

# Absceso Primario del Psoas a *Klebsiella Pneumoniae* productora de gas

Dres. Patrik Lyford-Pike<sup>1</sup>, Roberto Le Pera<sup>2</sup>, A. Rodríguez<sup>2</sup>, Gustavo Andreoli<sup>3</sup>,  
A. Vila<sup>4</sup>, Gustavo Veirano<sup>5</sup>

## Resumen

Se analiza un caso clínico de un absceso primario del psoas a *Klebsiella pneumoniae*, con compromiso mediastinal evolutivo, en un paciente Diabético, de sexo femenino, de 61 años. Se hace una revisión de la literatura. Se destaca la dificultad para realizar un diagnóstico precoz dado lo inespecífico de la clínica. La tomografía axial computarizada demostró ser el estudio con mejor relación costo-beneficio. El tratamiento se fundamenta en 2 pilares, antibioticoterapia y drenaje quirúrgico.

## Palabras clave:

Mediastinitis  
Absceso del psoas  
*Klebsiella pneumoniae*

Clínica Quirúrgica "F" (Director Prof. Dr. G. Veirano)  
Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Montevideo.

## Abstract

This clinical case refers to a primary abscess of psoas to *Klebsiella pneumoniae* with evolutive mediastinal involvement, in a Diabetic female patient aged 61. There is a revision of literature. It is difficult to make an early diagnosis given the inspecificity of clinical symptomatology. CAT scan proved to be the study with the best cost-benefit ratio. Treatment is based on two pillars, antibiotic therapy and surgical drainage.

## Key words:

Mediastinitis  
Psoas abscess  
*Klebsiella pneumoniae*

Presentado en la Sesión Científica de la Sociedad de Cirugía del día 8 de junio de 2005.

<sup>(1)</sup> Residente de Clínica Quirúrgica "F"

<sup>(2)</sup> Asistente de Clínica Quirúrgica "F"

<sup>(3)</sup> Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica "F"

<sup>(4)</sup> Residente de Clínica Médica "A"

<sup>(5)</sup> Profesor de Clínica Quirúrgica "F"

Correspondencia: Dr. P. Lyford-Pike  
e-mail: toornado@adinet.com.uy

## Introducción

El absceso del músculo Psoas es una entidad poco frecuente, pero que en diferentes situaciones determina riesgo de vida para el paciente. Se

los puede clasificar en primarios y secundarios, variando los gérmenes implicados y las vías de llegada de los mismos.

El estafilococo dorado es el germen más frecuentemente aislado<sup>(1)</sup> en los abscesos primarios, los que habitualmente son monomicrobianos. En los abscesos secundarios, la flora es polimicrobiana, siendo *Escherichia coli* el germen más frecuente.

Sólo existen 15 casos descritos en la literatura internacional de abscesos primarios del psoas a *Klebsiella pneumoniae*, y en ninguno de ellos se describe un compromiso mediastinal como en el caso que analizaremos.<sup>(2,3)</sup> El primer registro data del año 1962, y los últimos surgen de un trabajo del año 2001, con 7 casos, en la ciudad de Taiwan.<sup>(2)</sup>

### Caso Clínico

BC, sexo femenino, 61 años. Fecha de Ingreso- 5/2/04.

Nº reg- 549.975.

Antecedentes personales de Diabetes Mellitus tratada con hipoglucemiantes orales, con buen control metabólico documentado en los últimos 2 años.

HTA tratada con captopril.

Diverticulosis sigmoidea, diagnosticada por FCC, sin episodios de diverticulitis.

De los antecedentes de la enfermedad actual, se destacaba una consulta aproximadamente 3 meses antes (11/03), con un síndrome urinario bajo, realizándose tratamiento con antibiótico por vía oral, en domicilio. Urocultivo estéril.

En diciembre de 2003 (2 meses antes), consulta por cuadro similar, realizándose tratamiento con ciprofloxacina + ceftriaxona intravenoso por 4 días, completando tratamiento por vía oral en domicilio. Hemo y urocultivo estériles.

En febrero del 2004 consulta en emergencia por dolor cervical e interescapular y dolor en barra en hemiabdomen superior, gravativo, perma-

nente, no relacionado con ingesta. Tránsitos digestivo y urinario sin alteraciones. Del examen físico al ingreso se destaca la presencia de dolor a la movilización de la columna cervical, con examen cardiovascular y pleuropulmonar sin alteraciones. A nivel abdominal, dolor a la palpación de epigastrio, sin elementos de irritación peritoneal.

De la paraclínica al ingreso

G.B. 21.700/ml

VES 124

Examen de orina normal

Rx de tórax interpretada como normal

Ecografía de abdomen sin alteraciones

ECG y enzimograma cardíaco sin alteraciones

Ingres a sala de Medicina para completar valoración y relevamiento bacteriológico.

En sala, aumenta el dolor dorsal y abdominal por lo que se ingresa a Cuidados Intermedios. Al 6º día instala Fibrilación auricular con repercusión hemodinámica que requiere cardioversión eléctrica.

Se realizó Tomografía Axial Computarizada abdómino-pélvica que evidencia una colección medistinal con gas, y otra colección retroperitoneal con nivel hidroaereo. (Figuras 1 y 2)

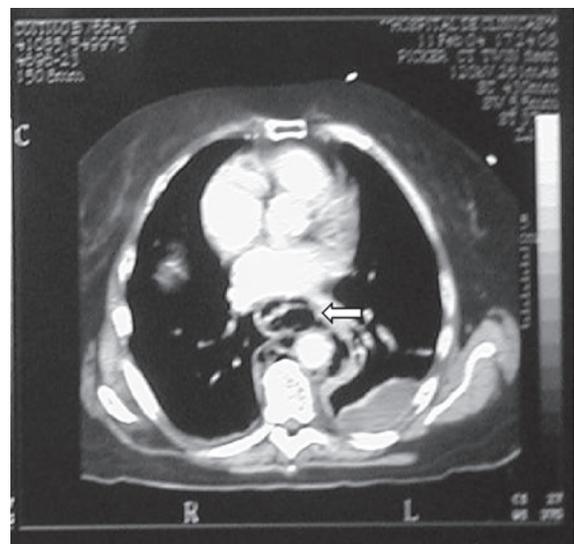


Figura 1



Figura 2

Ante este hallazgo, se solicita valoración por cirujano. Al contactar la paciente, esta se encontraba con tendencia al sueño, febril, bien hidratada y con diuresis conservada (1700cc en 24 horas) y con leve ictericia de piel y mucosas. Examen cardiovascular y pleuropulmonar normal, y dolor a nivel epigástrico, sin defensa ni contractura.

Se analizaron las radiografías de tórax del ingreso, evidenciando signos de neumomediastino. (Figuras 3 y 4)

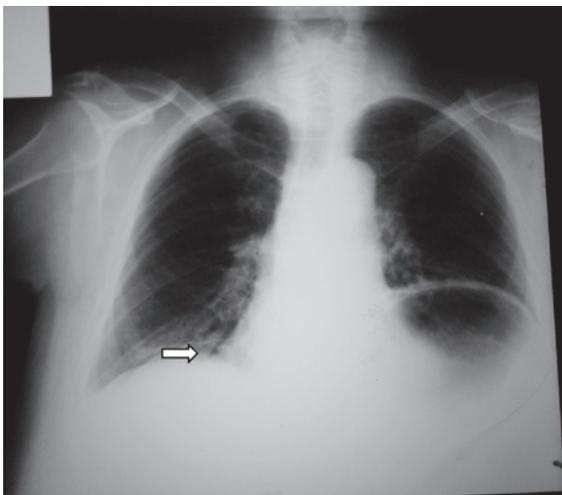


Figura 3

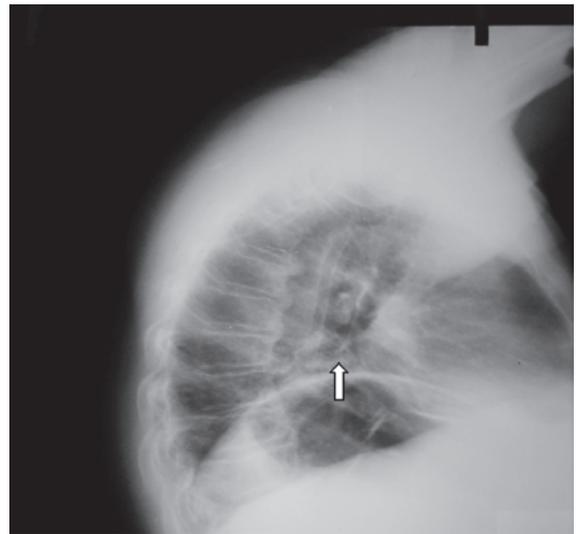


Figura 4

De la paraclínica en ese momento, los elementos a destacar eran la leucocitosis mantenida (21.800/ml) e hiperglicemias mantenidas a pesar del tratamiento con insulina cristalina.

Los planteos etiológicos fueron:

- Perforación de víscera hueca (estómago, colon).
- Absceso primario del psoas.
- Absceso perirenal.
- Absceso osifluente.

Se inició tratamiento con antibiótico intravenoso, con triple plan en base a:

- Metronodazol 500mg I/V, cada 8 horas
- Ciprofloxacina 400mg I/V cada 8 horas
- Clindamicina 600mg I/V cada 6 horas

Se interviene quirúrgicamente realizándose un abordaje extraperitoneal izquierdo, evacuando colección purulenta por delante del psoas y por dentro del riñón izquierdo, destacándose la indemnidad de este, y dejando un drenaje de látex.

Se completa la cirugía con una toracotomía posterolateral izquierda, evacuando abundante pus del mediastino, dejando un drenaje mediastinal y otro pleural.

El postoperatorio transcurrió inicialmente en CTI, extubándose a las 48 horas, y sin disfunciones. Se realizó un control tomográfico a los 7 días, evidenciando resolución completa de la colección retroperitoneal, y parcial de la mediastinal. Se completó la valoración con un centellograma óseo descartando lesión a dicho nivel.

El cultivo del pus de ambas colecciones desarrolló *Klebsiella pneumoniae*, sensible a los antibióticos iniciados empíricamente.

Se otorgó el alta a domicilio aproximadamente un mes después, en buenas condiciones.

## Discusión

El absceso del psoas es una entidad poco frecuente y que requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico. El dolor y la fiebre fueron los síntomas más frecuentemente reportados<sup>(4)</sup>, pero su inespecificidad dificulta el diagnóstico. La tomografía axial computarizada demostró ser el método con mejor relación costo-beneficio.

Los abscesos del psoas pueden ser primarios o secundarios. En los primarios, la vía de llegada del germen sería la hematógena, y en los secundarios, de un foco adyacente. El germen más frecuentemente implicado en los abscesos primarios es el *Estafilococo dorado* (más del 80%), y en segundo lugar por frecuencia se encuentra la *Klebsiella pneumoniae*. En los abscesos secundarios, que son polimicrobianos, los gérmenes aislados son organismos entéricos, y provenientes de un foco adyacente.<sup>(4)</sup> Este foco puede ser una apendicitis aguda, patología colónica, infección discal, osteomielitis, siendo el más frecuente la enfermedad de Crohn.<sup>(5)</sup>

El absceso primario del psoas a *Klebsiella pneumoniae* es una entidad rara. Este corresponde al número 16 reportado en la literatura internacional analizada, y el primero de ellos en que se evidencia una extensión hacia el mediastino del proceso.

Las vías de llegada más frecuente corresponden al sector hepatobiliar (24%), respiratorio (20%) y urinario (19%).<sup>(5)</sup>

En los casos analizados, la Diabetes Mellitus fue la enfermedad de fondo asociada más frecuentemente, y para muchos autores, un factor etiológico fundamental, y con implicancias pronóstica. La formación de gas es también un factor pronóstico, atribuyéndosele una mortalidad del 80%.<sup>(2)</sup>

El tratamiento se debe basar en 2 pilares fundamentales, un tratamiento antibiótico adecuado, y drenaje de las colecciones. El tratamiento únicamente con antibióticos demostró no ser suficiente.<sup>(3)</sup>

La recaída es poco frecuente con este germen, sólo detectada en pacientes con importante inmunosupresión. La frecuencia de recaída oscila entre el 2 y 5%.<sup>(7, 8, 9)</sup>

## Conclusiones

El absceso primario del psoas a *Klebsiella pneumoniae* es una entidad poco frecuente, pero debe ser considerado como un diagnóstico alternativo en el paciente diabético, con elementos toxi-infecciosos y sin un foco evidente.

La tomografía axial computarizada es el mejor método diagnóstico en estos pacientes, siendo la formación de gas un factor de mal pronóstico.

El tratamiento se basa en dos pilares, antibioterapia y drenaje de colecciones.

## Referencias bibliográficas

- (1) Ricci MA, Rose FB, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess: world variations in etiology. *World J Surg.* 1986;10: 834-843.
- (2) Chang CM, Ko WC, Lee HC, Chen YM, Chuang YC. *Klebsiella Pneumoniae* psoas abscess: predominance in diabetic patients and grev prognosis in gas forming cases. *J Microbiol Immunol Infect.* 2001, 34: 201-6
- (3) Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O. Psoas abscess: case report and review of literature. *J Urol* 1992, 147: 1624-46.

- (4) Mori K, Kovayash M, Arai Y, Nishikawa Z, Dohi J. Gas-forming primary psoas abscess caused by *Klebsiella Pneumoniae*: report of case and review of literature, *Infect Dis critical patients*. 2004; 12(6): 334-7
- (5) Wang LS, Lee FY, Cheng DL, Liu CY, Hinthorn DR, Jost Pm. *Klebsiella Pneumoniae* bacteriemia: analysis of 100 episodes. *J Formos Med Assoc*. 1990, 89: 756-63.
- (6) Sugawara Y, Sato O, Miyata T, Kimura H, Yamaoka M, Vozaki H et al. Ruptured abdominal aorta secondary to psoas muscle abscess due to *Klebsiella pneumoniae* in an alcoholic. *J Infect*. 1997; 35: 185-8.
- (7) Jang TN, Juang GD, Fung CP. Fulminating gas-forming psoas muscle abscess due to *Klebsiella pneumoniae* following a deep neck infection. *J Formos Med Assoc*. 1997; 96: 134-6
- (8) Repine JE, Clawson CC, Goetz FC. Bactericidal function of neutrophil from patients with acute bacterial infection and from diabetics. *J Infect Dis*. 1980; 142: 869-75.
- (9) Haung JJ, Chen KW, Ruaan MK. Mixed acid fermentation of glucose as a mechanism of emphysematous urinary tract infection. *J Urol*. 1991; 146: 148-51.