

Caso 154**Absceso glúteo: un desafío para el médico de urgencias**RIVERO RIVERO NOELIA¹,RIVERO RIVERO YASMINA DEL CARMEN².¹ Facultativa Adjunta Servicio de Urgencias.² MIR de Medicina de Familia y Comunitaria.

Servicio de Urgencias. Hospital Complejo Universitario Insular - Materno Infantil de Gran Canaria

HISTORIA CLÍNICA**Caso clínico**

Se remite a Urgencias una mujer de 68 años por un cuadro de lumbalgia de quince días de evolución, que se asocia a mal estado general y cuadro de desconexión del medio. En los últimos cinco días la paciente había disminuido su capacidad funcional, realizando vida en cama.

Su familia relata clínica compatibles con convulsiones tónico-clónicas en los días previos y episodios similares de lumbociatalgia en las tres semanas previas, con buena respuesta a antiinflamatorios.

No se refiere traumatismo previo, fiebre, incontinencia de esfínteres, dolor torácico, abdominal, vómitos o náuseas ni otra sintomatología.

Antecedentes personales

Alergia a la penicilina. Obesidad mórbida. Hipotiroidismo. Hipertensión arterial. Psoriasis. Diabetes mellitus tipo II. Infarto de miocardio (hace siete años). Absceso glúteo que precisó drenaje quirúrgico en dos ocasiones (hace dos años).

EXAMEN FÍSICO

TA: 134/56 mmHg. Frecuencia cardíaca 96 latidos por minuto; Temperatura 35,4°C. Taquipnea de 30 respiraciones por minuto. Consciente, orientada en persona y espacio (no en tiempo). Palidez cutánea y de mucosas. Bien hidratada. Auscultación cardíaca y pulmonar normal. Abdomen globuloso, blando y depresible, sin dolor a la palpación salvo puño-percusión renal derecha positiva. Miembros inferiores sin signos de trombosis venosa profunda ni edemas, pulsos tibial posterior y pedio bilateral

presente, Lassegue derecho positivo a 30 °. Dolor a la palpación de apófisis de columna dorsal baja y lumbar sin signos de crepitación ni enrojecimiento. Columna cervical normal. Pelvis normal. Glúteo derecho indurado sin calor ni fluctuación, glúteo izquierdo normal. Tacto rectal: doloroso a la realización, más en el lado derecho sin llegar a palpar masas. Hipertonía del esfínter anal externo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se planteó como posibilidades diagnósticas:

1. Lumbociatalgia mecánica derecha con contractura de la musculatura y cuadro de crisis epilépticas.
2. Sepsis por probable absceso epidural-muscular con situación de hipoperfusión cerebral.
3. Espondilodiscitis aguda.
4. Síndrome miosfacial del glúteo menor.
5. Absceso anal.

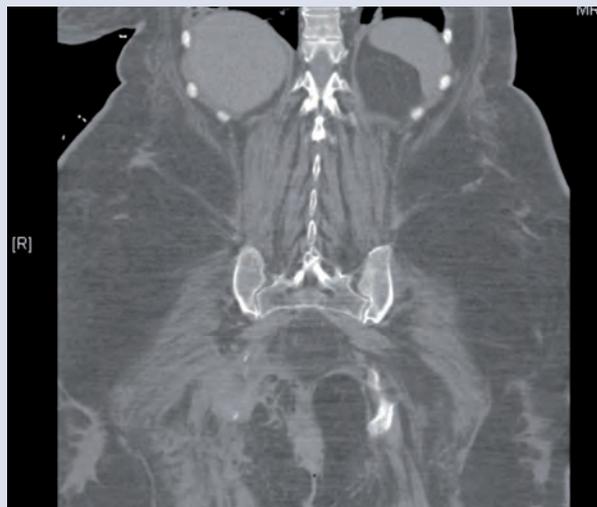
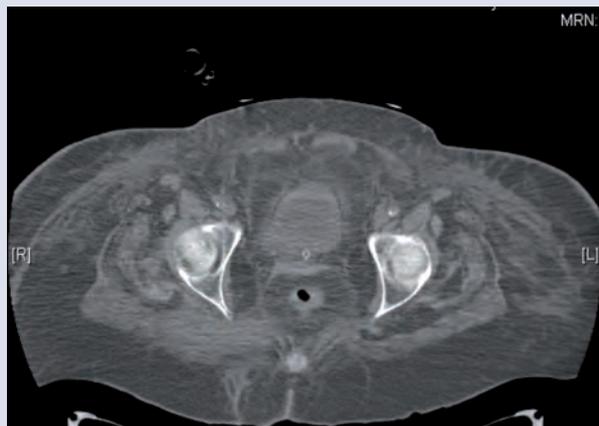
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Laboratorio: hemoglobina 11,3 g/dl; hematocrito 32,7 %; 16.000 leucocitos/mm³ con 86,5% neutrófilos; glucemia 468 mg/dl; creatinina 0,8 mg/dl; sodio 130 mmol/L; potasio 3,2 mmol/L; procalcitonina 0,5 ng/ml; lactato 3,38 mmol/L; gasometría arterial sin objetivarse alteraciones.

Radiografía de tórax: Cardiomegalia, sin condensaciones a nivel pulmón. No se identifica signos de enfisema subcutáneo. Radiografía de abdomen: No se objetivan alteraciones. TAC de cráneo: Normal. TAC de tórax-abdomen-pelvis: Mínimo derrame pleural izquierdo. Colección multiloculada de 184x165x148mm (diámetro craneocaudal, transverso y anteroposterior respectivamente) que se extiende en región derecha inferior del glúteo mayor, isquion, fosas isquiofemorales e isquiorrectales, desplazando el recto hacia el lado contralateral y raíz del músculo periné compatible con absceso. Signos de edema en la grasa del tejido celular subcutáneo en relación con celulitis con burbujas de gas en la grasa del flanco derecho.

EVOLUCIÓN

Se identifica el estadio de sepsis por lo que se inicia tratamiento desde Urgencias con ciprofloxacino y metronidazol (debido a sus antecedentes de alergia a penicilina) y se realiza en quirófano desbridamiento y drenaje del absceso.



Figuras 1 y 2: TAC abdomen-pelvis: absceso glúteo mayor derecho

La paciente precisó de cirugía en tres ocasiones. Se aisló *Streptococcus agalactiae*, *Candida albicans*, *Staphylococcus aureus* y bacilos Gram negativos. Se ajustó antibioterapia en función del antibiograma a linezolid asociado a levofloxacino y caspofungina.

Tras la cirugía, la paciente presenta en la planta un cuadro de disnea progresiva, con acidosis metabólica no láctica, e importante deterioro del nivel de consciencia (Glasgow de 5) que precisa de ingreso en UCI y ventilación mecánica invasiva. Se diagnóstica de neumonía con fallo multiorgánico (insuficiencia renal y hepática). Durante el ingreso presentó un brote agudo de psoriasis (requirió tratamiento dermatológico,) y se realizaron en varias ocasiones drenaje de los abscesos del glúteo. Tras dos semanas se consigue retirar la ventilación mecánica invasiva, pero precisa de traqueostomía quirúrgica y de BIPAP. Tras tres meses de ingreso hospitalario, una vez resuelto el cuadro de neumonía, insuficiencia renal y hepática, así como con la negativización de los posteriores cultivos de los abscesos glúteos, la paciente es derivada a un centro para continuar su rehabilitación y convalecencia.

DIAGNÓSTICO FINAL

Shock séptico secundario a absceso del glúteo derecho con extensión a flanco derecho y recto. Neumonía nosocomial. Fallo multiorgánico secundario.

DISCUSIÓN

La lumbalgia aguda es una de las patologías más frecuente en los servicios de urgencias. En el 70-

80% de las ocasiones son lumbalgias de carácter mecánico, pero hay que tener presente aquellos síntomas de alarma tales como la fiebre, afectación neurológica, historia personal del paciente (diabetes, encamamiento, inmunosupresión, etc) porque la orientación diagnóstica y el tratamiento pueden ser diferentes. Se pueden identificar una patología subyacente oculta como los abscesos.

Los abscesos musculares son causados principalmente por *Staphylococcus aureus*. Por ello, el tratamiento consiste en la administración de penicilinas resistentes a las penicilinasas o cefalosporinas de primera generación y el drenaje quirúrgico. No es infrecuente que se produzca una colonización por múltiples gérmenes (aerobios, anaerobios y hongos), en todos los casos se aconseja la obtención de muestras para cultivo para instaurar el tratamiento antibiótico adecuado según antibiograma.

Los pacientes con diabetes mellitus, con desnutrición, alcoholismo, inmunosupresión o con antecedentes de traumatismo en la región glútea, como el roce por el encamamiento, son más propensos a presentar esta enfermedad. Es fundamental un diagnóstico y tratamiento tempranos para disminuir su morbimortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hassan MF, Mohamed MB, Kalsi P, Sinar EJ, Bradley N, Jun 2011. Intramedullary pyogenic abscess in the conus medullaris. Br J Neurosurg. 2012;26(1):118-9.

2. Felício JS, Martins CL, Liberman B. Diabetes mellitus and spinal epidural abscess: clinical or surgical treatment? *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2011; 55(9) :720-2.
3. Abscesses. Merck Manual of Diagnosis and Therapy. 18^a edición. Merck Sharp & Dohme Harcourt; 2006.

COMENTARIO EDITORIAL

La **lumbalgia** es una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de Urgencias. Una gran parte son de carácter mecánico, pero debemos estar atentos en la anamnesis y exploración física dado que existen **multitud de patologías graves** que pueden debutar o incluir entre sus síntomas la lumbalgia.

La **piomiositis** es la infección purulenta del musculo esquelético. Algunos factores predisponentes son cierto grado de inmunodepresión como la diabetes mellitus, los traumatismos o lesiones de la piel que favorezcan una bacteriemia. Se caracteriza por fiebre, dolor muscular y su progresión insidiosa. Habitualmente se presenta en tres etapas: 1) Estadio invasivo (10-21 días) es el periodo subagudo caracterizado por el dolor muscular intenso acompañado de disminución de la movilidad, inflamación o tumefacción "leñosa" que se acompaña de febrícula o fiebre y mínima elevación de los reactantes de fase aguda. El paciente puede no percibir claramente la clínica. 2) Estadio purulento (a partir de 10-21 días) que ocurre cuando ya existe una colección purulenta, con mayor fiebre, dolor, signos inflamatorios y elevación de reactantes de fase aguda. El 90 % de los pacientes se les diagnostica en este estadio. 3) Estadio sistémico que se caracteriza por la toxicidad sistémica, con sepsis grave, shock séptico o complicaciones de las bacteriemias secundarias al absceso (endocarditis...).

La **recurrencia de una piomiositis es infrecuente**. Esta paciente con piomiositis recurrente pasados al menos dos años y en la misma localización plantea el cuestionarse sobre un probable **factor predisponente subyacente**.

En el tratamiento de la sepsis se sustenta en cuatro pilares: **su diagnóstico precoz, un soporte hemodinámico guiado por objetivos, una precoz antibioterapia empírica adecuada y aplicación temprana de medidas para control del foco (en esta paciente el absceso debe drenarse vía quirúrgica por su afectación y extensión)**.

La antibioterapia empírica desde Urgencias debe estar dirigida para asegurar cobertura frente a ***Staphylococcus aureus*** y ***Streptococcus spp.*** Por la comorbilidad de la paciente, afectación sistémica y localización sería conveniente asegurar también cobertura inicial para **enterobacterias y anaerobios**.

Carlos Ibero Esparza.
Complejo Hospitalario de Navarra