



DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v6i2.158>

Importancia de la sospecha clínica del síndrome de psoas maligno en cuidados paliativos domiciliarios

Importance of the Clinical Suspect of Malignant Psoas Syndrome in Home Palliative Care

Ana M^a Tierra-Rodríguez¹  0000-0002-2379-0020

Carmen Astorgano-De la Puente¹

M^a Jesús Menéndez-Colunga¹

1. Unidad de Hospitalización a domicilio (UHD), Hospital el Bierzo, Ponferrada, España.

Correspondencia/Correspondence

Ana M^a Tierra-Rodríguez
atierrar@saludcastillayleon.es

Recibido/Received

11.02.2022

Aceptado/Accepted

15.03.2022

Conflicto de Intereses/Competing interest

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Financiación/Funding

Sin financiación.

Contribuciones de autoría/Author contributions

Las autoras han contribuido por igual en la realización de este trabajo.

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Tierra-Rodríguez AM, Astorgano-De la Puente C, Menéndez-Colunga MJ. Importancia de la sospecha clínica del síndrome de psoas maligno en cuidados paliativos domiciliarios. Hosp Domic. 2022;6(2):85-92.
2.

RESUMEN

El síndrome del psoas maligno (SPM) es una entidad rara, de origen tumoral, que cursa con dolor severo al flexionar la cadera debido a la afectación metastásica del músculo psoas mayor. No existe un tratamiento específico eficaz, siendo su progresión rápidamente invalidante, lo cual dificulta el diagnóstico y ensombrece la calidad de vida y pronóstico de los enfermos.

Palabras clave: Músculo Psoas; Plexopatía sacra; Cadera; Dolor.

ABSTRACT

Malignant psoas syndrome (MPS) is a rare tumoral disease that causes severe pain when flexing the hip. The origin is a metastatic involvement of the psoas major muscle. There isn't specific treatment and disease progression is rapidly disabling. The diagnosis is difficult and the quality of life of patients is very poor.

Keywords: Psoas Muscle; Sacral plexopathy; Hip; Pain.

INTRODUCCIÓN

El síndrome del psoas maligno (SPM) es una entidad poco frecuente, con una incidencia menor al 1% en pacientes oncológicos, que se describió por primera vez en 1990 por Stevens y Gonet⁽¹⁾. Suele aparecer en pacientes con tumores abdominales avanzados o recidivantes. La mayoría de las series documentadas se relacionan con neoplasias ginecológicas⁽²⁾, seguidas de cáncer colorrectal⁽³⁾ y genitourinario⁽⁴⁾. El diagnóstico de presunción es fundamentalmente clínico, caracterizado por una plexopatía lumbosacra proximal con flexión dolorosa de la cadera ipsilateral debida a la afectación maligna del músculo psoas mayor. Las características del dolor son mixtas, de tipo nociceptivo (somático profundo) y neuropático, de alta intensidad y severamente incapacitante. El diagnóstico de certeza se establece con pruebas de imagen⁽¹⁻³⁾ y/o estudio anatomopatológico positivo⁽⁴⁾. Para su abordaje se recomienda una combinación de fármacos analgésicos con coadyuvantes, aunque es frecuente la necesidad de radioterapia^(2,5) o medidas intervencionistas. A pesar de todo ello, lograr un control sintomático aceptable es una tarea especialmente difícil, ya que no existe un régimen de tratamiento efectivo establecido y suele ser refractario al uso de terapias múltiples.

DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

Exponemos el caso de una mujer de 59 años diagnosticada en septiembre de 2017 de carcinoma colorrectal, tratado inicialmente con cirugía (resección sigmoidea más colostomía) y posteriormente con quimioterapia. En marzo de 2019 presentó progresión tumoral local avanzada por lo que se trató nuevamente con cirugía (exanteración pélvica posterior), radioterapia radical y quimioterapia. A pesar de ello y de insistir con varias líneas de quimioterapia, presentó progresión de la enfermedad, con afectación pulmonar, hepática, carcinomatosis peritoneal e infiltración local ureterovesical y en cúpula vaginal.

Ingresó en la unidad hospitalaria de cuidados paliativos oncológicos por suboclusión intestinal en marzo de 2021.

En abril de 2021, fue traída a urgencias por deterioro del estado general y dolor abdominal, evidenciándose en la tomografía un nuevo cuadro suboclusivo secundario a compresión extrínseca por progresión tumoral. Dada la situación de la enferma y sus voluntades expresas de permanecer en domicilio con rechazo a más estudios, se decidió ingreso en la unidad de hospitalización a domicilio (UHD) estableciéndose consensuadamente un plan de cuidados puramente sintomático en contexto de adecuación de esfuerzo terapéutico.

Durante el seguimiento por UHD la paciente mejoró de su clínica digestiva, pero posteriormente presentó de forma brusca un dolor intenso de tipo nociceptivo a nivel lumbar bajo derecho, irradiado por la región anterior del muslo derecho hasta la rodilla de características neuropáticas. La prueba de estiramiento del psoas fue positiva. Revisamos con radiología su tomografía abdominal urgente previa en la que se informaba de una gran masa pélvica extendida desde recto con infiltración de vejiga y pared abdominal anterior, además de asas intestinales dilatadas y contenido fecal abundante (en relación con patología subobstructiva), sin conseguir visualizar todo el trayecto del psoas para descartar afectación a ese nivel.

A pesar de dosis crecientes de fentanilo transdérmico y rescates de morfina rápida, el dolor incapacitante para flexionar la cadera derecha motivó una posición antiálgica permanente que se controló parcialmente al añadir coadyuvancia con corticoides. A los pocos días tuvo un severo

empeoramiento a situación agónica, por lo que finalmente necesitó sedación paliativa y falleció en mayo 2021.

El SPM es una entidad rara, pero a su vez infradiagnosticada. Esta condición se debe sobre todo a dos factores: por un lado, a la falta de reconocimiento general⁽²⁾, y por otro, a que en muchas ocasiones no puede demostrarse con pruebas complementarias dada la limitación de los propios enfermos paliativos que desean permanecer en su domicilio. Con nuestro artículo pretendemos mostrar el impacto que conlleva este último aspecto y el interés terapéutico y pronóstico que supone.

Como en otras entidades, cabe señalar la diferencia entre diagnóstico de presunción o sospecha en contraposición al diagnóstico de certeza o confirmatorio. Destacar que en el SPM el diagnóstico de presunción es puramente clínico, y para una correcta identificación es necesario conocer su existencia, por lo que nuestro caso puede servir de apoyo. Como se puede observar en la tabla 1, los criterios diagnósticos actuales son cuatro: los tres primeros basados en la clínica y el último en función a las pruebas complementarias^(1,6-8). Para sospechar SPM basta con cumplir los criterios clínicos (I-III) dentro de un marco médico compatible (tumor abdominal avanzado...); mientras que para establecer el diagnóstico certero⁽⁷⁾ además de existir alguno de los criterios clínicos (I, II y/o III), es obligatorio evidenciar la invasión del psoas en tomografía o anatomía patológica (IV).

Tabla 1. Criterios diagnósticos de SPM: Sospecha VS confirmación

Dolor nociceptivo ipsilateral en cadera o muslo	Criterios clínicos: Sospecha diagnóstica ante situación médica compatible si se cumplen los tres.
Dolor neuropático ipsilateral (L1-L4)	
Espasmo muscular del psoas que provoca flexión en cadera con resistencia a la extensión: signo del psoas positivo.	
Evidencia de invasión maligna del psoas en tomografía o biopsia.	Criterio de imagen: Confirma el diagnóstico si se acompaña de algún criterio clínico.

Como vimos, la mayoría de los casos descritos en la literatura se deben a tumores avanzados abdominales, por lo que la paciente que presentamos tiene un marco clínico compatible. Además, cumple todos los criterios clínicos diagnósticos (I-III) por lo que pensamos en la posibilidad de SPM. Si bien para establecer un diagnóstico seguro sería necesario demostrar la infiltración tumoral muscular (criterio IV)^(2,3), en nuestra paciente no fue posible por las circunstancias anteriormente mencionadas (tabla 2). Consideramos imprescindible saber establecer un diagnóstico de presunción de SPM porque creemos que esta serie de limitaciones que impiden confirmarlo pueden darse con frecuencia en enfermos paliativos.

Tabla 2. Situaciones que dificultan confirmar el diagnóstico de SPM por criterio de imagen

Rechazo del paciente a pruebas complementarias. Instrucciones previas de no realizar más estudios.
Enfermos paliativos en situación terminal. Situación de últimos días.
Empeoramiento clínico rápidamente progresivo.
Adecuación del esfuerzo terapéutico. Plan de confort.
Deseo de permanecer en domicilio. Atención domiciliaria.

El único tratamiento existente hasta la fecha es el control sintomático. Un manejo correcto puede ser difícil de conseguir⁽⁷⁾ a pesar de combinaciones multimodales⁽⁸⁾ (opioides, antiinflamatorios, antiepilépticos coadyuvantes, relajantes musculares, radioterapia⁽⁹⁾, quimioterapia, ...). Además, se debe individualizar la utilidad de técnicas invasivas (analgesia epidural, catéter intratecal, rizotomía dorsal...) en casos refractarios seleccionados.

El SPM tiene mal pronóstico, con una supervivencia media generalmente menor de un año. El deterioro en la calidad de vida de los enfermos es notable ya que el dolor invalidante evoluciona a un encamamiento progresivo.

Por todo lo descrito, sospechar SPM es fundamental por dos motivos: En primer lugar, por esforzarnos en proporcionar un tratamiento óptimo que consiga el máximo confort posible; y en segundo lugar, para poder ofrecer una correcta información clínica y apoyo psicoemocional adecuados al paciente y su familia.

CONCLUSIONES

Se pretende destacar que el diagnóstico de presunción del SPM es clínico, y esa sospecha tiene una repercusión pronóstico-terapéutica importante. Aunque los casos hasta ahora publicados^(5,8) demuestran que son necesarias pruebas de imagen y/o de confirmación anatomopatológica para el diagnóstico de certeza, sabemos que estas no siempre se pueden realizar dada la situación avanzada o terminal de los enfermos paliativos, lo que contribuye a su infradiagnóstico.

Debemos pensar en SPM ante la aparición de una plexopatía lumbosacra proximal con dolor severo al flexo-extender la cadera en pacientes con tumores abdominales avanzados. Esta entidad supone un dramático empeoramiento en la calidad de vida de los pacientes, que a día de hoy no tiene tratamiento específico eficaz y su pronóstico es infausto.

INTRODUCTION

Malignant psoas syndrome (MPS) is a rare disease, with an incidence of less than 1% in patients with cancer, which was first described in 1990 by Stevens and Gonet⁽¹⁾. It usually appears in patients with advanced or recurrent abdominal tumors. Most of the documented series are related to gynecological tumors⁽²⁾, followed by colorectal⁽³⁾ and genitourinary⁽⁴⁾ cancers. The presumptive diagnosis is fundamentally clinical, characterized by a proximal lumbosacral plexopathy with painful flexion of the ipsilateral hip due to malignant involvement of the psoas major muscle. The pain is very intense, mixed (nociceptive and neuropathic), and severely disabling. The definitive diagnosis is established with imaging tests⁽¹⁻³⁾ and/or a positive pathological anatomy study⁽⁴⁾. It's recommended to combine different analgesics, although radiotherapy^(2,5) or invasive measures are often necessary. Despite all this, achieving acceptable symptom control is an especially difficult mission because there is no established effective treatment and it's often resistant to multiple therapies.

EXPERIENCE DEVELOPMENT

We present the case of a 59-year-old woman diagnosed in September 2017 with colorectal carcinoma. She was initially treated with surgery (sigmoid resection plus colostomy) and subsequent chemotherapy. In March 2019, she presented advanced local tumor progression for which she was treated again with surgery (posterior pelvic exenteration), radical radiotherapy and chemotherapy. Despite this and insisting on multiple lines of chemotherapy, the disease progressed, with lung and liver involvement, peritoneal carcinomatosis, and local ureterovesical and vaginal infiltration.

She was hospitalized in palliative care for intestinal sub-occlusion in March 2021.

In April 2021, she came very ill with abdominal pain to the emergency department. A tomography showed a new subocclusive episode secondary to extrinsic compression caused by tumor progression. The delicate patient refused to continue doing tests and she wanted to stay at home. Then, she was admitted to Home Hospital Care with a symptomatic care plan only.

During follow-up, the digestive symptoms improved, but later, she suddenly presented intense nociceptive pain at the lower right lumbar level, radiating from the anterior region of the right thigh to the knee, with neuropathic characteristics. The psoas stretch test was positive. We reviewed her previous urgent abdominal tomography with radiology service, which reported a large pelvic mass extending from the rectum with infiltration of the bladder and anterior abdominal wall. In addition to dilated intestinal loops and abundant fecal content (in relation to sub-obstructive pathology), but it wasn't possible to see the psoas muscle completely to rule out metastasis at this level.

Although increasing doses of retard fentanyl and rapid morphine were used, the incapacitating pain to flex the right hip resulted in a permanent analgesic position. This was partially controlled by adding corticosteroids, but after a few days she had a severe worsening to agony, for which she needed palliative sedation. She died in May 2021.

MPS is a rare and also underdiagnosed entity. This condition is caused by two reasons: on the one hand, poor general recognition⁽²⁾, and on the other hand, frequently in terminal palliative patients who want to stay at home, it's not possible to prove it with complementary tests. With our article we try to show the impact of this situation and how important treatment and prognosis are.

As in other diseases, the presumed or suspected diagnosis is different from the certain or confirmatory diagnosis. The presumed diagnosis of MPS is purely clinical, and for a correct identification it is necessary to know that it exists. For this, our case serves as support. Table 1 shows the current diagnostic criteria, there are four: the first three based on clinical symptoms and the last based on

complementary tests^(1,6-8). To suspect MPS is enough to meet the clinical criteria (I-III) if the medical situation is compatible (advanced abdominal tumor...); while to establish the confirmatory diagnosis⁽⁷⁾, in addition to having some clinical criteria (I, II and/or III), it is mandatory to demonstrate the affected psoas in tomography or pathological anatomy (IV).

As we have mentioned, most of the cases described in the literature are caused by advanced abdominal tumors, so the patient we present has a compatible clinical situation. We believe that MPS is possible because she meets all the clinical diagnostic criteria (I-III). Although to establish a confirmatory diagnosis it would have been necessary to demonstrate muscle tumor infiltration (VI)^(2,3), in our patient it was not possible due to the circumstances mentioned above (Table 2). We consider it essential to know how to establish a presumptive diagnosis of MPS because we believe that in palliative patients there are often limitations that prevent confirmation.

Today the only one treatment available is symptomatic control. Correct management can be difficult to achieve⁽⁷⁾ with multimodal combinations⁽⁸⁾ (opioids, anti-inflammatories, antiepileptic drugs, muscle relaxants, radiotherapy⁽⁵⁾, chemotherapy, ...). The use of invasive techniques (epidural analgesia, intrathecal catheter, dorsal rhizotomy, ...) must be individualized in selected resistant cases.

MPS has a poor prognosis, with a median survival of less than one year frequently. The worsening of the quality of life is important and the disabling pain progresses to a permanent life in bed.

As we said, suspecting MPS is essential for two reasons: Firstly, because we strive to provide optimal treatment that achieves the maximum possible comfort; and secondly, to be able to offer correct clinical information and appropriate psycho-emotional support to the patient and her family.

CONCLUSIONS

It's intended to insist that the presumptive diagnosis of MPS is clinical, and thinking about it has important prognostic-therapeutic repercussions. Although current evidence^(5,8) shows that imaging and/or pathological confirmation tests are necessary for confirmatory diagnosis, we know that these tests cannot always be done due to the terminal situation of palliative patients, so MPS is underdiagnosed.

When a proximal lumbosacral plexopathy appears with severe pain on hip movement in patients with advanced abdominal tumors, we should consider MSP. This disease causes a dramatic worsening in the quality of life of patients, there is no specific treatment and the prognosis is unfortunate.

BIBLIOGRAFÍA / REFERENCES

1. Stevens MJ and Gonet YM. Malignant psoas syndrome: Recognition of an oncologic entity. *Australas Radiol.* 1990;34 (2):150-4. DOI: 10.1111/j.1440-1673.1990.tb02831.x
2. Takamatsu S, Murakami K, Takaya H, Tobiume T, Nakai H, Suzuki A, et al. Malignant psoas syndrome associated with gynecological malignancy: Three case reports and a review of the literature. *Mol Clin Oncol.* 2018;9(1):82-6. DOI: 10.3892/mco.2018.1635
3. Yang WT, Yeo W and Metreweli C. Imaging of iliopsoas metastasis. *Clin Radiol.* 1999;54(2):85-9. DOI: 10.1016/s0009-9260(99)91065-6

4. Tsuchiyama K, Ito H, Seki M, Inai K, Yokoyama O. Advanced bladder cancer with malignant psoas syndrome: A case report with a focus on physical findings and complications. *Urol Case Rep.* 2019;26:100958. DOI: 10.1016/j.eucr.2019.100958.
5. McKay TA, Bishop S, McKay MJ. Primary psoas sarcoma causing psoas syndrome: favourable response to radiotherapy. *Ann Transl Med.* 2017;5(5):105. DOI: 10.21037/atm.2017.03.08
6. Arrazubi V, Gonzalez J, Serrano G, Porta J. Síndrome del psoas maligno por infiltración de un linfoma no Hodgkin: un hallazgo infrecuente y el manejo del dolor. *Med Paliat.* 2004;11:205-7.
7. Erquiaga I, Picco G, Gromelski M, Asparren J. Dolor difícil: síndrome del psoas maligno en paciente con neurofibromatosis 1. *Med Paliat.* 2016; 23(2):99-101. DOI: 0.1016/j.medi-pa.2014.03.004
8. Agar M, Broadbent A, Chye R. The management of malignant psoas syndrome: case reports and literature review. *J Pain Symptom Manage.* 2004 Sep; 28(3):282-93. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2003.12.018