

REPORTE DE CASO

Absceso del psoas secundario a tuberculosis vertebral

Psoas abscess secondary to vertebral tuberculosis

 Davoli Benedetti, Julianna¹;  Cazó Yamamoto, Julio¹;  Schaerer Elizeche, Pablo²

¹Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Liga de Cirugía de la SOCEM-UCA. Asunción, Paraguay.

²Instituto de Previsión Social, Hospital de Especialidades Quirúrgicas, Servicio de Cirugía General. Asunción, Paraguay.

Como referenciar este artículo | How to reference this article:

Davoli Benedetti G, Cazó Yamamoto J, Schaerer Elizeche P. Absceso del psoas secundario a tuberculosis vertebral. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)*, Abril - 2023; 56(1): 113-118

RESUMEN

Introducción: Presentamos el caso de un paciente masculino de 29 años con absceso del psoas bilateral secundario a tuberculosis vertebral. El absceso del psoas no suele ser frecuente en pacientes con tuberculosis extrapulmonar y principalmente con la enfermedad de Pott, pero cuando aparece suele ser subdiagnosticado debido a la inespecificidad de sus manifestaciones clínicas. **Objetivos:** Abordaje clínico-quirúrgico del absceso del psoas secundario a la tuberculosis vertebral, o Mal de Pott. **Materiales y métodos:** Búsqueda bibliográfica efectuada en pubmed. Relato de caso clínico: registro clínico y fotográfico, evolución, presentación de: resultados laboratoriales y de métodos auxiliares y tratamiento. **Resultados:** Síntomas presentados por un paciente de 29 años: dolor abdominal, dolor en miembro inferior, lumbalgia, expectoración sanguinolenta, dificultad en la deambulacion, y cuadro respiratorio previo y síntomas constitucionales como pérdida de peso, anorexia, astenia. Con base en la anamnesis, examen físico y hallazgos en exámenes específicos, se pudo lograr el diagnóstico de absceso del psoas secundario a la tuberculosis vertebral. El tratamiento farmacológico seguido fue el propuesto por la OMS para la Tuberculosis más punción del absceso para drenaje y cultivo del mismo, con catéter multipropósito. El paciente tuvo una evolución favorable y posterior a la intervención neuroquirúrgica fue dado de alta. **Conclusión:** El paciente evolucionó de forma favorable, y las medidas aplicadas en el desarrollo de su enfermedad, fueron oportunas.

Palabras Clave: Enfermedad de Pott, Absceso de psoas, Tuberculosis vertebral, Tuberculosis Miliar.

Autor correspondiente: Dra. Julianna Davoli Benedetti. Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Liga de Cirugía de la SOCEM-UCA. Asunción, Paraguay. E-mail: giu.davolibenedetti@gmail.com

Fecha de recepción el 7 de febrero del 2023; aceptado el 21 de marzo del 2023

ABSTRACT

Introduction: We present the case of a 29 year old male patient with bilateral psoas abscess secondary to vertebral tuberculosis. Psoas abscess is not usually frequent in patient with extrapulmonary tuberculosis and specially Pott's disease, but when it appears it is usually under diagnosed due to non-specific clinical manifestations. **Objectives:** Clinical-surgical approach to psoas abscess secondary to vertebral tuberculosis, or Pott's disease. **Materials and methods:** Bibliographic search carried out in pubmed. Case report: clinical and photographic record, evolution and presentations of laboratory results, diagnostic auxiliary methods and treatment. **Results:** Symptoms presented by a 29 years old patient: abdominal pain, lower limb pain, low back pain, bloody expectoration, difficulty walking and previous respiratory and constitutional symptoms such as weight loss, anorexia, asthenia. Based on the clinical history, physical examination and findings in specific tests, the diagnosis of psoas abscess secondary to vertebral tuberculosis could be achieved. The pharmacological treatment followed was the one proposed by WHO for tuberculosis, plus the drainage and culture of the abscess, with a multipurpose catheter. The patient had a favorable evolution and after the neurosurgical intervention he was discharged. **Conclusion:** The patient evolved favorably, and the measures applied in the development of his disease were appropriate.

Keywords: Pott's disease, Psoas Abscess, Spinal Tuberculosis, Miliary Tuberculosis.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una patología compleja, debido a su sintomatología genérica, diseminación y su potencial de desarrollo de complicaciones. Entre sus variedades, podemos encontrar el Mal de Pott, una forma de tuberculosis miliar que produce una infección en la columna vertebral, especialmente en la región dorsal baja y lumbar. Actualmente, figura dentro de las principales causas de muerte en el mundo, junto con la infección del VIH, debido al exponencial aumento de casos y subestimación en el diagnóstico.

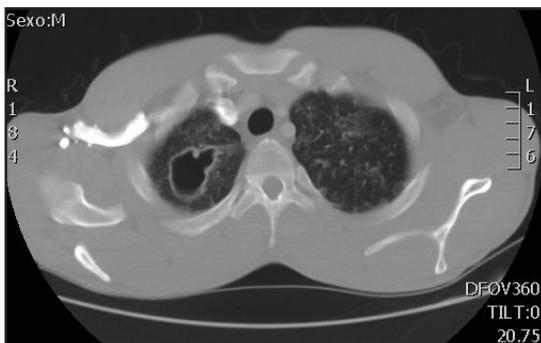


Figura 1. Se observa una imagen cavitada en lóbulo superior derecho y múltiples hipodensidades, características de Tuberculosis y Tuberculosis Miliar.

El absceso del psoas es raro cuando ocurre aisladamente(14-27), pero la principal causa secundaria es la infección por *Mycobacterium tuberculosis*, frecuentemente asociado al mal de Pott (1-7).

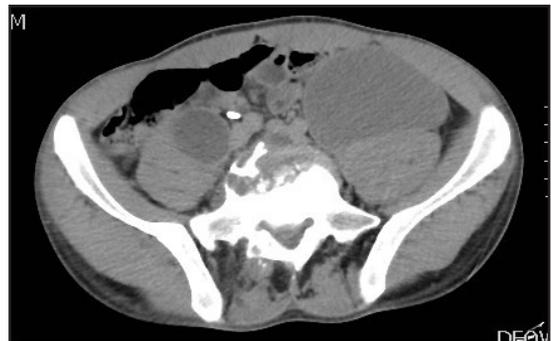


Figura 2. Se observa un hipodensidad de gran tamaño en el músculo iliopsoas izquierdo, y una de menor tamaño en el músculo iliopsoas derecho. También se observa degeneración vertebral en L5, correspondientes con absceso del psoas y Mal de Pott.

Ambas patologías tienen una alta mortalidad aislada (8,9) y cuando asociamos la tuberculosis con el absceso, obtenemos una morbi-mortalidad aún mayor, y debido a la inespecificidad de las manifestaciones

clínicas, una gran cantidad de casos son infra diagnosticados (8,9), especialmente en zonas que no son endémicas. Dicho esto, resulta de vital importancia la investigación, conocimiento y desarrollo de herramientas que permitan el diagnóstico temprano y adecuado. Es de gran relevancia el abordaje multiprofesional integrado para posibilitar un tratamiento prolongado e ininterrumpido eficaz (9,10,12).

Reporte de Caso:

Paciente de sexo masculino, 29 años, se presenta al Departamento de Urgencias de Cirugía de Adultos del Servicio de Cirugía General del Hospital Central de IPS, a razón de dolor de inicio insidioso en los 15 días previos a la consulta, referenciada en hipogastrio y flanco derechos, de moderada intensidad, tipo quemante, que se exacerba con la bipedestación, irradia a zona lumbar y miembro inferior y se acompaña de sensación febril y expectoración con estrías sanguinolentas. Dos meses antes, el paciente presentó cuadro con síntomas constitucionales sistémicos, además de cuadro respiratorio con tos húmeda no productiva, posterior al cual se agrega un dolor en hemitórax derecho, que progresa haciéndose más frecuente y bilateral. Junto con los antecedentes, el paciente presenta dolor en miembro inferior derecho con realización de movimiento de extensión. Paciente se muestra hemodinámicamente estable y con signos vitales dentro de los parámetros normales.

En el examen físico se observa un paciente joven, portador de patología crónica, que consulta por dolor en hemiabdomen derecho y miembro inferior. En la inspección torácica se observa pectus excavatum y en la auscultación pulmonar se constata murmullo vesicular disminuido en vértice pulmonar derecho y conservado en otros campos pulmonares, bilateralmente. No se auscultan ruidos sobre agregados. En la palpación superficial y profunda, el abdomen se encuentra doloroso. Al realizar la extensión de ambos miembros inferiores, el paciente presenta signo del Psoas positivo. No se observan otras alteraciones.

Al ingreso del paciente, se realiza una ecografía abdominal que muestra una imagen hipocogénica en flanco y fosa ilíaca derecha, anterior al músculo iliopsoas, con dimensiones de 143 x 79 x 56 mm. Se solicita una tomografía axial computarizada con contraste de tórax que detecta una lesión cavitada de bordes finos, sin contenido, en lóbulo superior derecho, infiltrado de predominio lobar superior pero presente de forma generalizada, compatible con infiltrado tipo árbol en brotes (Figura 1). En consulta con neurocirugía, se gestiona una tomografía axial computarizada de columna dorsolumbar que muestra lesiones osteolíticas en vértebras torácicas (D9-D10-D11-D12) y en L5. Para la evaluación de conducta quirúrgica de las lesiones óseas vertebrales con artrodesis, se solicita resonancia magnética nuclear de columna. A su vez, se precede con análisis de laboratorio, cuyos resultados manifiestan alteraciones del perfil hepático. Posteriormente se solicita serología que informa: IgG para HSV 1 y 2 positivo e IgM negativo siendo el restante de la serología viral negativa, citología del esputo para BAAR positiva para *Mycobacterium tuberculosis* e IgG para Citomegalovirus positivo.

Con el resultado de citología del para *Mycobacterium tuberculosis* positivo, se procede a interconsulta con el Servicio de Cirugía Mínima Invasiva del Hospital Central del IPS, donde se coloca un drenaje multipropósito 12FR en fosa ilíaca izquierda para drenaje del absceso, posterior al diagnóstico clínico y realización de una tomografía axial computarizada (Figura 2). El paciente es encaminado para el servicio de neurocirugía, para realización de artrodesis. Durante la espera para el tratamiento quirúrgico, se indica utilización de corset tipo TLSO y movilización en bloque. El paciente recibe terapia antibacilar con: 2HRZE (fase de inducción de 2 meses con rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol, bajo esquema de primera línea de la OMS) 5 días posteriores al diagnóstico citológico de marzo de 2022.

Hasta la fecha el paciente evoluciona en regular estado general, hemodinámicamente estable, sin goteo de inotrópicos o vasopresores y con regular mecánica respiratoria, pero sin oxígeno suplementario. No relata algia.

DISCUSIÓN

La tuberculosis vertebral o Mal de Pott se presenta entre 1-2% de los casos de tuberculosis (8,9,11) y 15% de los casos de tuberculosis extrapulmonar (4), posibilitando entre el 3-5% de estos casos de tuberculosis extrapulmonar se desarrollan lesiones óseas, al 60% la incidencia si el paciente es portador de VIH (9). Estos datos solidifican la necesidad de diagnóstico temprano y adecuado, ya que tanto la tuberculosis como las lesiones óseas conllevan complicaciones y afectan la calidad de vida del paciente.

Una de las principales complicaciones de la tuberculosis son los defectos óseos vertebrales, pero el absceso del psoas se encuentra entre las causas secundarias frecuentes (2,13,14).

La mayoría de los pacientes que presentan simultáneamente absceso del psoas y tuberculosis vertebral, desarrollan síntomas inespecíficos: lumbalgia, fiebre (11,13), dificultad en la extensión del miembro afectado (Signo del Psoas positivo) (15,17), pérdida de peso e incluso anomalías neurológicas (11). Nuestro paciente se presentó al servicio con: lumbalgia, dificultad en la extensión del miembro afectado, pérdida de peso y expectoración sanguinolenta. Estos datos presentados en la evaluación clínica pueden conducir al diagnóstico con un 24% de sensibilidad (13).

El hallazgo del absceso fue realizado mediante ecografía en el momento de la consulta al departamento de cirugía general, encontrándose una imagen hipocogénica de bordes bien definidos, de tamaño 143 x 79 x 56 mm en flanco y fosa ilíaca derechos, anterior al músculo iliopsoas. El tamaño promedio de los abscesos localizados en iliopsoas es

de 6 cm, mientras que la recomendación de tamaño mínimo para drenaje percutáneo es de 3,5 cm (13) junto a indicaciones clínicas de fiebre y sintomatología, aún en la presencia de tratamiento antibiótico (18-21).

A su vez, el diagnóstico de presunción de tuberculosis fue confirmado mediante tomografía axial computarizada de tórax que mostró una lesión cavitada de bordes finos sin contenido en lóbulos superiores derechos e infiltrado con predominio lobar pero presente de forma generalizada junto a las manifestaciones clínicas crónicas de expectoración sanguinolenta, decaimiento del estado general, pérdida involuntaria de peso y dolor torácico al esfuerzo. Confirmándose el diagnóstico de tuberculosis pulmonar con cultivo del esputo, se confirma el diagnóstico de Mal de Pott, con biopsia de columna y cultivo y posteriormente se prueba la presencia de *Mycobacterium tuberculosis* en el absceso del psoas mediante cultivo.

Posterior al diagnóstico y la constatación de un perfil hepático en rango, se procede a realizar el tratamiento antibacilar de primera línea propuesto por la OMS, son aplicados en dos oportunidades, pero debido alteraciones en el perfil hepático en los días 29 de marzo y 18 de abril, se inserta un régimen antibacilar de segunda línea (según OMS): amikacina, levofloxacino y etambutol, junto con cicloserina y piridoxina. Se conduce a la preparación quirúrgica para artrodesis de columna y se realiza la punción guiada por ecografía del absceso del psoas (9,16,18,19).

Hasta el momento, el paciente se encuentra en seguimiento en el servicio de clínica médica del Hospital Central de IPS, en regular estado general pero estable hemodinámicamente, con terapia antibacilar de segunda línea. También se encuentra bajo vigilancia multidisciplinaria por neurocirugía, infectología, neumología y cirugía de mínima invasión. En 27 de abril se remueve el drenaje del absceso debido a menos débito con favorable clínica del paciente.

CONCLUSIÓN

Con los datos presentados anteriormente, podemos concluir que el diagnóstico del absceso del psoas secundario a Mal de Pott es una patología con manifestaciones clínicas inespecíficas, que tiene alta morbi-mortalidad, afectando la calidad de vida del paciente.

Se hace manifiesta la necesidad de una anamnesis enfocada en síntomas previos al cuadro tuberculoso, así como el contacto con personas enfermas son datos sumamente importantes para indicar una terapéutica adecuada desde el principio. El escenario ideal es diagnosticar la tuberculosis y evitar su diseminación extrapulmonar, ya que ese suele ser el foco primario infeccioso, pero como el paciente suele tardar en atender a la consulta y el cuadro ya tiene varias semanas o meses de evolución, no siempre es posible. Por lo tanto, se debe buscar infección por *Mycobacterium tuberculosis* en los sitios frecuentes, siendo uno de ellos la columna vertebral dorso-lumbar. Una vez diagnosticado el Mal de Pott se debe presumir la posibilidad de la diseminación hematógena hacia el músculo iliopsoas por favorecimiento de la disposición anatómica (2).

El diagnóstico del Mal de Pott se realiza mediante tomografía axial computarizada de columna junto biopsia y cultivo. El diagnóstico presuntivo del absceso del psoas puede hacerse por ecografía y se confirma por tomografía axial computarizada contrastada. Para definir la presencia del absceso secundario, debido al Mal de Pott, se realiza una biopsia del absceso con muestra de la secreción y cultivo

El tratamiento del cuadro requiere primariamente iniciar la terapia antibacilar que, según las guías para tuberculosis de la OMS, indica como primera línea para la fase de inducción 2 HRZE (Rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol) durante 2 meses y para la fase de manutención el 4 HR (Rifampicina e isoniazida) por 4 meses (2). Es mandatorio que el paciente tenga un perfil

hepático en rango, y que se haga el control periódico del mismo, ya que la quimioterapia antibacilar tiene altos índices de toxicidad hepática. También está indicado el drenaje de absceso guiado por ecografía, y artrodesis de las lesiones osteolíticas en la columna (9).

En conclusión, el diagnóstico temprano y adecuado del Mal de Pott agregado a un tratamiento multidisciplinario posibilita la evolución satisfactoria del cuadro y contribuye para mejorar la calidad de vida del paciente.

Contribución de los autores:

Todos los autores mencionados son responsables de la integridad y calidad del trabajo enviado y eventualmente, publicado.

Conflicto de intereses: Los autores de este trabajo declaran no poseer conflicto de intereses.

Fuente de Financiación: Este trabajo fueron utilizados métodos de financiación propia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kandwal P, G. V, Jayaswal A. Management of Tuberculous Infection of the Spine. Asian Spine Journal. 2016;10(4):792.
2. Deng Y, Zhang Y, Song L, Zhang X, Shen Z, Li Z, et al. Primary iliopsoas abscess combined with rapid development of septic shock. Medicine [Internet]. 2018 Dec; 97(51):e13628. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6319997/>
3. WHO consolidated guidelines on tuberculosis: Module 4: Treatment - Drug-susceptible tuberculosis treatment [Internet]. PubMed. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK581329/>
4. Kramer L, Geib V, Eviso J, Alpeter E, Basedow J, Brügger J. Tuberculous sacroiliitis with secondary psoas abscess in an older patient: a case report. J Med Case Rep; Aug 2018 18;12(1):237. Doi 10.1186/s13256-018-1754-4
5. Nakamura T, et al. Clinical characteristic of pyogenic spondylitis and psoas abscess at a tertiary care hospital: a retrospective cohort study. J Orthop Surg Res. Nov 2018 28;13(1):302. Doi 10.1186/s13018-018-1005-9
6. Rodrigues J, et al. Clinical presentation, etiology, management and outcomes of iliopsoas abscess from a tertiary care center in Sout India. J Family Med Prim Care; Oct-Dec 2017 6(4):836-839. Doi

- 10.4103/jfmpc.jfmpc_19_17
7. B Mohamed O, et al. Iliopsoas abscess: clinical presentation, management, and outcome. *Int Surg J.* Jan 2019 6(1):17-21. Doi <http://www.ijsurgery.com>
 8. Malhotra HS. Diagnostic Imaging in Pott's Disease of the spine. *North American Journal of Medical Sciences.* 2013 Jul;5(7):412-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24020049/>
 9. Rajasekaran S, Khandelwal G. Drug therapy in spinal tuberculosis. *European Spine Journal.* 2012 May 12;22(S4):587-93.
 10. Hung J-K. Early diagnosis of spinal tuberculosis. *Journal of the Formosan Medical Association.* 2016 Oct;115(10):825-36.
 11. Loscalzo J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, J Larry Jameson. Capítulo 178 tuberculosis. En: *Harrison's principles of internal medicine.* New York: Mcgraw Hill; 2022; (5104-5200).
 12. Li Y, Funakoshi H, Shiga T, Fujitani S. Iliopsoas abscess. *Cleveland Clinic Journal of Medicine.* 2017 Nov;84(11):833-4.
 13. Nakamura T, Morimoto T, Katsube K, Yamamori Y, Mashino J, Kikuchi K. Clinical characteristics of pyogenic spondylitis and psoas abscess at a tertiary care hospital: a retrospective cohort study. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research [Internet].* 2018 Nov 28; 13(1):302. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30486831/>
 14. Iyyadurai R, Rodrigues J, Sathyendra S, Jagannati M, Prabhakar Abhilash K, Rajan S. Clinical presentation, etiology, management, and outcomes of iliopsoas abscess from a tertiary care center in South India. *Journal of Family Medicine and Primary Care.* 2017;6(4):836.
 15. C Rozman, F Cardellach López, Alexander Von Domarus, Pedro Farreras Valentí, Al E .Capítulo 263: Tuberculosis y otras infecciones causadas por micobacterias no tuberculosas. En. *Medicina interna.* Barcelona: Elsevier; 2020; (2169-2177).
 16. Alexander J. MA, Danny A M, Arlene H S. Capítulo 8 Enfermedades infecciosas. En: *Patología estructural y funcional.* Elsevier Health Sciences Spain; 2015; (371-376).
 17. Iloanusi NI, Unigwe US, Uche EO, Iroezindu MO, Okafor OC. Pott's disease with extensive bilateral psoas abscesses in a Nigerian woman: an unusual case. *Malawi Medical Journal: The Journal of Medical Association of Malawi [Internet].* 2020 Sep 1;32(3):168-72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33488989/>
 18. Conrad A, Ferry T, Ader F, Valour F. Pott's disease associated with large and multiple abscesses in a 30-year-old migrant from Chad. *BMJ Case Reports.* 2018 Jan 29.
 19. Sato T, Kudo D, Kushimoto S. Epidemiological features and outcomes of patients with psoas abscess: A retrospective cohort study. *Annals of Medicine and Surgery.* 2021 Feb;62:114-8.
 20. C. Raviglione M. *Medicina Interna de Harrison.* 19 Ed. Porto Alegre: AMGH; 2017. Tuberculose; p 1102-1122
 21. Zhang Z et al, Minimally invasive surgery for paravertebral or psoas abscess with spinal tuberculosis - a long-term retrospective study of 106 cases. *BMC Musculoskelet Disord;* Jun 2020 6;21(1):353. Doi 10.1186/s12891-020-03344-9.