infantil* 1995; 11:177-180.
4. Siegel M.J. *Pediatric Sonography.* Ed. Raven Press; 1995.
5. Royston D. The ultrasonic evaluation of psoas abscess (tropical pyomyositis) in children. *Pediatr Radiol.* 1994; 24 :481-483.
6. Prassopoulos Panos. Primary ilio-psoas abscess extendig to the thigh in a neonate: US, CT and MR findings. *Pediatr Radiol.* 1998; 28: 605-607.