



DOI: 10.26820/reciamuc/5.(2).abril.2021.57-63

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/644>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de Revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 57-63







Absceso de psoas

Psoas abscess

Abcesso de Psoas

**Natalia Fiorella Loor Reyes¹; Gabriel Alfredo Flores Lombeyda²; Levding Yasmín Hernández Córdova³;
Damián Gabriel Herrera Sánchez⁴**

RECIBIDO: 15/01/2021 **ACEPTADO:** 17/02/2021 **PUBLICADO:** 30/04/2021

1. Médico de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; fiore_loor@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-0466-3528>
2. Médico de la Universidad de Guayaquil; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; gabriel_flores_l@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-9063-803X>
3. Médico de la Universidad de Guayaquil; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; yasmincitahc12@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-9267-9775>
4. Médico de la Universidad de Guayaquil; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; damian.herrerass@ug.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0003-4661-2435>

CORRESPONDENCIA

Natalia Fiorella Loor Reyes

fiore_loor@hotmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

El absceso del psoas es una patología infrecuente y de etiología muy variada. Hay dos categorías de abscesos: primarios y secundarios. Se origina por continuidad desde estructuras adyacentes (frecuentemente riñón, columna e intestino) o por diseminación hematogénea cuando la causa es primaria. Los secundarios son provocados por la extensión directa de un foco vecino, son más frecuentes en países desarrollados y se dan en sujetos mayores de 10 años. El 57% se presentan del lado derecho, 40% del izquierdo y 3% son bilaterales. La relación hombre/mujer es de 3:1. Es más frecuente en varones en la edad media de la vida. Su incidencia es baja; sin embargo, como consecuencia del uso de la tomografía computada la frecuencia del diagnóstico se ha incrementado; antes el diagnóstico sólo era postmortem. La metodología de la información es una revisión bibliográfica, apoyada en medios electrónicos como fuente primaria de obtención de información. El tratamiento quirúrgico y drenaje percutáneo es la alternativa principal sumado a la antibioticoterapia, ya que esto reduce las tasas de mortalidad. Sin embargo, el tratamiento quirúrgico es el más sugerido en los abscesos secundarios, ya que el drenaje percutáneo es más aconsejable en los abscesos primarios, aunque su tasa de recurrencia es mayor. El absceso de psoas es capaz de alojar bacterias (*Staphylococcus aureus*, *E. Coli*) que al no ser tratadas aumentan la mortalidad en los pacientes a causa de un choque séptico. En los casos aquí presentados, se destacan dos niños de 5 y 7 años de edad, algo que es poco frecuente en la literatura y en el desarrollo de la patología como tal. En este contexto las alarmas se encienden cuando hay fiebre, dolor abdominal irradiado en cadera y cojera y cuando se haya descartado artritis séptica de la cadera y osteomielitis, es altamente probable un absceso de psoas.

Palabras clave: Psoas, Drenaje, Quirúrgico, Musculo, TAC.

ABSTRACT

Psoas abscess is an infrequent pathology with a very varied etiology. There are two categories of abscesses: primary and secondary. It originates by continuity from adjacent structures (frequently kidney, spine, and intestine) or by hematogenous spread when the cause is primary. Secondary are caused by the direct extension of a neighboring focus, are more frequent in developed countries and occur in subjects older than 10 years. 57% are on the right side, 40% on the left, and 3% are bilateral. The male / female ratio is 3: 1. It is more frequent in males in the middle age of life. Its incidence is low; however, as a consequence of the use of computed tomography, the frequency of diagnosis has increased; before the diagnosis was only postmortem. The information methodology is a bibliographic review, supported by electronic media as the primary source for obtaining information. Surgical treatment and percutaneous drainage is the main alternative in addition to antibiotic therapy, since this reduces mortality rates. However, surgical treatment is the most suggested in secondary abscesses, since percutaneous drainage is more advisable in primary abscesses, although its recurrence rate is higher. Psoas abscess is capable of harboring bacteria (*Staphylococcus aureus*, *E. Coli*) which, when left untreated, increase mortality in patients due to septic shock. In the cases presented here, two children aged 5 and 7 stand out, something that is rare in the literature and in the development of the pathology as such. In this context, the alarms are turned on when there is fever, radiating abdominal pain in the hip and lameness and when septic arthritis of the hip and osteomyelitis have been ruled out, a psoas abscess is highly probable.

Keywords: Psoas, Drainage, Surgical, Muscle, CT.

RESUMO

O abscesso de Psoas é uma patologia pouco freqüente, com uma etiologia muito variada. Há duas categorias de abscessos: primário e secundário. Origina-se pela continuidade de estruturas adjacentes (freqüentemente rim, coluna e intestino) ou pela propagação hematogênica quando a causa é primária. Os secundários são causados pela extensão direta de um foco vizinho, são mais freqüentes nos países desenvolvidos e ocorrem em indivíduos com mais de 10 anos de idade. 57% estão do lado direito, 40% do lado esquerdo e 3% são bilaterais. A proporção homem/mulher é de 3: 1. É mais freqüente nos homens na meia-idade da vida. Sua incidência é baixa; entretanto, como conseqüência do uso da tomografia computadorizada, a freqüência de diagnóstico aumentou; antes o diagnóstico era apenas pós-morte. A metodologia da informação é uma revisão bibliográfica, apoiada por meios eletrônicos como fonte primária para a obtenção de informações. O tratamento cirúrgico e a drenagem percutânea são a principal alternativa, além da terapia antibiótica, já que esta reduz as taxas de mortalidade. Entretanto, o tratamento cirúrgico é o mais sugerido nos abscessos secundários, uma vez que a drenagem percutânea é mais aconselhável nos abscessos primários, embora sua taxa de recorrência seja maior. O abscesso de Psoas é capaz de abrigar bactérias (*Staphylococcus aureus*, *E. Coli*) que, quando deixadas sem tratamento, aumentam a mortalidade dos pacientes devido ao choque séptico. Nos casos aqui apresentados, destacam-se duas crianças de 5 e 7 anos, algo que é raro na literatura e no desenvolvimento da patologia como tal. Neste contexto, os alarmes são ativados quando há febre, dor abdominal irradiante no quadril e coxão e quando a artrite séptica do quadril e a osteomielite foram descartadas, um abscesso do psoas é altamente provável.

Palavras-chave: Psoas, Drenagem, Cirurgia, Músculo, TC.

Introducción

El absceso del psoas es una patología infrecuente y de etiología muy variada. Hay dos categorías de abscesos: primarios y secundarios. Los primarios resultan de la colonización por vía hemática o linfática de un foco lejano, son más frecuentes en países en vías de desarrollo y se dan con más frecuencia en jóvenes menores de 20 años. Suelen ser consecuencia del uso de drogas vía parenteral o inmunosupresión. Los secundarios son provocados por la extensión directa de un foco vecino, son más frecuentes en países desarrollados y se dan en sujetos mayores de 10 años (Lucas Pérez-Romero, Salazar García, Lucas Pérez-Romero, & Belmonte, 2011, pág. 76). El 57% se presentan del lado derecho, 40% del izquierdo y 3% son bilaterales. La relación hombre/mujer es de 3:1 (Carrillo-Esper, Mendoza, & González-Salazar, 2003, pág. 83).



Imagen 1. Imagen hipodensa en el músculo psoas izquierdo, compatible con absceso de psoas

Fuente: (Larcamon, Juanco, Álvarez, & Pebe, 2010).

Se origina por continuidad desde estructuras adyacentes (frecuentemente riñón, columna e intestino) o por diseminación hematológica cuando la causa es primaria. Es más frecuente en varones en la edad media de la vida. Su incidencia es baja; sin embargo, como consecuencia del uso de la tomografía computada la frecuencia del diagnóstico

se ha incrementado; antes el diagnóstico sólo era postmortem (Vicente-Ruiz, y otros, 2014, pág. 269). El músculo psoas se origina desde las vértebras torácicas inferiores hasta las últimas vértebras lumbares (bordes laterales de T12 a L5), y se extiende a través del retroperitoneo hasta insertarse en el trocánter menor del fémur. Por lo tanto, se encuentra en estrecha proximidad a un número de órganos retro e intraabdominales, incluyendo los riñones, uréteres, páncreas, el apéndice, el intestino grueso y delgado. Los organismos relacionados a procesos infecciosos frecuentes de estos órganos podrían extenderse directamente al músculo psoas. Por otra parte, el abundante suministro de sangre al músculo psoas, es considerado un factor predisponente para diseminación hematológica desde fuentes distantes (Lock Vargas, Joo Fernández, Díaz Villanueva, Campana Román, & Valencia Avalo, 2018, págs. 113-114).

Su presentación es vaga: dolor abdominal, lumbar o de flancos asociado con fiebre y leucocitosis suele confundirse con sepsis urinarias y otras patologías de tipo infeccioso abdominal. El médico tratante debe tener en cuenta esta posibilidad diagnóstica para poder encontrarla en pacientes con una clínica oscura, así mismo el desarrollo en las técnicas de diagnóstico por imagen ha supuesto una mejora tanto a la hora de diagnosticar como a la de tratarlos, ya que suele ser suficiente con un drenaje percutáneo guiado por ecografía o TAC y tratamiento antibiótico adecuado (Carvajal, Mayorga, & Cascante, 2010).

Podemos afirmar que su etiología ha variado desde aquella psoitis aguda descrita por Herman Mynter secundaria al mal de Pott. Actualmente lo habitual es encontrarlo asociado a un estado general deteriorado (inmunodeficiencias, enfermedades crónicas debilitantes), a adictos a drogas por vía parenteral o a pacientes con otras infecciones de órganos en vecindad (Navarro Gil, y otros, 2006, pág. 74).

Metodología

La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enfoca hacia una metodología enfocada hacia la necesidad de indagar en forma precisa y coherente una situación. Enmarcada dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es el absceso de psoas. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales impresos, audiovisuales y electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, entre otros. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis.

Tabla 1. Características que Diferencian la Modalidad a Distancia de la Presencial.

Caso	Descripción
1	Mujer de 48 años con patologías previas, dolor en cadera izquierda y fiebre de 38°C luego de tratamiento con antibióticos, cede la fiebre, pero el dolor abdominal aumenta. presentando eritema y aumento de temperatura en cara externa del muslo con claro deterioro del estado general, tensión arterial de 108/69 mmHg y una frecuencia cardiaca de 76 lpm y palidez cutánea. En la radiografía de cadera se desveló la presencia de gas en muslo izquierdo, por lo que se decidió realizar TAC abomino-pélvico para evidenciar el origen del gas. El TAC tuvo que ser realizado sin contraste debido a la insuficiencia renal que tenía la paciente, objetivándose una colección de 5 x 6 cms. con nivel aéreo en pelvis izquierda y afectación del músculo ileo-psoas, compatible con absceso del psoas, con extensión de gas por la musculatura anterior del muslo izquierdo. Con el diagnóstico de absceso de psoas se decidió poner ceftriaxona 2 g IV más metronidazol 500 mg IV y posteriormente el absceso fue drenado quirúrgicamente.
2	Mujer de 58 años que presenta cuadro de 7 días de evolución caracterizado por fiebre y dolor abdominal continuo, a predominio de hemiabdomen izquierdo acompañado de náuseas y escasos vómitos, deposiciones diarreicas y síntomas urinarios bajos. De 1 mes de evolución refiere edemas en miembros inferiores a predominio izquierdo y lumbociatalgia homolateral. El examen físico al ingreso revela: PA 120/60 mmHg; FC 100/min; FR 16/min; temperatura 38.4 °C. Puñopercusión positiva izquierda. Abdomen globuloso, doloroso a la palpación de fosa ilíaca y zona periespina ilíaca anterior izquierda donde se palpa masa sólida de bordes no definidos, de mayor consistencia, fluctuante, dolorosa, de 5-6 cm de diámetro. Se efectúa una tomografía axial computada (TAC) de abdomen y pelvis donde se observa un absceso del psoas extendiéndose hacia la pelvis donde se constata un absceso tuboovárico. Se decide tratamiento quirúrgico constatándose un absceso tuboovárico izquierdo por lo que se efectúa ooforosalingectomía, drenaje del absceso pelviano y fondo de saco de Douglas.
3	Niño de siete años que acudió a Urgencias con dolor en la cadera derecha, cojera y fiebre. Los síntomas habían empezado de manera brusca siete días antes. En los últimos días aparecieron dos lesiones cutáneas, una en el glúteo y otra en el cuero cabelludo. Los análisis de sangre mostraron una neutrofilia leve y un aumento de los reactantes de fase aguda: fibrinógeno 1008 mg/dl, proteína C-reactiva 173 mg/l y velocidad de sedimentación globular de 100 mm/hora. La ecografía de la cadera y la radiografía abdominopélvica fueron normales, a excepción de la posición antiálgica en esta última. Ingresó con tratamiento con amoxicilina-clavulánico por vía intravenosa. Dada la normalidad de las pruebas realizadas y ante la sospecha clínica de absceso de psoas se solicitó una resonancia magnética (RM) abdominal que mostró un absceso en el músculo psoas derecho y una osteomielitis del cuerpo vertebral L4. El hemocultivo fue estéril, pero en la punción del absceso del cuero cabelludo se aisló <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a meticilina, por lo que se modificó la antibioterapia para cubrir dicho germen, con meropenem y linezolid.

4	<p>Paciente varón de 57 años quien refiere un tiempo de enfermedad de 2 meses, caracterizado por dolor punzante en la zona lumbar izquierda de moderada intensidad, y sensación de masa en la misma zona, asociado a fiebre intermitente la cual se cuantifica hasta 39 °C. Al momento del ingreso, el paciente se encontraba con facies dolorosa, diaforético, adelgazado, palidez ++/+++, en regular estado de nutrición e hidratación. Al examen físico regional se observaba tumoración flogotica de 7x3 cm aproximadamente en la región lumbar izquierda, dolorosa Se solicita tomografía contrastada, la cual informa colección de paredes gruesas que diseca las fibras musculares del psoas izquierdo y que se extiende hacia la pared ipsilateral y fistulosa a los tejidos blandos adyacentes, sin comprometer capsula renal y con realce periférico tras inyección del contraste. resto de órganos sin alteraciones. Con los resultados de los exámenes auxiliares se plantea el diagnóstico sugestivo de absceso de psoas izquierdo. Se inicia antibioticoterapia con ciprofloxacino 400 mg EV cada 12 horas más metronidazol 500 mg EV cada 8 horas durante 10 días, y ante la persistencia de picos febriles e imposibilidad de drenaje por radiología intervencionista debido a falta de materiales, se realiza interconsulta al Servicio de Cirugía, decidiéndose un drenaje quirúrgico abierto del absceso.</p>
5	<p>Niña de 5 años que ingresa a la guardia por una convulsión febril (T 39°C), cursando el 5° día de varicela. Se recupera rápidamente de su convulsión febril, sin signos o síntomas neurológicos para destacar. La paciente refiere, desde hace dos días, dolor en fosa lumbar con impotencia funcional de miembros inferiores y reingiera. Se solicita TAC con diagnóstico presuntivo de espondilodiscitis o absceso del psoas. El informe describe una imagen hipodensa en el músculo psoas izquierdo, compatible con absceso de psoas Cultivo del drenaje quirúrgico: <i>Staphilococcus aureus</i> oxacilino-resistente. Sensible a rifampicina, clindamicina, vancomicina, eritromicina y trimetoprima-sulfametoxazol. El tratamiento consistió en cirugía con incisión transversa izquierda a la altura de la cresta ilíaca. Se observa área de supuración que se corresponde con el espacio psoasílico; se drenan 15 ml de pus espeso, que se envía a cultivo y se realiza lavado del lecho. Se administra clindamicina a 40 mg/kg/día + gentamicina a 5 mg/kg/día EV por 8 días, luego continúa tratamiento con clindamicina oral, hasta completar 6 semanas totales.</p>
6	<p>Paciente femenina de 55 años conocida hipertensa y diabética, la cual consulta al servicio de emergencias de un hospital periférico con cuadro de dolor lumbar izquierdo, asociado a fiebre y una descompensación diabética simple que fue resuelta y egresada. Acude de nuevo al centro asistencial y se encuentra una paciente hipotensa, con dolor lumbar severo y deshidratada. Al examen físico se documenta un abdomen blando depresible, doloroso de forma difusa pero que predomina en la fosa iliaca izquierda sin datos de irritación peritoneal. Como dato interesante al examen físico se documenta un dolor intenso al flexionar la cadera izquierda. Sin embargo, la paciente persiste muy sintomática por lo cual se decide repetir el ultrasonido el cual en esta ocasión revela una imagen heterogénea proyectado en lo que impresiona corresponder a los músculos psoas iliaco izquierdo. La imagen encontrada mide aproximadamente 74 x 41 x 40 mm para un volumen de 65cc altamente sospechoso de un absceso. Ante este hallazgo se decide complementar los estudios de gabinete con un TAC de abdomen el cual describe que a PSOAS nivel de los músculos psoas iliaco izquierdo se aprecia engrosamiento y distorsión de los mismos asociado con imágenes hipodensas y aire en su interior hallazgo compatible con un absceso. Se decide dar cobertura antibiótica con metronidazol y cefotaxime a dosis plenas, terapéutica ante la cual la paciente responde satisfactoriamente.</p>

Fuente: (Carrillo-Esper, Mendoza, & González-Salazar, 2003), (Corral, Hernández, Godoy, Staffieri, & Weller, 2010), (Navarro Gil, y otros, 2006), (Carvajal, Mayorga, & Cascante, 2010), (Larcamon, Juanco, Álvarez, & Pebe, 2010), (Lucas Pérez-Romero, Salazar García, Lucas Pérez-Romero, & Belmonte, 2011), (Lock Vargas, Joo Fernández, Díaz Villanueva, Campana Román, & Valencia Avalo, 2018). Elaborado por: los Autores.

En los casos aquí descritos, se observa un patrón similar en cuanto a la sintomatología, en lo que se refiere a fiebre, dolores lumbares, bacterias al realizar cultivos como *Staphylococcus aureus*. Las exploraciones físicas, la clínica (laboratorio) y los exámenes por imágenes confirman todos abscesos de psoas. El tratamiento en la mayoría de los casos fue quirúrgico con drenajes en combinación con antibioticoterapia. También hay que destacar que en los casos aquí descritos predominaron los pacientes femeninos.

Conclusiones

Se confirma que la exploración física y la sintomatología descrita por el paciente es fundamental a la hora de valorar los exámenes a realizar, en este caso, al hablar del absceso de psoas, el dolor lumbar y la fiebre pueden ser unos buenos predictores, en alguno de los casos descritos hubo que realizar imágenes complementarias como el TAC, ya que por ultrasonido hubo confusión a la hora de determinar o confirmar el absceso. Lo que también confirma lo complejo que puede ser el diagnóstico de esta patología, si se alarga su proceso de atención, siempre es recomendable el TAC por su alta sensibilidad (95%).

El tratamiento quirúrgico y drenaje percutáneo es la alternativa principal sumado a la antibioticoterapia, ya que esto reduce las tasas de mortalidad. Sin embargo, el tratamiento quirúrgico es el más sugerido en los abscesos secundarios, ya que el drenaje percutáneo es más aconsejable en los abscesos primarios, aunque su tasa de recurrencia es mayor. El absceso de psoas es capaz de alojar bacterias (*Staphylococcus aureus*, *E. Coli*) que al no ser tratadas aumentan la mortalidad en los pacientes a causa de un choque séptico.

En los casos aquí presentados, se destacan dos niños de 5 y 7 años de edad, algo que es poco frecuente en la literatura y en el desarrollo de la patología como tal. En este contexto las alarmas se encienden cuando

hay fiebre, dolor abdominal irradiado en cadera y cojera y cuando se haya descartado artritis séptica de la cadera y osteomielitis, es altamente probable un absceso de psoas.

Bibliografía

- Carrillo-Esper, R., Mendoza, A., & González-Salazar, J. (2003). Absceso del psoas. *Gac Méd Méx*, 1.
- Carvajal, T., Mayorga, I., & Cascante, B. (2010). Absceso del músculo psoas. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, 67(593), 295-298.
- Corral, M., Hernández, M., Godoy, N., Staffieri, F., & Weller, C. (2010). Absceso del psoas: un desafío para el internista. *Rev Méd Rosario*, 76, 29-33.
- Larcamon, J. E., Juanco, G., Álvarez, L., & Pebe, F. (2010). Absceso de psoas como complicación de varicela. *Archivos argentinos de pediatría*, 108(3), e86-e88.
- Lock Vargas, Y., Joo Fernández, H., Díaz Villanueva, P., Campana Román, P., & Valencia Avalo, D. (2018). Absceso de psoas. *Revista Científica Ciencia Médica*, 21(1), 113-117.
- Lucas Pérez-Romero, J., Salazar García, P., Lucas Pérez-Romero, M., & Belmonte, M. (2011). Absceso de psoas. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(1), 76-78.
- Navarro Gil, J., Regojo Zapata, Ó., Elizalde Benito, Á., Hijazo Conejos, J., Murillo Pérez, C., Sánchez Zalabardo, J., & Valdivia Uría, J. (2006). Absceso de psoas: revisión de la bibliografía. *Archivos Españoles de Urología* (Ed. impresa), 59(1), 73-77.
- Vicente-Ruiz, M., de la Fe Candel-Arenas, M., Ruiz-Marín, M., Peña-Ros, E., Sánchez-Cifuentes, Á., & Albarracín-Marín-Blázquez, A. (2014). Absceso de psoas como diagnóstico diferencial en la patología abdominal de urgencias. *Cirugía y Cirujanos*, 82(3), 268-273.

CITAR ESTE ARTICULO:

Loor Reyes, N. F., Flores Lombeyda, G. A., Hernández Córdova, L. Y., & Herrera Sánchez, D. G. (2021). Absceso de psosas. RECIAMUC, 5(2), 57-63. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(2\).abril.2021.57-63](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(2).abril.2021.57-63)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.