

**DOI:** 10.26820/recimundo/4.(4).octubre.2020.319-325

**URL:** <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/896>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIMUNDO

**ISSN:** 2588-073X

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Reporte de Caso

**CÓDIGO UNESCO:** Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 319-325



## Reporte de caso clínico: discitis y absceso de psoas como complicación de infección de vías urinarias por *Escherichia coli*

Clinical case report: discitis and psoas abscess as a complication of urinary tract infection by *Escherichia coli*

Relato de caso clínico: discite e abscesso do psoas como complicação de infecção do trato urinário por *Escherichia coli*

Dennisse Catherine Haro García<sup>1</sup>; Wimper Ivan Salazar Alvarado<sup>2</sup>;  
Nadia Dayan Vásquez Vera<sup>3</sup>; Lito Danny Campos Carbo<sup>4</sup>

**RECIBIDO:** 10/07/2020 **ACEPTADO:** 26/08/2020 **PUBLICADO:** 15/10/2020

1. Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; dennisse\_harog@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-7165-4288>
2. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; wimperivan@yahoo.com;  <https://orcid.org/0000-0002-1711-7729>
3. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; nadiavv\_7@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-8204-7480>
4. Médico Internista; Hospital Clínica San Francisco; Docente de la Universidad de Guayaquil; Tutor Hospitalario Universidad de Especialidades Espíritu Santo; Guayaquil, Ecuador; litocamposmd@yahoo.com;  <https://orcid.org/0000-0003-1327-2200>

### CORRESPONDENCIA

Dennisse Catherine Haro García  
dennisse\_harog@hotmail.com

**Guayaquil, Ecuador**

## RESUMEN

La discitis y el absceso de psoas son patologías infrecuentes cuya ocurrencia está relacionada con factores de riesgo como diabetes mellitus, edad avanzada y estados de inmunosupresión. Dado su curso evolutivo insidioso y su cuadro clínico inespecífico, representan un desafío diagnóstico, en donde la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética juegan un rol importante.

Presentamos el caso clínico de una paciente con antecedentes de diabetes mellitus, que ingresa por un cuadro clínico de infección complicada del sistema urinario, que se manifestó con fiebre y dolor lumbar persistente; en el curso de su evolución ante la sospecha clínica, fue evaluada con tomografía y resonancia magnética, pudiéndose diagnosticar discitis y absceso de psoas secundario, con aislamiento de *E. coli*, requiriendo de antibioticoterapia y drenaje percutáneo de la colección.

**Palabras clave:** Absceso del psoas, discitis, Escherichia coli, sistema urinario.

## ABSTRACT

Discitis and psoas abscess are infrequent pathologies, the occurrence of which is related to risk factors such as diabetes mellitus, advanced age and immunosuppression states; Given their insidious evolutionary course and their nonspecific clinical picture, they represent a diagnostic challenge, in which computed tomography and magnetic resonance imaging play an important role.

We present the clinical case of a female patient with a history of diabetes mellitus, who is admitted due to a clinical picture of complicated urinary tract infection, who manifests with fever and persistent low back pain. Given the clinical suspicion, it was evaluated with tomography and magnetic resonance imaging, being able to diagnose discitis and secondary psoas abscess with isolation of *E. coli*, requiring antibiotic therapy and percutaneous drainage of the collection.

**Keywords:** Psoas abscess, discitis, escherichia coli, urinary tract.

## RESUMO

Discite e abscesso do psoas são patologias pouco frequentes, cuja ocorrência está relacionada a fatores de risco como diabetes mellitus, idade avançada e estados de imunossupressão; Dada sua trajetória evolutiva insidiosa e seu quadro clínico inespecífico, representam um desafio diagnóstico, no qual a tomografia computadorizada e a ressonância magnética desempenham um papel importante.

Apresentamos o caso clínico de uma paciente com história de diabetes mellitus, que é admitida por quadro clínico de infecção complicada do trato urinário, que se manifesta com febre e lombalgia persistente. Diante da suspeita clínica, foi avaliada com tomografia e ressonância magnética, podendo diagnosticar discite e abscesso secundário do psoas com isolamento de *E. coli*, necessitando de antibioticoterapia e drenagem percutânea do acervo.

**Palavras-chave:** Abscesso de psoas, discite, escherichia coli, trato urinário.

## **Introducción**

El absceso de psoas es una entidad poco frecuente, descrita por primera vez por Herman Mynter en 1881 como una complicación del mal de Pott, quien la denominó Psoitis, que consiste en la acumulación de pus en el espacio o compartimiento del músculo psoas iliaco (1). Por su origen se clasifica en primario cuando aparece tras diseminación por vía hematológica o linfática desde un foco infeccioso no conocido u oculto, y secundario cuando se relaciona con foco infeccioso conocido, diseminándose comúnmente por contigüidad o vecindad del foco infeccioso al músculo (2).

El *Stafylococcus aureus* es el microorganismo aislado con mayor frecuencia en los abscesos de psoas de origen primario, mientras que los secundarios pueden ser polimicrobianos o monomicrobianos, siendo las bacterias entéricas las más frecuentes destacándose entre estas a la *Escherichia Coli* en la mayoría de los casos (3).

Clásicamente se presenta como una triada que consiste en fiebre, dolor lumbar y dolor a la flexión del muslo (4). Aunque muchas veces de difícil diagnóstico por el carácter insidioso, y dado que la triada no está presente en todos los pacientes, el apoyo en estudios de imágenes como la tomografía computarizada (TC) con contraste intravenoso y la resonancia magnética nos ayudan a precisarlo (5).

El tratamiento consiste en antibioticoterapia y el drenaje del absceso guiado por ultrasonido o TC, reservando el drenaje quirúrgico en casos de dificultad para el acceso, abscesos multiloculados, coexistencia del absceso con enfermedad gastrointestinal que requiera cirugía, o fallo en el drenaje guiado por imágenes, además del tratamiento de la enfermedad de origen en el caso de los abscesos secundarios (5)(6).

La discitis es un proceso infeccioso que involucra los discos intervertebrales, que

al abarcar los cuerpos vertebrales recibe el nombre de espondilodiscitis; la mayoría de las veces el foco infeccioso es de origen urinario por diseminación hematológica, aunque también siguiendo similar vía de diseminación puede deberse a procesos infecciosos que afecten la piel, vías respiratorias y heridas quirúrgicas. El microorganismo aislado con mayor frecuencia es el *Staphylococcus aureus*, sin embargo, también se aíslan gram negativos, dentro de ellos la *E. coli* es la bacteria más frecuente. La localización en orden de frecuencia es la columna lumbar, torácica, cervical y sacra (7). El síntoma característico es el dolor; puede haber fiebre, aunque no en todos los casos, menos frecuentemente compromiso neurológico a manera de parestesias y déficit motor de acuerdo al grado de compromiso del canal medular. El tratamiento consiste en antibioticoterapia y en caso de requerirlo cirugía para un correcto debridamiento del tejido inflamatorio y preservar la funcionalidad de la columna afectada (8).

## **Caso clínico**

Paciente femenina de 70 años, antecedentes clínicos de diabetes mellitus tipo 2, artrosis, incontinencia urinaria e infecciones de vías urinarias a repetición. Antecedentes quirúrgicos de colecistectomía, histerectomía y hemorroidectomía. Medicación habitual metformina 500 mg diarios.

Consultó por cuadro clínico de 72 horas de evolución caracterizado por disuria, polaquiuria, malestar general, alza térmica no cuantificada y dolor en región lumbar de gran intensidad.

A la exploración física presentó fiebre 38°C, mucosas orales secas, puñopercusión bilateral positiva, puntos ureterales negativos. El análisis de ingreso reportó leucocitos de 5280 por mm<sup>3</sup>, PMN 91.8 %, plaquetas 139000 por mm<sup>3</sup>, PCR 124 mg/L, procalcitonina 4.39 ng/ml. Uroanálisis: leucocitos 2-3 por campo, bacterias ++++.

Ecografía pélvica con volumen premicción 633 ml, postmicción 327 ml (52% significativo), es valorada por servicio de Urología diagnosticándose vejiga neurogénica, con indicación de sondaje uretral permanente.



**Figura 1.** Tomografía Abdominopélvica simple, doble sistema pielocalicial derecho (flechas naranjas), no signos de abscedación renal, no litos

**Fuente:** Los autores

Se realizó ingreso hospitalario con reposición agresiva de fluidos y se instauró infusión de insulina debido a cifras de hiperglicemia refractarias a correcciones, antibioticoterapia con Piperacilina/Tazobactam.

Al tercer día se recibe resultados de hemocultivos y urocultivo positivos para *E. coli* cepa productora de betalactamasas, por lo que se escala a Meropenem.

Al quinto día la paciente se encontraba con hemodinamia estable, afebril, sin infusión

de insulina continuando con antibioticoterapia, repentinamente empezó a referir dolor de gran intensidad en región lumbosacra, con irradiación a miembros inferiores, que incrementa al movimiento, ante lo cual se instaura analgesia, sin embargo, por persistencia de sintomatología se solicita imágenes de resonancia magnética de columna que muestra moderada espondiloartrosis con canal estrecho a predominio de L2-L3 donde se observó discitis y una leve colección paravertebral izquierda que se extendía ipsilateralmente hacia el psoas.



**Figura 2.** Resonancia magnética de columna en secuencia T2 con saturación grasa, intenso edema a nivel de cuerpos vertebrales L2-L3 (flecha naranja)

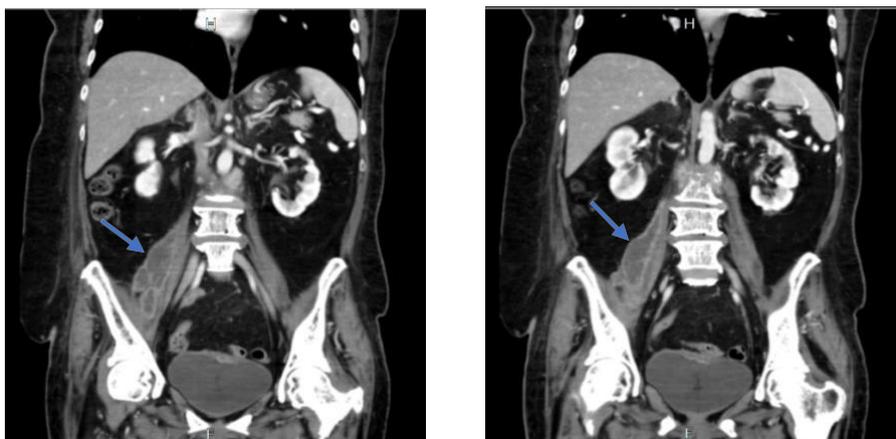
**Fuente:** Los autores



**Figura 3.** Resonancia magnética de columna en secuencia T2, colección paravertebral L2-L3 (flecha verde) que se extiende lateralmente hacia el psoas.

**Fuente:** Los autores

Varios días después del episodio doloroso presenta severa limitación funcional de miembro inferior derecho, por lo que se realizó nuevo estudio de imágenes tomográficas donde se determina absceso del psoas derecho.



**Figura 4.** Tomografía abdominopélvica contrastada. Hipodensidad con realce periférico en trayecto de psoas desde L12 hasta hueso ilíaco (abscedación con flecha azul).

**Fuente:** Los autores

Se realizó drenaje del absceso guiado por ecografía obteniendo 30 ml de líquido purulento y se envió muestra para cultivo. En la tomografía de control se evidenció resolución completa del absceso. Nuevos hemocultivos y cultivo de líquido sin desarrollo de crecimiento bacteriano. Posterior a modificación del esquema antibiótico implementado, la paciente se tornó asintomática, con marcadores inflamatorios descendidos, y notable mejoría clínica, así como marcada

disminución progresiva de la limitación funcional, recuperando la bipedestación; egresa en condiciones estables prescribiéndose antibioticoterapia por 30 días con linezolid y doxiciclina oral.

### Discusión

El absceso de psoas y la discitis por sí solas son entidades infrecuentes; sin embargo, tienen una noxa en común: la infección de

vías urinarias. La paciente tenía como antecedentes infección repetitiva de vías urinarias y factores de riesgo como diabetes mellitus, vejiga neurogénica, doble sistema pielocalicial que predisponen a dichas infecciones (9).

La presentación clínica de la discitis puede ser variada, lo más común es el lumbago, que exacerba con la posición supina, como lo manifestado por la paciente, no obstante, es una sintomatología muy general que necesita ser adecuadamente estudiada ya que puede confundirse con procesos degenerativos comunes como hernias discales o artrosis, lo que ensombrece el diagnóstico (10).

Nuestra paciente, en el curso de su evolución, presentó dolor y severa limitación funcional de la extremidad inferior derecha, lo que orientó, dentro del diferencial, a la sospecha clínica de absceso de psoas en el contexto de una paciente con todos los factores de riesgo para desarrollar dicha nosología, así como las características clínicas del mismo que se manifiesta con la triada clásica: fiebre, dolor lumbar y limitación funcional a la flexión del muslo (6).

En la literatura se describe al *Estafilococo aureus* como agente etiológico más frecuente para ambas complicaciones, seguido por *Escherichia coli*, aunque si bien es cierto, ésta última no fue aislada en el cultivo del absceso, sí se halló crecimiento de la misma en los hemocultivos y urocultivos, destacándose que previo al drenaje la paciente se encontraba recibiendo carbapenémicos. Como parte del tratamiento se le realizó drenaje percutáneo del absceso de psoas guiado por ecografía ya que suele ser el método más común, con una resolución del mismo en el 80% (6); mientras que el esquema de antibioticoterapia durante 4 a 12 semanas es la terapéutica indicada para la discitis (11).

La importancia de nuestro caso clínico radi-

có en la poca frecuencia de ambas complicaciones y que coexistan en un mismo paciente, como en el caso presentado y cómo se logró recuperación completa de la misma, ya que la mortalidad por absceso de psoas suele llegar a 18.9% y se incrementa cuando se agregan otras complicaciones (12).

## Conclusiones

El manejo de nuestra paciente fue antibioticoterapia con meropenem dirigido al agente aislado que fue *E. coli*, cepa productora de betalactamasas y drenaje percutáneo guiado por ecografía del absceso de psoas, con recuperación completa del mismo y tratamiento ambulatorio por 4 semanas para discitis con linezolid y doxiciclina.

Es importante tomar en cuenta la sintomatología detallada por el paciente adulto mayor como dolor lumbar, limitación funcional para la marcha o fiebre, ya que de instaurarse un absceso de psoas sin tratamiento oportuno puede llevar a sepsis con incremento en la mortalidad o discitis que como desenlace puede provocar úlceras por presión y empeorar la calidad de vida.

## Bibliografía

1. Mallick IH, Thoufeeq MH, Rajendran TP. Iliopsoas abscesses. 2004;(February):459–62.
2. Hanbury DC. Urological Iliopsoas Abscess. 2014;(March 2012). Available from: [https://www.researchgate.net/publication/259972134\\_Urological\\_Iliopsoas\\_Abscess](https://www.researchgate.net/publication/259972134_Urological_Iliopsoas_Abscess)
3. Hu SY, Hsieh MS, Chang YT, Huang CC, Tsai CA, Tsai CL, et al. Clinical features, management, and outcome of iliopsoas abscess associated with cardiovascular disorders: A hospital-based observational case series study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2019;20(1):1–11.
4. Xu BY, Vasanwala FF, Low SG. A case report of an atypical presentation of pyogenic iliopsoas abscess 11 *Medical and Health Sciences* 1103 *Clinical Sciences.* *BMC Infect Dis.* 2019;19(1):2–5.
5. Shields D, Robinson P, Crowley TP. Iliopsoas abscess - A review and update on the literature. *Int J*

- Surg [Internet]. 2012;10(9):466–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijisu.2012.08.016>
6. Jiménez M, Pérez C, Vega C. Absceso del músculo psoas iliaco como causa de lumbociatalgia. *Mediciencias UTA* [Internet]. 2018 Dec 26;2(4):10. Available from: <https://medicienciasuta.uta.edu.ec/index.php/MedicienciasUTA/article/view/131>
7. Pintado-García V. Espondilitis infecciosa. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2008;26(8):510–7.
8. Bhavan KP, Marschall J, Olsen MA, Fraser VJ, Wright NM, Warren DK. The epidemiology of haematogenous vertebral osteomyelitis: A cohort study in a tertiary care hospital. *BMC Infect Dis*. 2010;10:2–9.
9. Zaha DC, Jurca CM, Daina LG, Vesa CM, Popa AR, Jurca AD, et al. Prevalence of urinary tract infection and antimicrobial susceptibility among diabetic patients. *Farmacia*. 2020;68(2):250–5.
10. Jr WMR. International Journal of Surgery Case Reports Treatment of lumbar discitis using silicon nitride spinal spacers : A case series and literature review. *Int J Surg Case Rep* [Internet]. 2018;43:61–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2018.02.009>
11. Shenoy K, Singla A, Krystal JD, Razi AE, Kim YH, Sharan AD. Discitis in Adults. *JBJS Rev* [Internet]. 2018 Jun;6(6):e6. Available from: <http://journals.lww.com/01874474-201806000-00007>
12. Lidid A L, Casas M JS. Absceso del iliopsoas: Claves para el diagnóstico imagenológico. *Rev Chil Radiol*. 2017;23(4):163–73.



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

### CITAR ESTE ARTICULO:

Haro García, D. C., Salazar Alvarado, W. I., Vásquez Vera, N. D., & Campos Carbo, L. D. (2020). Reporte de un caso clínico: discitis y absceso de psoas, complicación de infección de vías urinarias por Escherichia Coli. *RECIMUNDO*, 4(4). [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(4\).octubre.2020.319-325](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(4).octubre.2020.319-325)