



DOI: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i4.2460>

Ciencias Técnicas y Aplicadas
Artículo de Investigación

Actualización del Tratamiento del Absceso del Psoas Apropósito de un Caso

Update on the Treatment of Psoas Abscess Purpose of a Case

Atualização do tratamento do abscesso de Psoas Objetivo de um caso

David Alejandro Castañeda-Ron ^I
dcastaneda1503@uta.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0003-1273-8240>

Kathya Verónica Suaste-Pazmiño ^{II}
veronica.suaste@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-2354-0419>

Correspondencia: dcastaneda1503@uta.edu.ec

***Recibido:** 20 de noviembre de 2021 ***Aceptado:** 30 de noviembre de 2021 * **Publicado:** 20 de diciembre de 2021

- I. Estudiante de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador.
- II. Especialista en Medicina Interna Docente de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato, Tratante del HGDA, Tutora de modalidad de grado de la UTA, Ambato, Ecuador.

Resumen

Introducción: El absceso del músculo del psoas es una patología infrecuente pero potencialmente letal debido a sus manifestaciones clínicas inespecíficas que se presentan es una entidad de difícil diagnóstico; desde su primera descripción en el año 1881 donde sus principales manifestaciones clínicas estaban dadas por la triada de Mynter (fiebre, dolor lumbar y cojera) se ha llegado a determinar que esta solo se presenta en un 30-33% de todos los casos reportados; el músculo del psoas por su particular configuración anatómica y su relación tanto con órganos retroperitoneales e intraabdominales lo hacen susceptible a procesos infecciosos que se ve favorecido su diseminación debido a importante irrigación sanguínea

Objetivo: Describir un caso clínico de absceso del psoas y mediante una revisión bibliográfica inferir en su diagnóstico y tratamiento actual.

Materiales y métodos: Se realizó un investigación descriptiva, analítica y retrospectiva sobre un caso inusual de absceso del psoas unilateral del lado izquierdo en un paciente de 54 años de edad que se presentó en el Hospital General Docente Ambato en el mes de marzo del 2021; se obtuvo previa autorización y consentimiento informado los datos clínicos y anatopatológicos durante toda su estancia hospitalaria de 27 días. El tratamiento fue dirigido por el médico tratante de medicina interna y el servicio de imagenología. Para la realización del fundamento teórico se usó bases de datos científicas de la Universidad Técnica de Ambato como son Scopus, Springer, Science Direct, Embase, Elsevier, UpToDate, Cochrane, PubMed; además de las metaanálisis y artículos científicos publicadas en revistas de alto impacto como The New England Journal of Medicine, Scielo, BJM Journals publicados dentro de los últimos 5 años

Resultados: Se presentó el caso de un paciente masculino de 54 años con antecedentes de alcoholismo, fumador crónico y diabetes mellitus tipo 2 con abandono de tratamiento; que acude al servicio de emergencia del Hospital General Docente Ambato por presentar desde hace 3 meses dolor tipo cólico localizado en la fosa lumbar izquierda de gran intensidad que se irradió hacia la fosa iliaca izquierda sin una causa aparente acompañado de parestesia a nivel del miembro inferior izquierdo que obligaba a adoptar la posición de semifowler para disminuir la intensidad del dolor además el cuadro se acompañó de náuseas, dificultad en la deambulación y realización de movimientos activos en los hallazgos iniciales de la ecografía abdominal demostraban la presencia a nivel del flanco y fosa lumbar izquierda se observa una lesión compleja de ecogenicidad irregular

la misma que mide 145x70 mm, con un volumen aproximado de 381 cc además las analíticas de laboratorio no mostraron un incremento de los leucocitos más que una relativa neutrofilia junto un incremento de los niveles de PCR además de la ausencia de fiebre por lo que fue necesario la realización de una tomografía que demostró se encontraron a nivel del espacio retroperitoneal la presencia de una colección densa tabicada de aproximadamente 16.5 cm con un volumen alrededor de 609 cc que abarcada el recorrido de la arteria iliaca izquierda y la presencia de una espondilodiscitis a nivel de T12-L1 hallazgos compatibles con miopatía inflamatoria por un absceso del psoas unilateral del lado izquierdo

Conclusiones: El absceso del psoas es una miositis supurativa poco frecuente acompañada de un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica por el compromiso del compartimiento del iliopsoas a nivel del retroperitoneo; con manifestaciones clínicas inespecíficas que representan un gran reto diagnóstico, requiriendo alta sospecha y de la confirmación mediante estudio tomográfico. El tratamiento implica el uso de antibioticoterapia dirigida frente a los patógenos comunes como *S. aureus* y Gram negativos acompañado de drenaje percutáneo guiado por imagen o quirúrgico

Palabras Claves: Absceso del Psoas; Drenaje Percutáneo; Tomografía Computarizada

Abstract

Introduction: Abscess of the psoas muscle is an infrequent but potentially lethal pathology due to its non-specific clinical manifestations; since its first description in 1881 where its main clinical manifestations were given by Mynter's triad (fever, lumbar pain and lameness), it has been determined that this only occurs in 30-33% of all reported cases; the psoas muscle due to its particular anatomical configuration and its relationship with both retroperitoneal and intra-abdominal organs make it susceptible to infectious processes which are favored in their dissemination due to its important blood irrigation.

Objective: To describe a clinical case of psoas abscess and by means of a bibliographic review to infer its diagnosis and current treatment.

Materials and methods A descriptive, analytical and retrospective investigation was carried out on an unusual case of unilateral psoas abscess on the left side in a 54-year-old patient who presented at the Hospital General Docente Ambato in March 2021; clinical and anatopathological data were obtained with prior authorization and informed consent during his entire hospital stay of 27 days.

The treatment was directed by the treating physician of internal medicine and the imaging service. For the theoretical basis we used scientific databases of the Technical University of Ambato such as Scopus, Springer, Science Direct, Embase, ElSeiver, UpToDate, Cochrane, PubMed; in addition to meta-analyses and scientific articles published in high impact journals such as The New England Journal of Medicine, Scielo, BJM Journals published within the last 5 years.

Results: We present the case of a 54-year-old male patient with a history of alcoholism, chronic smoker and type 2 diabetes mellitus with treatment abandonment; He went to the emergency department of the Hospital General Docente Ambato because he presented 3 months ago with colicky pain located in the left lumbar fossa of great intensity that radiated towards the left iliac fossa without an apparent cause, accompanied by paresthesia at the level of the left lower limb that forced him to adopt the semifowler position to reduce the intensity of the pain and the condition was accompanied by nausea, difficulty in ambulation and active movements in the initial findings of abdominal ultrasound showed the presence at the level of the flank and left lumbar fossa is observed a complex lesion of irregular echogenicity the same measuring 145x70 mm, with an approximate volume of 381 cc in addition the laboratory tests did not show an increase in leukocytes but a relative neutrophilia along with an increase in CRP levels in addition to the absence of fever so it was necessary to perform a tomography that showed at the level of the retroperitoneal space the presence of a dense septate collection of approximately 16.5 cm with a volume of about 609 cc covering the course of the left iliac artery and the presence of a spondylodiscitis at the level of T12-L1 findings compatible with inflammatory myopathy by a unilateral psoas abscess on the left side.

Conclusions: Psoas abscess is a rare suppurative myositis accompanied by a systemic inflammatory response syndrome due to the involvement of the iliopsoas compartment at the retroperitoneal level; with nonspecific clinical manifestations that represent a great diagnostic challenge, requiring high suspicion and confirmation by tomographic study. Treatment involves the use of antibiotic therapy directed against common pathogens such as *S. aureus* and Gram negatives accompanied by image-guided or surgical percutaneous drainage

Keywords: Psoas Abscess; Percutaneous Drainage; Computed Tomography; Computed Tomography

Resumo

Introdução: O abscesso do músculo psoas é uma patologia pouco frequente, mas potencialmente letal devido às suas manifestações clínicas inespecíficas, sendo uma entidade de difícil diagnóstico; Desde sua primeira descrição em 1881, onde suas principais manifestações clínicas eram a tríade de Mynter (febre, dor lombar e claudicação), foi determinado que isso ocorre apenas em 30-33% de todos os casos relatados; o músculo psoas devido à sua configuração anatômica particular e sua relação com os órgãos retroperitoneais e intra-abdominais tornam-no suscetível a processos infecciosos que promovem sua disseminação devido ao significativo suprimento sanguíneo

Objetivo: Descrever um caso clínico de abscesso do psoas e, por meio de revisão bibliográfica, inferir seu diagnóstico e tratamento atual.

Materiais e métodos: Uma investigação descritiva, analítica e retrospectiva foi realizada em um caso incomum de abscesso unilateral do psoas esquerdo em um paciente de 54 anos que se apresentou no Ambato General Teaching Hospital em março de 2021; Autorização prévia e consentimento informado foram obtidos para os dados clínicos e patológicos durante toda a internação de 27 dias. O tratamento foi orientado pelo médico assistente da clínica médica e pelo serviço de imagem. Para a realização da fundamentação teórica foram utilizadas bases de dados científicas da Universidade Técnica de Ambato, como Scopus, Springer, Science Direct, Embase, ElSeiver, UpToDate, Cochrane, PubMed; além das meta-análises e artigos científicos publicados em periódicos de alto impacto como The New England Journal of Medicine, Scielo, BJM Journals publicados nos últimos 5 anos

Resultados: Foi apresentado o caso de um paciente do sexo masculino, 54 anos, com história de alcoolismo, tabagista crônico e diabetes mellitus tipo 2 com abandono do tratamento; que compareceu ao pronto-socorro do Hospital Geral de Ensino de Ambato por apresentar há 3 meses cólica localizada em fossa lombar esquerda de grande intensidade que irradiava para fossa ilíaca esquerda sem causa aparente acompanhada de parestesia ao nível do membro inferior esquerdo que exigia a adoção da posição de semifowler para diminuir a intensidade da dor, além disso o quadro era acompanhado de náuseas, dificuldade de deambulação e movimentos ativos nos achados iniciais da ultrassonografia abdominal evidenciava presença ao nível do flanco esquerdo fossa lombar Observa-se lesão complexa de ecogenicidade irregular, medindo 145x70 mm, com volume aproximado de 381 cc, além disso, os exames laboratoriais não mostraram aumento de leucócitos

além de neutrofilia relativa juntamente com aumento dos níveis de PCR além de a ausência de febre para a qual foi necessária a realização de tomografia que demonstrou, ao nível do espaço retroperitoneal, a presença de uma coleção densa septada de aproximadamente 16,5 cm com um volume em torno de 609 cc que abrangia o trajeto da artéria ilíaca esquerda e a presença de uma espondilodiscite ao nível de T12- Achados compatíveis de L1 com miopatia inflamatória de um abscesso do psoas unilateral esquerdo

Conclusões: O abscesso de psoas é uma rara miosite supurativa acompanhada de síndrome da resposta inflamatória sistêmica devido ao envolvimento do compartimento iliopsoas no nível retroperitoneal; com manifestações clínicas inespecíficas que representam um grande desafio diagnóstico, exigindo alta suspeita e confirmação por estudo tomográfico. O tratamento envolve o uso de terapia antibiótica direcionada contra patógenos comuns, como *S. aureus* e agentes Gram-negativos, acompanhada por drenagem percutânea guiada por imagem ou cirúrgica.

Palavras-chave: Abscesso de Psoas; Drenagem Percutânea; Tomografia computadorizada

Introducción

Absceso del Psoas es definida como una miositis supurativa donde existe una colección piógena junto con un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica; esta patología es poco frecuente y de etiología multifactorial debido a las características anatómicas y topográficas del músculo psoas lo hacen susceptible a diversos patógenos capaces de causar infecciones a nivel músculo esquelético; sin embargo debido a que tiene manifestaciones clínicas inespecíficas es considerada como un entidad de difícil diagnóstico junto con un gran reto terapéutico para la resolución de esta patología.(1) Pues desde su primera descripción por parte de Herman Mynter en el año de 1881 dicha patología estaba caracterizada por una triada constituida por la presencia de fiebre, cojera y dolor lumbar siendo antiguamente causada por el Mal de Pott se ha determinado que dichas manifestaciones tan solo se presentan en el 30-33% de todos los casos.(1,2) por lo que la sospecha inicial de dicho enfermedad es escasa adicionalmente su sintomatología se enmascara aún más debido al uso indiscriminado de la antibióticos.

Objetivos

Describir un caso clínico de absceso del psoas y mediante una revisión bibliográfica inferir en su diagnóstico y tratamiento actual.

Materiales y Métodos

Se realizó una investigación descriptiva, analítica y retrospectiva sobre un caso inusual de absceso del psoas unilateral del lado izquierdo en un paciente de 54 años de edad que se presentó en el Hospital General Docente Ambato en el mes de marzo del 2021; se obtuvo previa autorización y consentimiento informado los datos clínicos y anato-patológicos durante toda su estancia hospitalaria de 27 días. El tratamiento fue dirigido por el médico tratante de medicina interna y el servicio de imagenología.

Para la realización del fundamento teórico se usó bases de datos científicas disponibles en la biblioteca virtual de la Universidad Técnica de Ambato como son Scopus, Springer, Science Direct, Embase, Elsevier, UpToDate, Cochrane, PubMed; además de las metaanálisis y artículos científicos publicadas en revistas de alto impacto como The New England Journal of Medicine, Scielo, BJM Journals publicados dentro de los últimos 5 años; donde se seleccionaron artículos científicos, reportes de casos, estudios comparativos de casos clínicos, metaanálisis y revisiones sistemáticas tanto publicados en revistas médicas tanto en Inglés como Español usando las palabras claves en inglés como “Psoas abscesses”, “percutaneous drainage”, “Iliopsoas Compartment”, “Pott's Disease”, “Sacroiliitis”, “Spondylodiscitis” además se empleó como gestor de fuentes bibliográficas el sistema Mendeley.

Resultados

Se presentó el caso de un paciente masculino de 54 años con antecedentes de alcoholismo, fumador crónico y diabetes mellitus tipo 2 con abandono de tratamiento; que acude al servicio de emergencia a por presentar desde hace 3 meses dolor tipo cólico localizado en la fosa lumbar izquierda de gran intensidad que se irradió hacia la fosa iliaca izquierda sin una causa aparente acompañado de parestesia a nivel del miembro inferior izquierdo que obligaba a adoptar la posición de semifowler para disminuir la intensidad del dolor además el cuadro se acompañó de náuseas, dificultad en la deambulación y realización de movimientos activos en los hallazgos imagen se

encontraron a nivel del espacio retroperitoneal la presencia de una colección densa tabicada de aproximadamente 16.5 cm con un volumen alrededor de 609 cc que abarcada el recorrido de la arteria iliaca izquierda y la presencia de una espondilodiscitis a nivel de T12-L1 hallazgos compatibles con un absceso de psoas unilateral del lado izquierdo

Manejado ambulatoriamente por masa abdominal versus absceso recibiendo antiparasitarios y AINES.

Dolor se intensifica tornándose severo (EVA 10/10) por lo que se ingresa en HGDA. Al examen físico llama la atención presencia de dolor a palpación en fosa lumbar izquierda.

Se realizan exámenes complementarios donde se observó en la ecografía abdominal la presencia a nivel del flanco y fosa lumbar izquierda se observa una lesión compleja de ecogenicidad irregular la misma que mide 145x70 mm, con un volumen aproximado de 381 cc, y en analítica sin presencia de leucocitosis, neutrofilia relativa y PCR levemente elevado.

Se corrobora la presencia de absceso del Psoas con tomografía abdominal que reporta a nivel del espacio retroperitoneal la presencia de una colección densa tabicada de aproximadamente 16.5 cm con un volumen alrededor de 609 cc que abarcada el recorrido de la arteria iliaca izquierda (**Figura.1-2**) y la presencia de una espondilodiscitis a nivel de T12-L1 hallazgos histopatológicos compatibles con miopatía inflamatoria por un absceso del psoas unilateral del lado izquierdo (**Figura.3-4**)



(**Figura 1, 2.** Tomografía computarizada- En espesor de musculo psoas izquierdo se observa imagen parcialmente definida de densidad heterogénea que ensancha musculo y se extiende hacia musculo iliaco ipsilateral, densidad varía entre 10 a 18 UH (densidad líquida) se asocia a varios septos regulares a su espesor de predominio a la región inferior. Estríación de la grasa mesentérica adyacente además de ganglios de aspecto inflamatorio a nivel del retroperitoneo)

Fuente: Departamento de Radiología del Hospital General Docente Ambato



(**Figura.3-4.** La lesión descrita condiciona erosión de cuerpo vertebral L1 a su región anterior además de un leve engrosamiento de tejidos blandos y cambios inflamatorios perirrenales de predominio izquierdo)

Fuente: Departamento de Radiología del Hospital General Docente Ambato

Se inicio tratamiento con antibioticoterapia empírica a base de vancomicina 850 mg cada 12 horas y ampicilina-sulbactam 3gr IV cada 6 horas junto con el drenaje percutáneo guiado por ecográfica mediante la técnica de con la colocación del dren de Jackson-Pratt donde se obtuvo de 300 cc de líquido seropurulento junto con la evidencia de múltiples septos en la cavidad de las iliopsoas por lo que fue necesario la realización de un segundo drenaje en el estudio de secreción obtenida se reportó la presencia de Cocos Gram +, K-OH negativo y BAAR negativo

Discusión

El músculo del psoas posee un forma fusiforme y alargada que se origina a nivel de las apófisis transversas y cuerpos vertebrales T12-L5 que se extienden para insertarse a nivel del trocánter menor del fémur y posee una abundante irrigación sanguínea por medio de la arteria iliolumbar rama de la arteria aorta abdominal.(3)(4)

El compartimento del músculo psoas tiene una íntima relación con el espacio renal y perineal, donde la fascial renal no siempre mantiene una fusión tanto superior como inferior existiendo pequeñas aberturas que favorecen la diseminación de ciertos patógenos hacia el mediastino por su relación a nivel de los hiatos del diafragma como también hacia el espacio extraperitoneal pelviano.(5)(6)

Se relaciona con estructuras como la arteria aorta, vena cava inferior, ganglios retroperitoneales, páncreas, duodeno, ciego y la apéndice cecal; colon descendente en el lado izquierdo; por lo que todo proceso que cause una erosión de las fascias retroperitoneal causara una propagación del proceso infeccioso a nivel del compartimento del músculo psoas sea por contigüidad o por diseminación hematológica.(7)

Existe diferentes tipos de abscesos, el primario secundario a una diseminación hematológica de un proceso infección en un sitio distante donde no se puede identificar el foco inicial de la enfermedad; y los abscesos secundarios donde el proceso infeccioso se origina en los órganos adyacentes y se disemina por contigüidad siendo frecuente en patologías del sistema digestivo, afectación nefro urológica y del sistema osteoarticular.

Los casos reportados de abscesos del psoas en la gran mayoría proviene de países tropicales y subdesarrollados alcanzando cerca del 90-95% de toda la incidencia(12)(13)

La mortalidad varia, pues en los abscesos primarios es de 2.5%, mientras que en los secundarios se incrementa a 18-19% e incluso puede llegar hasta el 44-45%, cuando existe una enfermedad neoplásica, shock séptico por foco gastrointestinal.

En las formas primarias se consideran determinantes que incrementan la mortalidad a las personas mayores de 50 años, presencia de comorbilidades, retraso en el inicio de la antibioticoterapia y drenaje fallido. Se considera que la principal causa de fallecimiento es un shock séptico, tromboembolismo pulmonar y trombosis venosa.(15)

En un estudio reciente publicado por el Hospital Universitario de Tohoku-Japón en 2021 reporto que de 57 personas con diagnóstico de absceso de Psoas, 18% sufrió un shock séptico teniendo una tasa de mortalidad hospitalaria de alrededor del 12%; además los abscesos secundarios fueron los más prevalente en el estudio donde su principal causa fue una infección ósea como la espondilitis piógena donde el 44% de los pacientes sufrían de un absceso epidural en la que cual el patógeno más reportado fue el *Staphylococcus Aureus* además en 6 casos se reportó *S. aureus* meticilino resistente (16); la afectación a nivel del músculo del psoas en la espondilodiscitis se ha observado en el 5% de los casos siendo frecuente el compromiso unilateral mientras que en pacientes inmunodeprimidos existe una afectación bilateral.(17)

El absceso de tipo primario representa el 30-45%; más frecuente en niños y jóvenes. El microorganismo más prevalente es el *Staphylococcus Aureus* y en un menor proporción se aislado *Streptococo*, *Escherichia Coli* y *Proteus*(8)(9)

En los abscesos secundarios debido a expansión de un foco primario, el 55-70% el microorganismo ~~aislado~~ con mayor frecuencia es *Escherichia Coli* y otras bacterias entéricas Gram negativas, aunque pueden ser polimicrobianas; es predominio en el sexo masculino en el 75% de los casos y en menores de 30 años, en su gran mayoría son unilaterales, del lado derecho y solo 2-3% son bilaterales.

Se ha visto un incremento de casos en personas con edad avanzada, enfermedades crónicas, inmunodepresión, VIH y uso de drogas intravenosas, en quienes agentes como *Micobacterium tuberculosis* es más frecuente.

Los focos infecciosos más frecuentes provienen del aparato digestivo donde patologías como apendicitis cecal, diverticulitis y enfermedades inflamatorias; seguidas de infecciones urinarias como la pielonefritis y en tercer lugar por afectación del sistema osteoarticular como el mal de Pott y la espondilodiscitis (10)(11)

donde cerca de la sexta parte se deben a complicaciones de la enfermedad de Crohn, apendicitis (10-16%), trastornos del colon (11%) mientras que las infecciones osteoarticulares a nivel de los discos intervertebrales junto con osteomielitis, infecciones perirrenales, pionefrosis, tuberculosis e infecciones postquirúrgicas

Entre los principales factores de riesgo para dicha patología podemos enunciar los de la (Anexo. - 1).

ANEXO 1.- FACTORES DE ASOCIADOS AL EL DESARROLLO DE ABSCESO DEL PSOAS(18)(19)

Afectación Nefro urológica	<ul style="list-style-type: none">• Enfermedad renal crónica• Litiasis renal• Hidronefrosis• Pionefrosis• Absceso perirrenal• Infecciones del tracto urinario
Afectación gastro intestinal	<ul style="list-style-type: none">• Pancreatitis• Enfermedad de Crohn• Apendicitis• Hepatitis B• Abscesos hepáticos• Cáncer colorrectal• Diverticulitis
Afectación Osteo mioarticular	<ul style="list-style-type: none">• Espondilodiscitis y osteomielitis• Artritis séptica• Sacroileítis• Tuberculosis vertebral (Mal de Pott)• Antecedentes de traumatismos previos
Otros	<ul style="list-style-type: none">• Diabetes mellitus• Consumo crónico de corticoides• Enfermedades autoinmunes• Alcoholismo• VIH/SIDA• Inmunodepresión• Antecedentes de venopunción• Usuarios de drogas intravenosas• Complicaciones postquirúrgicas• Anemia• Desnutrición• Linfadenitis supurativa• Diabetes mellitus• Neoplasias

Muchas de las manifestaciones clínicas irán variando en dependencia de la causa primaria que origine el proceso infeccioso; por ejemplo en personas con enfermedades crónicas como diabetes, alcoholismo, enfermedad renal crónica, antecedentes de malignidad y desnutrición representando el 30% de los casos por diseminación hematogena; mientras que los abscesos secundarios ocurren por una propagación de una infección localizada en un órgano adyacente como puede ser infecciones gastro-intestinales, genitourinarias y músculo esqueléticas (Tabla.-2).

Anexo.2-Patologías relacionada en la aparición de abscesos del psoas de tipo secundarios

- **Osteomielitis**
 - **Artritis séptica**
 - **Sacroileítis**
 - **Osteomielitis**
 - **Aneurisma de la arteria aorta abdominal o femoral infectada**
 - **Cateterismo de vasos sanguíneos**
 - **Infección del tracto urinario**
 - **Tumores infectados**
 - **Procesos neoplásicos colorrectales**
 - **Litotricia de choque extracorpóreo**
 - **DIU (poner el nombre completa)**
 - **Apendicitis**
 - **Diverticulitis**
 - **Enfermedad de Crohn**
-

Las características del cuadro clínico son inespecíficas, pues la triada clásica de Mynter en 1881 dada por la presencia de cojera, fiebre y dolor lumbar solo se manifiesta en el 30% de los pacientes. Otros síntomas que aparecen son: síndrome constitucional, dolor abdominal difuso, náuseas, dolor irradiado a miembros inferiores y a la deambulación; y posición antiálgica con el músculo flexionado y en rotación externa debido a que disminuye la presión en el compartimiento iliopsoas y además puede existir una pérdida de peso significativa.(7) (15) Se puede encontrar a la exploración física signos francos de daño del músculo “signo del psoas” que es el dolor abdominal intenso que ocurre al realizar una ligera flexión del muslo con el paciente acostado pues este signo tiene una sensibilidad del 24% para absceso del psoas(7).

Debemos tomar en cuenta que además podemos evidenciar los síntomas o signos del foco infeccioso primario como en el caso de apendicitis, pielonefritis y entre otros(20).

En la analítica se puede encontrar una leucocitosis con una neutrofilia (desviación a la izquierda) en el 78% de los casos, aumento de la velocidad de eritrosedimentación y anemia leve a moderada(15). En menor proporción se incluye elevación de proteína c reactiva, 35%, enzimas musculares y trombocitosis (sobre los 575.000) en un 45% de los pacientes(18).

La tomografía axial computarizada se considera como *gold-estandar* para la identificación del absceso del psoas, pues tienen una sensibilidad del 80-100% y es clave para el tratamiento pues nos permite guiar punciones y drenajes. Es decir es esencial en el seguimiento y la resolución del cuadro; dentro de los hallazgos que se pueden identificar esta:(7) (18)

- Fase inicial: Hallazgos compatibles con una miositis del iliopsoas (aumento de tamaño, hiperemia y edema en el compartimiento del psoas afectado)
- Fase abscedada: Identifica áreas de licuefacción junto con signo de piomiositis (zonas de hipodensidad central)

La ultrasonografía se considera como la principal técnica utilizada para evaluación inicial ante la sospecha de absceso del psoas; pues identifica con facilidad la colección líquida sobre el área del psoas en un 60%; sin embargo, posee dificultades en la identificación en obesos, es operador dependiente, no identifica abscesos pequeños y presenta dificultades por la interposición de gas, es operador dependiente (18).

En la radiografía de abdomen es posible observar la pérdida del contorno del psoas, la presencia de gas a nivel del espacio retroperitoneal y en los cuadros de larga evolución es posible observar compromiso óseo(2)(18).

La resonancia magnética puede determinar la diseminación del foco infeccioso junto con el compromiso de los tejidos blandos, el aumento de tamaño del músculo y delimitación de paredes del absceso. Observa la presencia de señal líquida en secuencias potenciadas a nivel de T2. Sin embargo, tiene un alto costo y baja disponibilidad, por lo que se reserva para paciente en los que la administración de medios de contraste este contraindicad(2)(18).

Para considerar los posibles diagnósticos diferenciales se debe tomar en cuenta que debido a que el espacio retroperitoneal constituye un gran espacio, se encuentran masas peritoneales muy voluminosas generalmente de carácter neoplásico. Aunque constituye menos del 1% se debe considerar al sarcoma mesenquimatoso, tumores de células germinales, tumores de causa neurogénicas además de trastornos de tipo linfoproliferativos; de estos el sarcoma de tejidos blando constituye el 80% de los canceres ubicados en el retroperitoneo.(22)

En el caso de tratarse de un hematoma es dificultoso poder distinguirlo de una colección de tipo líquida, pero con el apoyo de imagenología se puede determinar ciertas diferencias como son la ausencia de cambios inflamatorios y la detección de un sangrado activo junto con un descenso de

los niveles de hematocrito (23). En la tabla 3 se citan las patologías más frecuentes a descartar al momento del diagnóstico.

Diagnóstico Diferencial

- **Enfermedad de Crohn**
 - **Apendicitis**
 - **Diverticulitis**
 - **Cáncer colorrectal**
 - **Abscesos pancreáticos**
 - **Linfomas**
 - **EPI (enfermedad inflamatoria pélvica)**
 - **Artritis séptica a nivel de la articulación sacro-iliaca**
 - **Osteomielitis y discitis**
 - **Fiebre reumática**
 - **Absceso de partes**
 - **Tumores del retroperitoneo**
-

El tratamiento se basa en el uso de antibioticoterapia más el drenaje de la colección cuando tiene un diámetro mayor a 6 cm sea por vía percutáneo o quirúrgica (1). En la actualidad se prefiere el drenaje percutáneo debido a que tiene bajas tasas de morbilidad además permite una resolución de alrededor del 75-90% (23).

El uso de la antibioticoterapia por vía parenteral se debe iniciar de manera empírica, considerando la cobertura frente a *S. Aureus* y bacterias entéricas anaerobios y aerobios, mientras se espera el resultado de los cultivos.

En abscesos primarios se deberá iniciar antibióticos antiestafilocócicos, mientras que en los secundarios se aconseja el inicio precoz de antibióticos de amplio espectro como es la clindamicina, penicilinas anti estafilococos y aminoglucósidos.(24)

En la tabla 4 podemos observar los esquemas recomendados.

Antibioticoterapia(23)	
Betalactámico + Anaerobica	<ul style="list-style-type: none">• Oxacilina IV (2gr cada/4-6horas) + Metronidazol IV (500 mg cada/6 horas)• Cefotaxima IV (2 gr cada/4-6horas) + Metronidazol IV (500 mg cada/6 horas)• Oxacilina IV (2gr cada/4-6horas) + Clindamicina IV (300 mg cada/6HORAS)• Cefotaxima IV (2 gr cada/4-6horas) + Clindamicina IV (300 mg cada/6HORAS)
Betalactámico + Aminoglucósido	<ul style="list-style-type: none">• Oxacilina IV (2gr cada/4-6horas) + Gentamicina IV (80mg cada/8 horas o 120 mg cada/12horas)• Cefotaxima IV (2 gr cada/4-6horas) + Gentamicina IV (80mg cada/8 horas o 120 mg cada/12horas)
Betalactámico + fluoroquinolona	<ul style="list-style-type: none">• Oxacilina IV (2gr cada/4-6horas) + Ciprofloxacina IV (400mg cada/12horas)• Cefotaxima IV (2 gr cada/4-6horas) + Ciprofloxacina IV (400mg cada/12horas)
SARM	<ul style="list-style-type: none">• Vancomicina IV 30 mg/cada 24horas dividido en dos dosis• Daptomicina IV 6mg/kg/día• Linezolid IV/VO 600 mg/cada 12horas
Duración: Esquema tiene que tener una duración mínimo entre 3-6 semanas de tratamiento intravenosos seguido de 4-6 semanas de antibiótico oral en dependencia de la mejoría clínica del paciente y el control radiológico	

Investigaciones realizadas por Mallick, Thoufeed y Rajendran, 2004 mencionan que el drenaje de los abscesos del psoas se pueden hacer mediante dos métodos:

- Drenaje Percutáneo (DPC) guiado por tomografía o ecografía
- Drenaje Quirúrgico

El drenaje percutáneo sea por ecografía o tomografía es el tratamiento de elección para eliminar la colección intraabdominal con una tasa de éxito del 80-90% y con 5-10% de recurrencia. Existen dos técnicas como son la aspiración directa sin catéter y la aspiración con colocación de un catéter de pigtail o doble jota(25).

En el estudio realizado por (Julián Ramírez en el año 2019) se realizaron 106 procedimientos percutáneos en 79 pacientes que tenían diferentes colecciones intraabdominales en donde los abscesos retroperitoneales constituyeron el cuarto lugar; de ellos cuales 92 fueron sometidos al drenaje con colocación de catéter guiados por tomografía (34%) y 66% por ecografía donde la mayoría del contenido tenía un carácter purulento con volúmenes de aproximadamente 10-2000 ml de todos estos casos el 99% tuvo un drenaje exitoso y con una tasa de complicaciones del 1.9%. (25)

En una serie de casos realizada (Ming Wang 2020) en el servicio de cirugía en un hospital de Argentina se reportaron 6 pacientes con abscesos del psoas de los cuales; 5 era de tipo primario y uno secundario de todos estos el tratamiento consistió en el uso de antibióticos de amplio espectro junto con drenaje percutáneo donde en todos los paciente se vio una resolución del cuadro clínico sin ninguna mortalidad asociada y con pocos días de internación.(1)

Se estima que la duración del del catéter oscila entre 7-28 días debido a que si se deja por una tiempo más prolongado existe un riesgo de formación de fistulas.(27)

No tiene contraindicaciones absolutas; sin embargo, entre las contraindicaciones relativas se puede mencionar la presencia de coagulopatías, ausencia de un acceso seguro al compartimiento del iliopsoas y la ausencia de colaboración del paciente(26).

Entre sus limitaciones, el catéter puede salirse con el simple cambio de posición del paciente; la secreción purulenta dificulta mantener permeable el catéter. En los casos de los abscesos secundarios donde existe lesión primaria debe resolverse, además de drenar el absceso ya que la recidiva puede llegar hasta un 50% cuando se sometieron solo al drenaje(28).

En el drenaje quirúrgico, el abordaje que se realiza es extraperitoneal por medio de realización de una incisión a nivel de la fosa iliaca y permite un desbridamiento del tejido, tratamiento del foco infeccioso y un drenaje completo en el menor tiempo comparado con el DCP. Es menos invasivo y en casos de hallarse un absceso bilateral este se puede resolver con una sola incisión (28).

El drenaje quirúrgico laparoscópico permite la resección completa del tejido que se halla infectado, permite el tratamiento de las patologías asociadas, reduce las complicaciones postoperatorias, acorta la estancia hospitalización y permite un recuperación más rápida siendo más seguro y eficaz en paciente con sepsis o shock séptico por abscesos del psoas de gran extensión; por lo que se

sugiere que el drenaje quirúrgico por vía laparoscópica sea empelado como primera opción cuando fracasa el DCP en lugar del drenaje quirúrgico abierto.

En el caso presentado se abordaron acorde al diagnóstico y tratamiento actual con la resolución completa del cuadro clínico.

Conclusiones

El absceso del psoas es una miositis supurativa poco frecuente acompañada de un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica por el compromiso del compartimiento del iliopsoas a nivel del retroperitoneo; con manifestaciones clínicas inespecíficas que representan un gran reto diagnóstico, requiriendo alta sospecha y de la confirmación mediante estudio tomográfico.

El tratamiento implica el uso de antibioticoterapia dirigida frente a los patógenos comunes como *S. aureus* y *Gram negativos* además de la realización del drenaje percutáneo guiado por imagen o quirúrgico para resolución del cuadro clínico

Referencias

1. Wang M, Rotryng A, Cruz D V., Ferraro BY, Orduna GO. Absceso del psoas ilíaco: importancia del tratamiento percutáneo en una serie consecutiva de casos. Revista Argentina de Cirugía [Internet]. 2020;112(1):23–9. Disponible en: <https://www.netmd.org/cirugia-general/cirugia-general-articulos/absceso-del-psoas-ilíaco-importancia-del-tratamiento-percutáneo-en-una-serie-consecutiva-de-casos>
2. Lidid A L, Casas M JS. Absceso del iliopsoas: Claves para el diagnóstico imagenológico. Revista Chilena de Radiología [Internet]. 2017;23(4):163–73. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082017000400163
3. Russo AM, Garretano A, Pouy A, Wagner G, Costa JM, Sciuto PM, et al. Drenaje Quirúrgico Extraperitoneal de Absceso del Psoas: Fundamento anatómico. Revista Argentina de Anatomía Clínica [Internet]. 2016;7(2):100–6. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/340215461_DRENAJE_QUIRURGICO_EXTRAPERITONEAL_DE_ABSCESO_DEL_PSOAS_FUNDAMENTO_ANATOMICO_Drenaje_quirurgico_extraperitoneal_de_absceso_del_psoas_Fundamento_anatomico

4. Robín Á, Lersundi V De, Cidoncha AC. Anatomía y fisiología de la pared abdominal. Manual de Cirugía de Pared Abdominal Compleja [Internet]. 2019;1–10. Disponible en: https://www.berri.es/pdf/MANUAL_DE_CIRUGIA_DE_PARED_ABDOMINAL_COMPLEJA/9788416706549
5. Moreno-eggea A, Latorre AM. Estudio de relación entre el músculo psoas y el plexo lumbar retroperitoneal: implicaciones médico-quirúrgicas. Revista Hispanoamericana de Hernia [Internet]. 2019;7(3):129–34. Disponible en: <https://hernia.grupoaran.com/articles/00190/show>
6. Personales D. Absceso del Psoas. Revista de Pediatría del Hospital de Buenos Aires [Internet]. 2019;61(273):99–102. Disponible en: http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2019/07/273-08_Historia-clínica.pdf
7. Armando A, Saavedra R, Natalie D, Cabrera R, Bruno C, Cedeño G. Causas de absceso del musculo psoas Causes of psoas muscle abscess Causas de abscesso do músculo psoas. Revista Científica Mundo de la Investigación y El Conocimiento [Internet]. 2021;(2). Disponible en: <https://www.recimundo.com/~recimund/index.php/es/article/view/1243/1761>
8. Haney A, Choi L, Musser JE, Bunch KP. Journal of Clinical Images and Medical Case Reports. Annals of Clinical and Medical Case Reports [Internet]. 2021;6. Disponible en: <https://acmcasereport.com/wp-content/uploads/2021/05/ACMCR-v6-1566.pdf>
9. Horiya M, Anno T, Kawada M, Yamada H, Takahashi K, Takenouchi H, et al. Pyogenic psoas abscess on the dorsal side, and bacterial meningitis and spinal epidural abscess on the ventral side, both of which were induced by spontaneous discitis in a patient with diabetes mellitus: A case report. Journal of Diabetes Investigation [Internet]. 2021;12(7):1301–5. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jdi.13461>
10. Report C, Gomes RR. Primary Tubercular Psoas Abscess: An Unusual Cause of Groin Pain. Journal of Clinical Case Studies, Reviews & Reports [Internet]. 2021;3(4):1–4. Disponible en: <https://www.onlinescientificresearch.com/articles/primary-tubercular-psoas-abscess-an-unusual-cause-of-groin-pain.pdf>
11. Sreenivasan P, Sharma B, Singh A, Kataria MS, Ray P, Angrup A. Secondary anaerobic infection in a case of multidrug resistant tubercular paraspinal abscess: A rare presentation.

- Access Microbiology [Internet]. 2021;3(8):10–2. Disponible en: <https://www.microbiologyresearch.org/docserver/fulltext/acmi/3/8/acmi000253.pdf?expires=1631589934&id=id&acname=guest&checksum=2426A891B0A22779E4F8868AD30F3C17>
12. Calderón Sánchez shtar. Absceso Del Musculo Psoas. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2017;2:10–6. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms177c.pdf>
 13. Fiorella N, Reyes L, Alfredo G, Lombeyda F, Yasmín L, Córdova H. Causas de Absceso del Músculo del Psoas. RECIAMUC [Internet]. 2021;(2):57–63. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/search>
 14. Lock Vargas Y, Joo Fernández H, Díaz Villanueva P, Campana Román P, Valencia Avalo D. Absceso de Psoas. Revista Científica Ciencia Medica [Internet]. 2018;21(1):113–7. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332018000100018&lng=en&nrm=iso
 15. Ferrer A., Washinthon Vera. Absceso de Psoas: Análisis de una serie de casos. RECIAMUC [Internet]. 2016; Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/644>
 16. Sato T, Kudo D, Kushimoto S. Epidemiological features and outcomes of patients with psoas abscess: A retrospective cohort study. Annals of Medicine and Surgery [Internet]. 2021;62(January):114–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.01.040>
 17. Miloudi M, Aarsalane L, Kharrab A, El Kamouni Y, Zouhair S. Bilateral tuberculous psoas abscess. Access Microbiology [Internet]. 2020;2(8):2–4. Disponible en: <https://www.microbiologyresearch.org/docserver/fulltext/acmi/2/8/acmi000135.pdf?expires=1631977778&id=id&acname=guest&checksum=EA11244149AC41E9B9DD65F07FF3859E>
 18. Calderón Sánchez shtar. Absceso Del Musculo Psoas. Dialnet Plus - Universidad de La Rioja [Internet]. 2017;2:10–6. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7070392>
 19. Trejos Pino JV. Dificultad para la marcha, fiebre y pérdida de peso. absceso del psoas?. abordaje diagnóstico y terapéutico de un caso. Facultad de Cincias Médicas [Internet].

-
- 2013;16(1):1–4. Disponible en:
http://www.ug.edu.ec/revistas/Revista_Ciencias_Medicas/REVISTA_N1_VOL16/Rep_Casos_4.pdf
20. Lidid A L, Casas M JS. Absceso del iliopsoas: Claves para el diagnóstico imagenológico. *Revista chilena de radiología* [Internet]. 2017;23(4):163–73. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082017000400163&lng=es
21. Castro S, Salusso DD, Falak A, Valiente J, Erbin M, Guelfand L, et al. Absceso de psoas iliaco: un desafío diagnóstico. *Actualizaciones en Sida e Infectología*. 2019;7–14.
22. Blute ML, Abramson JS, Cronin KC, Nardi V. A 19-Year-Old Man with Hematuria and a Retroperitoneal Mass. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 2017;376(7):684–92. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp1610100>
23. Delgado-castro LG, Fung-fallas MP. Absceso del psoas: el gran Imitado. *Revista Hispanoamericana De Ciencias De La Salud* [Internet]. 2021;7(1):22–9. Disponible en: <https://www.uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/471>
24. Froiio C, Bernardi DT, Asti E, Bonavina L. Retroperitoneoscopic drainage of cryptogenic psoas abscess. *BMJ Case Reports* [Internet]. 2020;13(7):1–4. Disponible en: <https://casereports.bmj.com/content/13/7/e235579.abstract>
25. Ramírez J, Arroyave Y, Quilindo C, Romero T, Priarone C. Manejo del drenaje percutáneo guiado por imágenes en un hospital de tercer nivel. *Revista Colombiana de Cirugía* [Internet]. 2019;34(2):163–70. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v34n2/2011-7582-rcci-34-02-00163.pdf>
26. Nagaretnam V, Rampal S, Abas R, Chopra S, Hak Lian T. Literature review and case report of bilateral extensive psoas abscess: A rare case of spondylomyelitis with infection spread to Hunter’s canal with a rare causative microorganism. *Joint Diseases and Related Surgery*. 2021;32(x).
27. Martins DLN, Cavalcante Junior F de A, Falsarella PM, Rahal Junior A, Garcia RG. Percutaneous drainage of iliopsoas abscess: an effective option in cases not suitable for surgery. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*. 2018;16(3):eRC4254.

28. Hong CH, Hong YC, Bae SH, Son MW, Won SH, Ryu A, et al. Laparoscopic drainage as a minimally invasive treatment for a psoas abscess: A single-center case series and literature review. *Medicine (United States)* [Internet]. 2020;99(14). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7440240/>

©2021 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).