

|                |   |
|----------------|---|
| <b>Caso</b>    | (484) Absceso de ileopsoas como presentación de apendicitis aguda   |
| <b>Autores</b> | Gonzalo Martín Ordóñez, Lucía Gómez-pimpollo García, Jose Carlos Flores Quan, Paola De Jesús Aguirre Camino, Juana Carolina González Gallardo, César Resino Sánchez |
| <b>Centro</b>  | Hospital Universitario Puerta De Hierro Majadahonda   |

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 57 años con dolor agudo en fosa ilíaca derecha y miembro inferior derecho, cuadro febril desde hace 10 días, vómitos y estreñimiento. Analítica con leucocitosis de 17.100 /microL y PCR >250 mg/L. Se realiza TC abdominal urgente con CIV visualizándose una gran colección anfractuosa que mide aproximadamente 11 x 8 x 14 cm (TxAPxL) localizada en el espesor del músculo ilíaco y que asciende siguiendo el trayecto del músculo psoas derecho. Tiene discreto realce periférico y aisladas burbujas de gas en su interior, hallazgos que sugieren absceso en dicha localización. La colección está en íntimo contacto con una imagen tubular desestructurada que depende del ciego que corresponde al apéndice cecal. Hallazgos en relación con apendicitis aguda complicada con formación de absceso retroperitoneal de músculo iliopsoas derecho.

## DISCUSIÓN

El absceso de psoas supone un reto diagnóstico debido a la escasa especificidad de su clínica y a su baja incidencia, lo que supone una demora en el diagnóstico aumentando la posibilidad de generar complicaciones.

Etiopatogénicamente se dividen en primarios y secundarios. Los primarios, en los que no se encuentra un foco, suelen afectar a pacientes inmunodeprimidos. Los secundarios, más comunes en nuestro medio, proceden de infecciones de órganos y estructuras vecinas, tanto del retroperitoneo, espacio retrofascial, como de órganos intraperitoneales. Estadísticamente los focos digestivos son los más frecuentes (mayormente por enfermedad de Crohn fistulizante).

En cuanto a las técnicas de imagen, la ecografía aporta gran información, aunque no es capaz de identificar abscesos pequeños o en fase flemonosa. Se calcula la especificidad de la ecografía entorno al 50% frente al 100% del TC.

La tomografía es la mejor prueba para el diagnóstico de esta entidad, siendo también fundamental para el planteamiento terapéutico. Proporciona un diagnóstico rápido, temprano y preciso y habitualmente permite definir la enfermedad primaria subyacente.

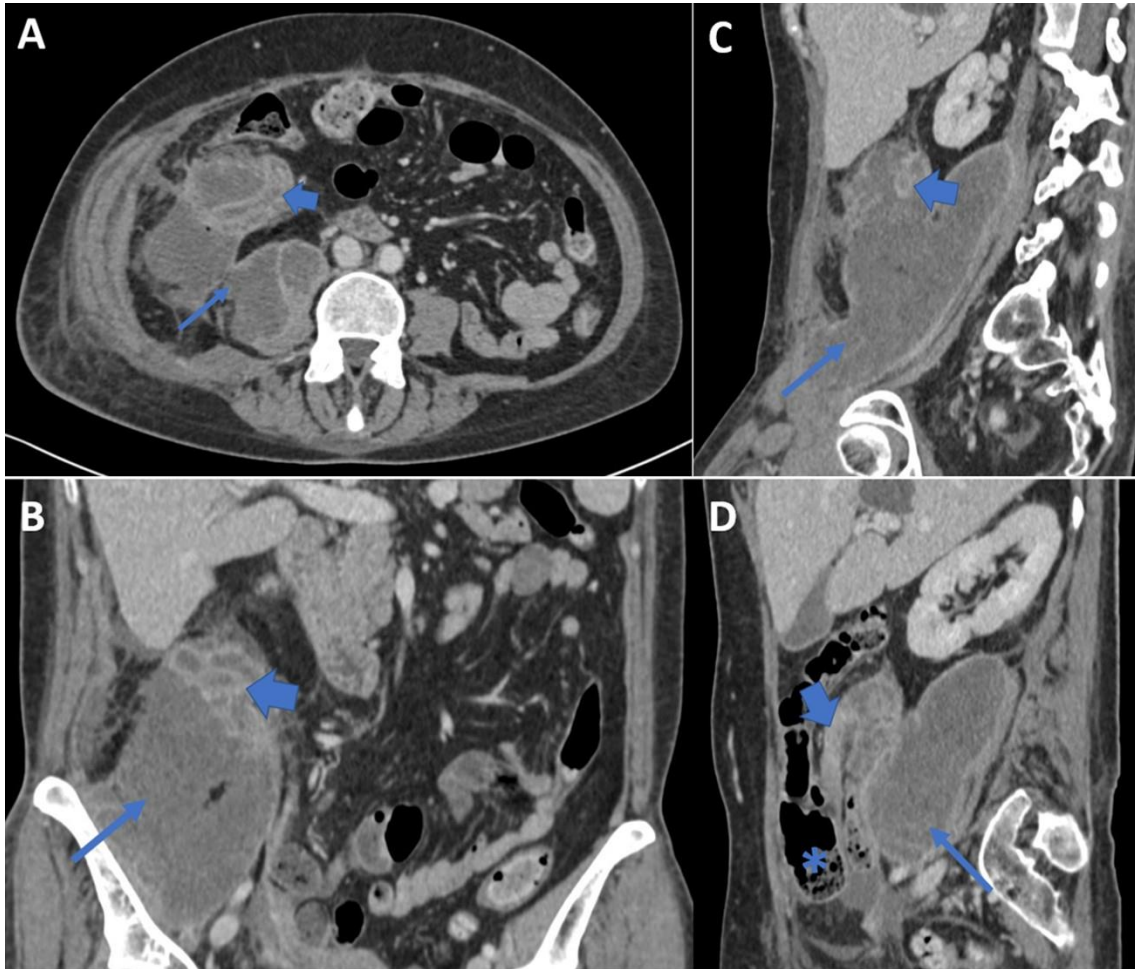
En imagen, los abscesos se comportan como imágenes hipodensas con realce en su pared tras la inyección de contraste. Puede apreciarse extensión a estructuras vecinas o presencia de gas en su interior, así como destrucción ósea asociada a en fases muy evolucionadas.

El diagnóstico diferencial por imagen debe realizarse con neoplasias necróticas y hematomas crónicos. El conocimiento de la historia clínica y los datos analíticos es

importante, aunque en algunos casos puede ser necesaria la aspiración y drenaje mediante TC o ecografía de las lesiones para llegar a un diagnóstico definitivo.

## CONCLUSIÓN

El absceso de psoas supone un reto diagnóstico debido a la escasa especificidad de su clínica y a su baja incidencia, lo que supone una demora en el diagnóstico aumentando la posibilidad de generar complicaciones. El desarrollo en las técnicas de diagnóstico por imagen ha supuesto una mejora tanto a la hora de diagnosticar como a la de tratarlos.



*Gran colección hipodensa localizada en el espesor de los músculos ilíaco y psoas derechos (flecha), con discreto realce periférico y aisladas burbujas de gas en su interior. Está en íntimo contacto con una imagen tubular desestructurada (cabeza de flecha) que depende del ciego (asterisco) correspondiente al apéndice cecal.*

## BIBLIOGRAFÍA

Tonolini M, Campari A, Bianco R. Common and unusual diseases involving the iliopsoas muscle compartment: spectrum of cross-sectional imaging findings. *Abdominal Imaging*. 2012; 37:118-139.

Navarro Gil Joaquín, Regojo Zapata Óscar, Elizalde Benito Ángel, Hijazo Conejos José Ignacio, Murillo Pérez Carlos, Sánchez Zalabardo José Manuel et al. Absceso de psoas: revisión de la bibliografía. *Arch. Esp. Urol*. 2006; 59: 73-77.