

Vicente Navarro-López<sup>1</sup>  
José Tuells<sup>2</sup>

### Los abscesos del músculo digástrico ¿psoas o iliopsoas? Algunas precisiones

<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital del Vinalopó, Elche  
<sup>2</sup>Servicio de Medicina Preventiva. Hospital del Vinalopó. Elche

Sr Editor: durante los últimos años se viene observando una tendencia creciente de publicaciones dedicadas a relatar casos de abscesos en el músculo digástrico, formado por el iliaco y el psoas. Estos textos utilizan cada vez más el término "músculo iliopsoas" remplazando al de "musculo psoas", ya que esta expresión hace referencia de forma más explícita a la posible afectación de cualquiera de sus dos vientres<sup>1</sup>.

Desde la primera descripción de esta enfermedad a finales del siglo XIX fue utilizado el término "psoas" generalizándose su uso hasta hace bien poco tiempo. Durante más de cien años la mayoría de publicaciones sobre casos de abscesos referían la afectación del vientre mayor del músculo (psoas) y solo en aisladas ocasiones se reseñaba la extensión al vientre menor (iliaco) o bien que lo afectaba en exclusiva.

Ha sido muy recientemente cuando en varios textos se ha comenzado a destacar la afectación del vientre iliaco del músculo iliopsoas sin alteración del vientre mayor. Así ha ocurrido en un artículo publicado en su revista donde seis de los siete casos presentados tienen afectación del iliaco y el séptimo afecta a ambos vientres, sin embargo el título del artículo ha quedado como "absceso de psoas"<sup>2</sup>.

Para ser más precisos, podría concretarse más: si la infección alcanza al vientre menor dejarla como absceso del iliaco; por el contrario, si afectara al vientre mayor usar el término absceso del psoas. En ambos casos, si lo expresado usa también el vocablo "músculo", sería conveniente fijar la expresión "músculo iliopsoas" en consideración a su anatomía, ya que los dos vientres por separado no son un músculo por sí mismos sino una unidad funcional del digástrico iliopsoas.

Las publicaciones que reflejan especialmente la localización del absceso en uno u otro vientre se basan en las diferencias existentes sobre el origen del absceso y su pronóstico<sup>3</sup>. En efecto, la gran mayoría de casos de absceso del psoas mayor son secundarios a espondilodiscitis, mientras que los casos

con afectación del iliaco se deben a sacroileitis o artritis coxo-femoral<sup>4</sup>. En este último caso, además, parece existir un peor pronóstico que estaría asociado a la patología de base responsable del absceso<sup>3</sup>.

El uso impreciso del término está originando tal grado de confusión que a los autores que realizan búsquedas en los repertorios bibliográficos se les escapa un buen número de referencias relevantes. Si se utiliza como palabra clave "*psoas abscess*" quedan fuera de la búsqueda artículos que sí aparecen con "*iliopsoas abscess*", término más correcto, más ajustado y cada vez más generalizado.

Para ilustrar este problema de precisión terminológica y la pérdida de referencias más novedosas usuarias del vocablo "iliopsoas", puede servir de ejemplo el artículo antes mencionado<sup>2</sup>. Sus autores indican que la causa más frecuente de los abscesos secundarios es la patología intraabdominal, algo que ha quedado claro que no es cierto en varios trabajos recientes de series de casos<sup>3,5</sup>. En sus referencias citan un artículo del año 1998 publicado por nuestro grupo de trabajo en el que usábamos el término "absceso de psoas", sin embargo no refieren el artículo que aporta la, hasta ahora, mayor serie de casos nuevos de la enfermedad y que fue publicado en 2009 en el que ya utilizábamos el término que consideramos más preciso de "absceso del iliopsoas (AIP)"<sup>3,6</sup>. Esta última publicación concluía que la causa más frecuente de los AIP secundarios se debe a foco óseo, afirmación compartida por la gran mayoría de autores en los últimos veinte años<sup>3,7,8</sup>.

A estos desajustes terminológicos hay que añadir un importante sesgo de selección introducido por un artículo de 1986 que indujo durante años a un error muy reproducido sobre la etiología de los AIP secundarios<sup>9</sup>. El texto concluía que los AIP secundarios eran mayoritariamente debidos a enfermedad de Crohn, algo que se ha demostrado incierto y anecdótico ya que son debidos a foco óseo en la mayoría de series de casos de los últimos 20 años<sup>3,4,7,8</sup>. El sesgo de selección en la serie de Ricci et al. fue debido a que incluyó una extensa serie de casos de AIP por enfermedad de Crohn recogidos durante años en un solo servicio de cirugía dedicado exclusivamente a la patología inflamatoria intestinal<sup>10</sup>. El hecho de que muchos casos fueran diagnosticados durante el acto quirúrgico

Correspondencia:  
Dr. Vicente Navarro López  
Hospital del Vinalopó  
Unidad de Enfermedades Infecciosas  
Calle Tónico Sansano Mora 14  
CP: 03293 Elche, Alicante. España  
E-mail: vnavarro@vinaloposalud.com

de drenaje del absceso en los AIP por enfermedad de Crohn, la imposibilidad de diagnóstico en los secundarios de foco óseo mediante acceso quirúrgico abdominal y la falta de técnicas de imagen para el diagnóstico (TAC) en aquella época favoreció la creencia errónea.

Como conclusión cabe decir que la causa más frecuente de abscesos del músculo iliopsoas es la secundaria a foco óseo, principalmente a espondilodiscitis cuando la afectación es del vientre mayor, mientras que cuando afecta al vientre menor se debe casi siempre a sacroileitis o artritis coxo-femoral. En concordancia con lo expuesto, sería recomendable incluir como palabra clave en este tipo de estudios el término "*iliopsoas abscess*" por ser un término más correcto y cada vez más generalizado en las publicaciones relevantes sobre esta enfermedad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Torres GM, Cernigliaro JG, Abbitt PL, Mergo PJ, Hellein VF, Fernandez S et al. Iliopsoas compartment: normal anatomy and pathologic processes. *Radiographics* 1995; 15:1285-97.
2. López-Zabala I, García-Ramiro S, Bori G, Gallart X, Tomás X, Fuster D, Mensa J, Soriano A. Psoas abscess associated with hip arthroplasty infection. *Rev Esp Quimioter* 2013; 26:198-202.
3. Kumar AJ, Hickerton B, Smith IC, Sinha A. Iliacus abscess: an entity to be differentiated from psoas abscess: a review of 15 cases. *Eur J Orthop Surg Traumatol.* 2007; 17:475-8.
4. Navarro-López V, Ramos JM, Meseguer V, Pérez-Arellano JL, Serrano R, García-Ordóñez MA et al. Microbiology and outcome of iliopsoas abscess in 124 patients. *Medicine (Baltimore)* 2009; 88:120-30.
5. Yacoub WN, Sohn HJ, Chan S, Petrosyan M, Vermaire HM, Kelso RL et al. Psoas abscess rarely requires surgical intervention. *Am J Surg* 2008; 196:223-7
6. Navarro V, Meseguer V, Fernández A, Medrano F, Sáez JA, Puras A. Psoas muscle abscess. Description of a series of 19 cases. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1998; 16:118-22.
7. Dietrich A, Vaccarezza H, Vaccaro CA. Iliopsoas abscess: presentation, management and outcomes. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2013; 23:45-8
8. Alonso CD, Barclay S, Tao X, Auwaerter PG. Increasing incidence of *iliopsoas* abscesses with MRSA as a predominant pathogen. *J Infect* 2011; 63:1-7.
9. Ricci MA, Rose FB, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess: worldwide variations in etiology. *World J Surg* 1986; 10:834-43
10. Procaccino JA, Lavery IC, Fazio VW, Oakley JR. Psoas abscess: difficulties encountered. *Dis Colon Rectum* 1991; 34:784-9.