

# ABSCESO DE PSOAS. RESOLUCIÓN PERCUTÁNEA

## PSOAS ABSCESS. PERCUTANEOUS RESOLUTION

González-Rivas, Mario<sup>1</sup>; Ramírez-Preciado, Isaac Ismael<sup>2</sup>; Serrano-Gómez, Daniel Bladimir<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Sección de Medicina de Urgencias, Hospital General de Zona número 21, Jalisco, México

<sup>2</sup> Sección de Cirugía General, Hospital General de Zona número 21, Jalisco, México

<sup>3</sup> Sección de Medicina General, Hospital General de Zona número 21, Jalisco, México

Recibido: 28/02/2019 | Revisado: 28/05/2020 | Aceptado: 14/07/2020

DOI: [10.15568/am.2021.812.cc01](https://doi.org/10.15568/am.2021.812.cc01)

Actual Med. 2021; 106(812): 78-80

### Caso Clínico

#### RESUMEN

Se hace descripción del caso de un paciente que acude al servicio de urgencias de un Hospital General de Zona del Instituto Mexicano del Seguro Social, I.M.S.S. con un cuadro de dolor abdominoinguinal izquierdo y fiebre de un mes de evolución. El estudio del caso logra evidencia tomográfica de un absceso de psoas izquierdo de grandes dimensiones, laboratorios compatibles con respuesta inflamatoria sistémica. Se realiza drenaje percutáneo en el área de urgencias para posteriormente continuar su estancia hospitalaria cursando con mejoría paulatina hasta su egreso. Pocos son los casos reportados de esta patología que se resuelven de esta forma tan poco invasiva.

#### Palabras Clave:

Absceso;  
Psoas;  
Drenaje;  
Percutáneo.

#### ABSTRACT

Description of the case of a patient who goes to the emergency service of one General Hospital Zone of the Instituto Mexicano del Seguro Social, I.M.S.S. with a left abdominal-inguinal pain and fever of one month of evolution. The study of the case, gets tomographic evidence of a left psoas abscess of large dimensions is obtained with laboratory tests compatible with systemic inflammatory response. Percutaneous drainage was performed in the emergency service to continue his hospital stay later, with gradual improvement until his discharge. Few cases are reported of this pathology and much less of those that can be resolved in this way so little invasive.

#### Keywords:

Abscess;  
Psoas;  
Drainage;  
Percutaneous.

### INTRODUCCIÓN

El absceso de psoas (AP) es una condición descrita por primera vez hace más de 100 años por Mynter. La incidencia reportada es de 0.4/100.000 pacientes. (1). El cuadro clínico es inespecífico, el diagnóstico se realiza con una combinación de examen clínico, hallazgos laboratoriales e imagen abdominal (2,3).

El manejo terapéutico temprano es un aspecto fundamental para esta patología (4).

El objetivo del presente documento es demostrar el diagnóstico de un paciente con absceso de psoas y su resolución con drenaje percutáneo en el servicio de urgencias.

### CASO CLÍNICO

Masculino de 73 años de edad que se presenta al servicio de urgencias por deterioro general, anorexia y dolor abdominal e inguinal izquierdo de un mes de evolución con fiebre de predominio nocturno con sudoración profusa. Antecedentes patológicos: diabético tipo 2, apendicectomía, colecistectomía por litiasis vesicular y ulcera gástrica perforada resuelta por laparotomía exploradora.

La exploración física reporta abdomen distendido con predominio izquierdo, cicatrices quirúrgicas de procedimientos ya referidos, peristalsis presente, a la palpación se identifica masa izquierda fluctuante, dolorosa, matidez a la percusión sin peritonismo presente. Sin datos físicos genitourinarios evidentes.

Correspondencia

Mario González Rivas

Circuito Juan Pablo II número 100, Colonia Los Sauces

44637, Tepatitlán de Morelos, Jalisco, México

E-mail: [marioglezri.1@gmail.com](mailto:marioglezri.1@gmail.com)

Los laboratorios reportan hemoglobina de 11.4 gr/dL, hematocrito de 36%, leucocitosis de 19200, neutrófilos del 83%, glucemia de 248 mg/dL, urea de 174.7 mg/dL, creatinina de 3.9 mg/dL, potasio 6.1 mmol/L.

La tomografía abdominopélvica simple mostró masa retroperitoneal izquierda con gas en su interior dependiente de músculo psoas.



Figura 1. Tomografía simple, corte abdominopélvico coronal con imagen de masa heterogénea sugestiva de absceso de psoas izquierdo.

Se instaure esquema antibiótico empírico basado en meropenem y metronidazol, control metabólico estricto basado en insulina y medidas antihiperkalemia.

La interconsulta al servicio de cirugía general confirma diagnóstico de absceso de psoas izquierdo. Se firma consentimiento informado y se opta por drenaje percutáneo a través de flanco izquierdo. Se coloca sonda de Nelaton obteniendo 800 cc de material purulento de apertura. En las siguientes veinticuatro horas se cuantifican 400 cc de gasto purulento. Se realiza control tomográfico mostrando reducción de la colección abordada.

Durante su hospitalización se logró cultivar *Escherichia coli* y *Bacteroides fragilis* con antibiograma positivo para el esquema antibiótico implementado inicialmente, el paciente curso con mejoría paulatina, reducción de gasto purulento hasta su nulificación y retiro de sonda abdominal sin complicaciones. Los exámenes de laboratorio finales reportan hemoglobina de 10 gr/dL, hematocrito de 32%, leucocitos de 11700, neutrófilos 71%, urea 62.7 mg/dL, creatinina de 1.6 mg/dL, potasio 5 mmol/L. motivo por el cual se logró su egreso hospitalario.

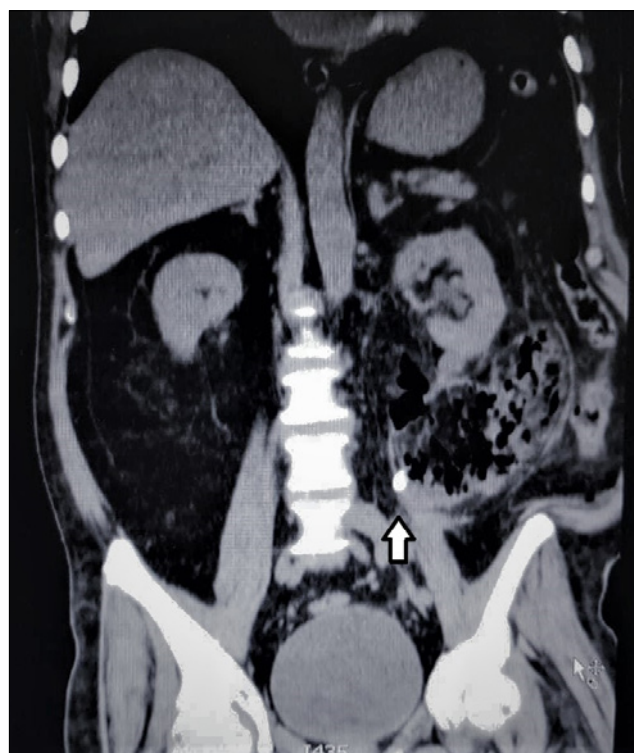


Figura 2. Tomografía simple, corte abdominopélvico coronal con absceso de psoas izquierdo en proceso de drenado. La flecha corresponde a la sonda de Nelaton.

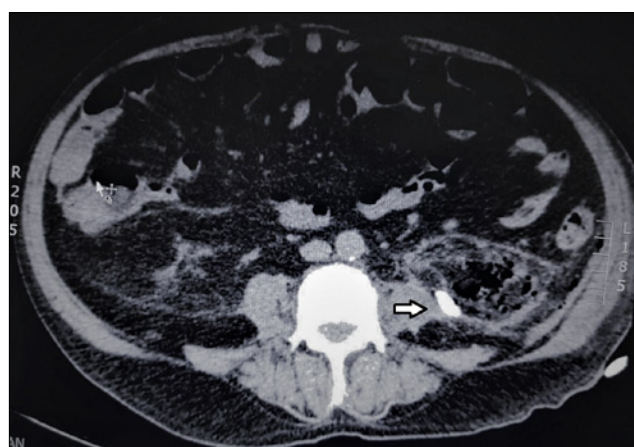


Figura 3. Tomografía simple, corte abdominopélvico transversal con absceso de psoas izquierdo en proceso de drenado. La flecha corresponde a la sonda de Nelaton.

Durante su hospitalización se logró cultivar *Escherichia coli* y *Bacteroides fragilis* con antibiograma positivo para el esquema antibiótico implementado inicialmente, el paciente curso con mejoría paulatina, reducción de gasto purulento hasta su nulificación y retiro de sonda abdominal sin complicaciones. Los exámenes de laboratorio finales reportan hemoglobina de 10 gr/dL, hematocrito de 32%, leucocitos de 11700, neutrófilos 71%, urea 62.7 mg/dL, creatinina de 1.6 mg/dL, potasio 5 mmol/L. motivo por el cual se logró su egreso hospitalario.

DISCUSIÓN

El AP consiste en una colección de fluido dentro del compartimento de los músculos psoas e ilíaco, clasificado por su origen en primario o secundario. El origen primario ocurre vía hematogena o linfática y generalmente cursa en pacientes con historia de diabetes mellitus, uso de drogas intravenosas, alcoholismo, consumo de AINES, inmunosupresión y estado nutricional deficiente. Los abscesos primarios son frecuentemente causados por un solo organismo, comúnmente *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* y *Escherichia coli*. (5,6) El origen secundario, deriva de procesos infecciosos y/o inflamatorios de órganos y estructuras vecinas, asociado a patologías como diverticulitis, apendicitis, cáncer colorectal, infecciones urinarias, osteomielitis vertebral, enfermedad de Crohn y endocarditis. (7) En las últimas décadas se han dado reportes de abscesos tanto mono como polimicrobianos, predominando las entérobacterias. Los anaerobios se aíslan en un 15% de los casos (5).

La presentación clínica del absceso del psoas es variable y depende de la etiología desencadenante. Existe una triada clásica de fiebre, dolor lumbar y marcha claudicante, no obstante está presente en un 30% de los casos. (2) La sospecha diagnóstica la obtendremos por la clínica, y su confirmación requiere pruebas de imagen, en la mayoría de los casos el estudio de elección será la tomografía (5). Los estudios de laboratorio pueden revelar leucocitosis, anemia y marcadores de inflamación elevados (6).

El tratamiento se divide en dos pilares fundamentales: antibioticoterapia y drenaje de la colección purulenta. Se recomienda iniciar tratamiento empírico con carbapenémicos o metronidazol y gentamicina. Cefalosporinas de 3era generación también se considera una opción adecuada. (7) En el origen secundario se debe iniciar tratamiento dirigido a la patología de base. (7) En el caso de un absceso de grandes dimensiones se recomienda el drenaje, es aquí que las técnicas de imagen actuales han dejado para pocas ocasiones los tratamientos quirúrgicos convencionales, dando pauta a procedimientos menos invasivos como lo es el drenaje percutáneo guiado ecográfica o topográficamente (8).

El drenaje debe permanecer hasta la obliteración de la cavidad y cese la producción de material purulento.

Cuando falla la técnica percutánea o las condiciones no son favorables se utiliza el abordaje quirúrgico abierto (7). La duración óptima del tratamiento antibiótico no está clara; sin embargo, 3 a 6 semanas después de un drenaje adecuado tiende a ser suficiente. (6) Se debe realizar seguimiento con estudios de imagen cercanos al término de la terapia antibiótica para asegurar la respuesta satisfactoria al tratamiento. (6)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yahng, JJ. Ying L. The great mimicker: A rare case of iliopsoas abscess associated with vertebral and sacroiliac osteomyelitis. *Med Case Studies*. 2019; 9 (1):1-6. DOI: 10.5897/MCS2018.0123
2. LididAL, CasasMJ. Absceso del iliopsoas: Claves para el diagnóstico imagenológico. *Revi Chilena Radiol* 2017;23:163-173. DOI: 10.4067/S0717-93082017000400163
3. Aboobakar R, Cheddie S, Singh B. Surgical management of psoas abscess in the Human Immunodeficiency Virus era. *Asian J Surg*. 2016; 41: 131-135. DOI: 10.1016/j.asjsur.2016.10.003
4. Kumar S. Psoas abscess: aetiological and clinical review. *Rev Med Microbiol*. 2017;28: 30-3. DOI: 10.1097/MRM.0000000000000092
5. García-Morán A, Campoamor-Serrano MT, de la Fuente-García B, Viejo-Guerra G, Fernández-Regueiro R. Absceso de psoas secundario a diverticulitis aguda perforada. *Semerger*. 2017;43(5):407-409. DOI: 10.1016/j.semerg.2016.11.008
6. Moriarty CM, Baker RJ. A pain in the psoas. *Sports Health*. 2016;8(Pt6):568-572. DOI: 10.1177/1941738116665112
7. Navarro-Gil J, Regojo-Zapata O, Elizalde-Benito A, Hija-zo-Conejos JI, Murillo-Perez C, Sánchez-Zalabardo JM, et al. Absceso de psoas: revisión de la literatura. *Arch Esp Urol*. 2006;59:73-77.
8. Iida K, Yoshikane K, Tono O, Tarukado K, Harimaya K. The effectiveness of a percutaneous endoscopic approach in a patient with psoas and epidural abscess accompanied by pyogenic spondylitis: a case report. *J Med Case Rep*. 2019;13(1):253. DOI: 10.1186/s13256-019-2193-6.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores/as de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

Si desea citar nuestro artículo:

González-Rivas M, Ramirez-Preciado I, Serrano-Gómez D. Absceso de Psoas. Resolución percutánea. *Actual Med*. 2021; 106(812): 78-80. DOI: 10.15568/am.2021.812.cc01