

Cojera en niño de 3 años.

Crespo Vázquez, MF¹, Rodríguez Pérez, AI², Merayo Rodríguez, H³

SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ORDENES. XAP SANTIAGO.

1 PEDIATRA.

2 MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

3 DIPLOMADA UNIVERSITARIA EN ENFERMERÍA.

Cad Aten Primaria
Año 2015
Volume 21
Páx. 62 - 63

INTRODUCCIÓN:

Paciente de 3 años de edad, previamente sano, sin antecedentes traumáticos ni infecciosos, que presenta desde hace 15 días marcha anormal con desviación del tronco hacia el lado izquierdo. No refiere dolor.

Mantiene un buen estado general y está afebril. La exploración física en bipedestación muestra una actitud escoliótica de concavidad izquierda con aparente dismetría de miembros inferiores, siendo el izquierdo unos 3 cm más corto. En decúbito supino y prono la cadera izquierda está en abducción, flexión y rotación externa, con limitación funcional a la rotación interna y la hiperextensión. No hay dolor a la movilización. El resto de la exploración física era normal.

PREGUNTA:

¿Cuál sería la patología más probable ante la sintomatología y exploración del paciente?

- 1 - Artritis de cadera
- 2 - Sacroileítis
- 3 - Plastrón apendicular
- 4 - Tumor abdominal
- 5 - Absceso de psoas

La Rx y ecografía de cadera AP y axial no evidenciaban lesiones. La ecografía abdominal mostraba hallazgos compatibles con absceso en músculo psoas izquierda con un volumen de 19.5cc (4.1x2.7x3.3cm) y múltiples adenopatías intraabdominales.

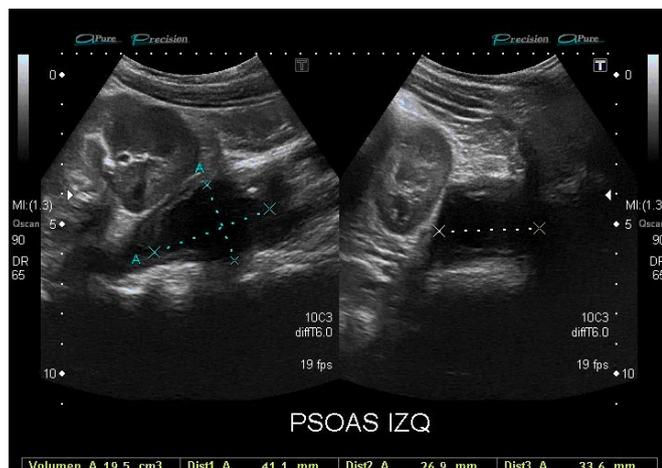


Figura 1

La RMN abdominopélvica revelaba lesiones sugestivas de abscesos de 19x12x17mm en el cuadrado lumbar y de 24x21x77mm en el psoas, que condicionaban una desviación antiálgica hacia la izquierda de la columna dorsolumbar. [FIGURA 2]



Figura 2

En la analítica destacaba leucocitosis con neutrofilia y aumento de PCR y VSG. Los hemocultivos y el cultivo de exudado purulento eran negativos. La PCR para Mycobacterium complex en la muestra de exudado fue negativa, así como el Mantoux.

Al ingreso se instauró tratamiento antibiótico con Piperacilina-Tazobactam y Cloxacilina iv y se realizaron dos drenajes del absceso con control ecográfico. Ante la persistencia de la clínica se practicó un desbridamiento quirúrgico, observando tras la intervención una mejoría clínica progresiva. En el control ecográfico de alta se observó una colección hipocogénica en el espesor de las fibras residuales del musculo psoas, en relación con un probable seroma dada la ausencia de clínica y la normalización de los reactantes de fase aguda. A la exploración persiste una mínima inclinación del tronco hacia la izquierda y una leve asimetría en la hiperextensión de la cadera con respecto al lado contralateral, que en la actualidad están corregidas mediante fisioterapia.

ABSCESO DE PSOAS

El absceso de psoas (AP) fue descrito por primera vez en 1881 por H. Mynter. Se caracteriza por ser una patología poco frecuente, con manifestaciones clínicas inespecíficas y presentación anodina e insidiosa, por lo que suele ser de difícil diagnóstico.

Su prevalencia exacta en pediatría se desconoce, aunque es más frecuente en varones. En adultos, lo habitual es encontrarlo asociado a un estado general deteriorado (inmunodeficiencias, enfermedades crónicas debilitantes), a adictos a drogas por vía parenteral o a pacientes con infecciones de órganos vecinos.

Se pueden clasificar en primarios, en los que no se consigue demostrar ningún foco infeccioso como origen del mismo y que se se diseminan por vía hematógena; y secundarios, diseminados por contigüidad a focos renales, óseos o intestinales. A diferencia del adulto, en niños los primarios son más frecuentes que los secundarios.

En cuanto a la etiología, el germen más frecuente en los primarios es el *S. aureus* y con menor frecuencia *Streptococo*, *E. coli* o *Proteus*. En los secundarios, en cambio, suelen ser gérmenes de origen entérico y generalmente polimicrobianas. Antiguamente los secundarios más frecuentes eran provocados por *M. tuberculosis* y en estos últimos años han aumentado por el incremento de la población VIH positivo.

La enfermedad suele ser subaguda o crónica. El cuadro acostumbra a comenzar gradualmente con un síndrome general, fiebre, dolor abdominal inespecífico bajo u osteoarticular, lo que dificulta el diagnóstico. A la exploración podemos encontrar posición antiálgica, disminución de la motilidad del miembro del lado afectado y signo del psoas positivo (dolor a la flexoextensión de la cadera). Además puede presentar una sintomatología secundaria a compresión local del absceso.

El diagnóstico, debido a la inespecificidad de su clínica, no es sencillo.

Las pruebas de laboratorio que se realizan son las habituales en cualquier proceso infeccioso.

En cuanto a las técnicas de imagen, las radiografías abdominal, pélvica o de columna lumbar muestran hallazgos poco específicos como efecto de masa, borramiento de los límites del psoas, o asimetrías en el tamaño de los mismos. No hay que olvidar la búsqueda de posibles lesiones osteoarticulares.

La ecografía es el método complementario más útil para el diagnóstico y seguimiento, así como guía para el drenaje percutáneo. Es un método de alta sensibilidad (86,6%), bajo coste, no irradiante y de fácil accesibilidad. El TC es posiblemente el mejor método de evaluación, con un 100% de especificidad, pero sólo debería ser utilizado en caso de que la ecografía no sea diagnóstica. La RM sólo puede indicarse ante la sospecha de compromiso óseo o articular.

El tratamiento del absceso de psoas consiste en una combinación de antibiocioterapia intravenosa con drenaje quirúrgico o percutáneo del absceso.

El diagnóstico diferencial se debe realizar con artritis de cadera, sacroileítis, tumor abdominal, hematoma abdominal y plastrón apendicular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Capitán Manjón C, Tejido Sánchez A, Rosino Sánchez A. Absceso primario de psoas. Presentación de 3 casos. Arch Esp Urol. 55,5 (552-555) 2002.
2. Navarro Gil J, Regojo Zapata O, Elizalde Benito A, Hijazo Conejos J, Murillo Pérez C, Sánchez Zalabardo J y Valdivia Uría J. Absceso de psoas: revisión de la literatura. Arch Esp Urol. 59, 1 (73-77), 2006.
3. Gómez O, Arroyo A, Kaplan J, Dardanelli E, Goldberg A, Moguillansky S. Absceso de psoas en pediatría: cuadro clínico, diagnóstico por imágenes y tratamiento. Rev Argent Radiol. 68 (89-93) 2004.
4. Medina J, Vivas V. Absceso del psoas: revisión de la literatura y estado actual. Rev Colomb Cir. 19,3 (181-189)2004.
5. Penado S, Espina B, Campo J. Absceso de psoas. Descripción de una serie de 23 casos. Enferm Infecc Microbiol Clin. 19,6 (257-260) 2001.
6. Aragón-Joya Y, Bastidas-Jacanamiyoy A, Cáceres-Solano P, Lozano-Triana C, Landinez-Millán G. Absceso del psoas en pediatría: reporte de caso. Rev Fac Med. 64, 1 (151-154) 2016.
7. Jordan García I, May Llanas E, Riopedre Saura X, González Pascual E, Tardío Torío E, Ros Viladons J. Absceso de psoas en pediatría. A propósito de dos casos. An Esp Pediatr. 50 (172-174) 1999.
8. Chaves Solano R, Jaramillo Unes O, Arguedas A. Absceso de Psoas en Hospital Nacional de Niños: Revisión Retrospectiva y Análisis de la Literatura. Acta pediátrica Costarricense. 11 (26-29) 1997.
9. Pérez-Romero J, Salazar García P, Pérez-Romero M, Belmonte M. Absceso de psoas. Rev Clín Med Fam. 4,1 (76-78) 2011.