



Abscesos secundarios de psoas. Reporte de dos casos

Julio César Constantino-Castro,* Gustavo Zenteno-Guichard,†
Mónica De Jesús-Mosso,‡ Cindy Belén Larumbe-Hernández,‡ Jesús Alberto Bahena-Aponte,¶
Jorge González,§ Sari Narsil Angélica Mejía-Arcadia,|| Quintín Héctor González-Contreras**

* Hospital General "Jesús Gilberto Gómez Maza", Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. † Hospital Puebla.

‡ Clínica de Gastroenterología Integral, Nutrición y Obesidad en HMG. § Cirugía Gastrointestinal. Clínica de Gastroenterología Integral, Nutrición y Obesidad en HMG.

¶ Universidad Anáhuac. CDMX. || Clínica Hospital Central Militar. ** Clínica de Gastroenterología Integral, Nutrición y Obesidad en HMG. CDMX, México.

Secondary abscesses of the psoas muscle. A report of two cases

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 15 Núm. 2 / Abril-Junio, 2026 / p. 61-64

RESUMEN

Introducción. El absceso de psoas o iliopsoas (AIP) es un proceso infeccioso que debido a su presentación insidiosa comúnmente es pasada por alto. Con una prevalencia de 1.12/100,000 en Japón; y un riesgo de mortalidad elevado, si no se detecta y se trata a tiempo supone un riesgo elevado para la vida del paciente, es por ello por lo que esta patología representa un reto para el médico general, así como para el cirujano. Su origen puede ser primario o secundario, por extensión hematogena o por continuidad, respectivamente. Su diagnóstico temprano por medio de estudios de imagen, principalmente de la TAC nos permitirá determinar la pauta a seguir. En cuanto a las opciones de tratamiento, además del uso de antibióticos dirigidos al agente causal, será con abordajes quirúrgicos de los cuales en la actualidad no se tiene consenso, teniendo como principales alternativas el drenaje percutáneo y el drenaje quirúrgico.

Objetivos. Difundir la experiencia en el manejo de abscesos de psoas, su origen y las alternativas de diagnóstico con base en estudios de imagen y de laboratorio, y las opciones de tratamiento que existen hasta hoy.

Resultados. Se presentan dos casos de abscesos de psoas secundarios. El primero se debe a un cuadro de apendicitis complicada, con hallazgo incidental de carcinomatosis; el segundo caso es secundario a lesión térmica de uréter y mal manejo con colocación de *stent* ureteral.

Conclusiones. El absceso de psoas es una complicación poco frecuente de patologías abdominales y sistémicas, se debe sospechar en cuadros clínicos insidiosos que presenten fiebre, dolor y claudicación como síntomas y signos principales. Su diagnóstico y tratamiento

ABSTRACT

Background. Psoas or iliopsoas abscess (PIA) is an infectious process that is often overlooked due to its insidious presentation. With a prevalence of 1.12/100,000 reported in Japan and a high mortality risk, if it is not detected and treated in time it poses a high risk to the patient's life, which is why this pathology represents a challenge for the general physician, as well as for the surgeon. Its origin may be primary or secondary, by hematogenous extension or by continuity, respectively. Its early diagnosis through imaging studies, mainly CT, will allow us to determine the guidelines to follow. Regarding treatment options, in addition to the use of antibiotics directed at the causative agent, it will be with surgical approaches of which there is no consensus today, having as main alternatives percutaneous drainage and surgical drainage.

Objectives. To disseminate the experience in the management of psoas abscesses, their origin and diagnostic alternatives based on imaging and laboratory studies, as well as the treatment options that exist today.

Results. Two cases of secondary psoas abscesses are presented, the first due to a complicated appendicitis and with an incidental finding of carcinomatosis, the second case secondary to thermal injury of the ureter and poor management with placement of a ureteral *stent*.

Conclusions. Psoas abscess is a rare complication of abdominal and systemic pathologies. It should be suspected in insidious clinical conditions that present fever, pain and claudication as main symptoms and signs. Its timely diagnosis and treatment significantly reduce the risk of complications.

Correspondencia:

Dr. Quintín Héctor González-Contreras
Correo electrónico: quinhec@hotmail.com

oportuno disminuyen significativamente el riesgo de complicaciones.

Palabras clave. Absceso de psoas, drenaje percutáneo, antibióticos.

Key words. Psoas abscess, percutaneous drainage, antibiotics.

INTRODUCCIÓN

El absceso de psoas o iliopsoas es una colección supurativa dentro del compartimento de los músculos psoas e iliaco. Es una enfermedad infecciosa que fácilmente es pasada por alto debido a su presentación insidiosa y su poca frecuencia,¹ con una incidencia del 0.4/100,000 en Reino Unido,² y una prevalencia de 1.12/100,000 en Japón. Lo anterior permite que esta entidad pueda conducir a una morbilidad significativa, con tasas de mortalidad reportadas de 5 - 15% y riesgo de recaída del 15.8%.³

Un absceso primario de psoas refleja la extensión hematológica desde un sitio de infección desconocido; mientras que, un absceso secundario se debe a una extensión directa de un órgano adyacente. Los síntomas pueden ser vagos e inespecífico y se identifica una triada clásica caracterizada por fiebre, dolor y claudicación en el 30% de los casos. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y es confirmado mediante tomografía y resonancia magnética, principalmente. El tratamiento consiste en el drenaje adecuado (percutáneo o quirúrgico) y antimicrobianos.⁴

PRESENTACIÓN DE CASOS

Primer caso

Se presenta el caso de paciente masculino de 87 años con antecedente de cáncer de próstata en tratamiento. Inicia cuadro clínico con dolor abdominal de 4 meses de evolución resuelto parcialmente con antiespasmódicos, 7 días previo a su ingreso se agrega dolor lumbar de predominio derecho, dificultad a la deambulación y movilización del miembro pélvico ipsilateral. Se ingresa al servicio de urgencias consciente, orientado, fascies de dolor, fiebre de 38.2 °C, miembro pélvico derecho flexionado dado que la extensión condiciona dolor, abdomen blando y depresible con dolor leve a la palpación en la fosa iliaca derecha, sin datos clínicos de abdomen agudo. Se realizan estudios de laboratorio siendo de relevancia: Hb 11.2, Leucocitos 15,200 con predominio de neutrófilos, Pla 172,000, Gluc 113, Cr 1.1 y tiempos de coagulación en rangos normales. Por el curso del cuadro clínico se solicita

TAC contrastada, que evidencia absceso del músculo psoas derecho. Se decide drenaje de absceso por abordaje laparoscópico se encuentra material purulento en músculo psoas de aproximadamente 500 mL, múltiples nats fibrinopurulentas y carcinomatosis peritoneal; se decide conversión a cirugía abierta por un plastrón en la región ileocecal de difícil abordaje laparoscópico. Durante la laparotomía se encuentra como hallazgo relevante, apéndice cecal totalmente lisada, se confirma que este es el origen del absceso retroperitoneal. La evolución postoperatoria es satisfactoria y se egresa al paciente en buenas condiciones generales.

Segundo caso

Paciente femenino de 65 años con antecedentes de relevancia: Cáncer de endometrio, histerectomía en 2022, lesión térmica del uréter izquierdo, colocación de catéter doble J y posteriormente stent ureteral.

La paciente es valorada en la consulta externa por padecimiento de 3 meses de evolución por dolor en fosa renal izquierda y espalda baja, mismo dolor que se incrementa en las últimas 3 semanas con limitación funcional y dificultad a la deambulación. Refiere dentro de sus antecedentes relevantes, cuatro semanas (posterior a histerectomía) dolor intenso en fosa renal izquierda, con disminución de volúmenes urinarios, se realiza USG y Urotac que evidencia dilatación de cavidades renales izquierdas y estenosis ureteral, por lo cual se decide colocación de catéter doble J, con disminución de los síntomas de manera significativa. Posterior al retiro del catéter doble J, recidiva de síntomas y de dilatación de cavidades renales por lo que deciden colocación de 2 stents ureterales. Alrededor de 8 semanas posteriores a la colocación del stent se presenta nuevamente dolor en fosa renal izquierda con fiebre no cuantificada, por lo que acude con médico tratante quien sugiere drenaje percutáneo guiado por TAC, el procedimiento se realiza aparentemente con éxito; sin embargo, a los pocos días el catéter de drenaje es retirado por dolor intenso incapacitante. Acude al servicio en el Hospital Puebla con el cuadro clínico ya mencionado, se realiza TAC de abdomen y resonancia magnética (*Figuras 1 y 2*), en las que se evidencia espacio correspondiente al músculo psoas ilíaco izquierdo ocupado por colección líquida.

Se realiza drenaje de absceso por abordaje laparoscópico y se obtiene líquido purulento franco, espeso, verde-amarillento; sin embargo, inmediatamente por debajo de la colección purulenta se encuentra material del stent ureteral, por lo que opta por cirugía abierta, se retira el stent ureteral y se hace

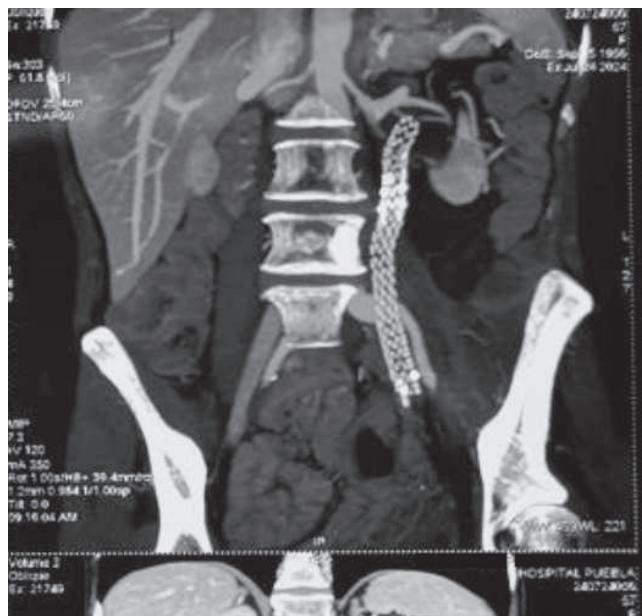


Figura 1. Resonancia magnetica en corte coronal que muestra stent ureteral izquierdo que ha destruido uréter izquierdo.

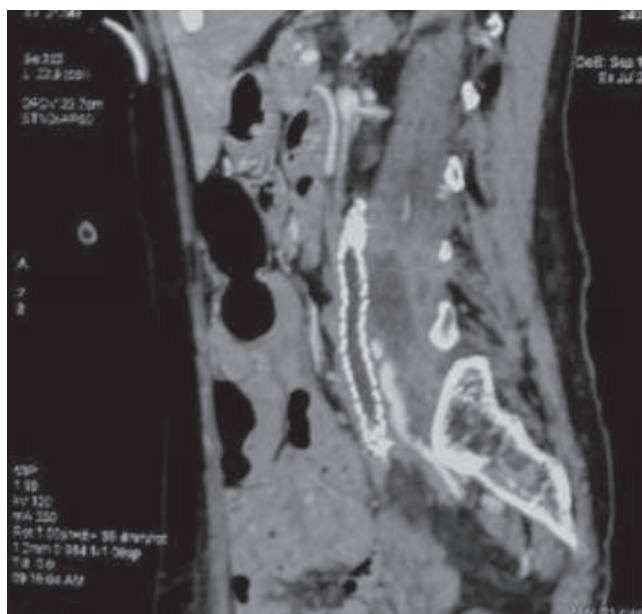


Figura 2. Resonancia magnética en corte sagital que muestra Stent ureteral izquierdo.

evidente la ausencia de uréter en todo el trayecto del stent ureteral, se drena colección purulenta del sitio del músculo psoas iliaco hasta el tercio inferior del riñón izquierdo. En decisión conjunta con urología se decide realizar nefrectomía izquierda dado el proceso séptico retroperitoneal y del propio riñón, el segundo stent ureteral pudo ser extraído de las cavidades renales, de donde drena gran cantidad de material purulento (Figura 3). El producto del cultivo es *Pseudomona aeruginosa*. La evolución postoperatoria es satisfactoria y se egresa a la paciente en buenas condiciones generales.

DISCUSIÓN

Descrito por primera vez por Mynter en 1881 como una complicación de infección por tuberculosis en la columna o la articulación sacroilíaca, los abscesos de iliopsoas continúan siendo una entidad rara, con una incidencia que se reporta a nivel mundial de 12 casos por año. Actualmente, la tasa de infección por tuberculosis ha disminuido, dando paso a abscesos de origen piógeno.^{5,6} La localización del musculo iliopsoas permite el contacto con múltiples órganos intraabdominales y retroperitoneales (riñones, uréteres, páncreas, apéndice e intestino), por lo que infecciones de estos órganos pueden extenderse hacia este músculo.⁷

Clinicamente se reconoce como una patología inespecífica, con sintomatología que puede variar debido a la localización de los músculos iliopsoas. Ouellette L, y cols., en una cohorte retrospectiva de 128 pacientes, encuentran al



Figura 3. Pieza quirúrgica que corresponde a nefrectomía izquierda donde se observa extracción de stent ureteral.

dolor de espalda, flanco, abdomen, cadera o pelvis en el 92% de los casos, seguido de malestar general en 21%, fiebre en 11% y edema de miembros pélvicos en 9%. Reconociendo únicamente en el 14% de los casos la triada clásica de dolor, fiebre y claudicación.⁸

El diagnóstico se basa en un alto índice de sospecha, ya que los síntomas descritos pueden ser poco claros. Los estudios de laboratorio pueden revelar un recuento alto de leucocitos, anemia y elevación de PCR y de la VSG.⁹ El uso de estudios de imagen es de gran utilidad en estos casos, siendo la tomografía axial computarizada el Gold estándar debido a su alta exactitud; sin embargo, otros estudios como el ultrasonido y la resonancia magnética ofrecen una detección temprana sin la exposición a grandes cantidades de radiación.¹⁰

En 2009, Navarro-López, *y cols.*, analizaron 124 casos de AIP siendo 97 (78.2%) de ellos de origen secundario y teniendo como causas principales infecciones óseas, abdominales y urinarias en 39.5%, 19.4% y 13.7%, respectivamente. Lograron el diagnóstico microbiológico en el 75% de los casos, aislando principalmente *S. aureus* en el 42.9% de AIP de origen primario y en 35.2% de casos con infecciones óseas, así como, *Escherichia coli* en AIP secundarios a infecciones urinarias (61.5%) y gastrointestinales (42.1%). *M. tuberculosis* fue el cuarto microorganismo más frecuente después de *S. aureus*, *E. coli* y *Bacteroides*, en 7 casos (7.5%). Solamente en un caso de origen primario fue posible aislar *Pseudomonas spp.*¹¹

El tratamiento de los abscesos de psoas incluye el uso de antibióticos apropiados con o sin el acompañamiento de algún abordaje para el drenaje del absceso. La elección del antibiótico a usar dependerá del origen del AIP, en los abscesos primarios el uso de agentes antiestafilocócicos debe iniciarse previo al resultado de los cultivos, en los casos de abscesos secundarios antibióticos de amplio espectro serán los de elección (clindamicina, penicilinas, cefalosporinas y/o aminoglucósidos).⁹ La decisión en cuanto al tipo de drenaje sigue siendo controversial. En una revisión sistemática publicada en 2024 por Murtadha Qais, *y cols.*, reportan cinco trabajos con una tasa de éxito del 100% en drenajes percutáneos guiados por tomografía (PCD), sin embargo, en 2013 Ming-Shun, *et al.*, reportan (su experiencia con 88 pacientes) en el que encuentran una tasa de éxito acumulada del 52.7% para PCD vs. 92.8% para desbridamiento quirúrgico como primera opción terapéutica.^{10,12}

CONCLUSIÓN

El absceso del músculo psoas es una patología poco frecuente que puede condicionar de manera significativa la vida y el funcionamiento de las personas. El diagnóstico oportuno basado en una alta sospecha clínica y confirmado por estudios de

laboratorio y de imagen, permite el inicio del tratamiento antibiótico y el drenaje percutáneo o por medio de intervención quirúrgica de manera temprana, reduciendo de esta manera el riesgo de morbilidad y mortalidad en los pacientes que lo padecen. Por lo anterior, es importante conocer las patologías que pueden condicionar su aparición y de esta manera iniciar el tratamiento oportuno y limitar sus complicaciones.

REFERENCIAS

1. Lee YC, Li JJ, Hsiao CH, Yen CC. Clinical Characteristics and In-Hospital Outcomes in Patients with Iliopsoas Abscess: A Multicenter Study. *Journal of Clinical Medicine* 2023; 12(2760).
2. Shields D, Robinson P, Crowley TP. Iliopsoas abscess: A review and update on the literature. *International Journal of Surgery* 2012; 10:466-9.
3. Sato T, Kudo D, Kushimoto S. Epidemiological features and outcomes of patients with psoas abscess: A retrospective cohort study. *Annals of Medicine and Surgery* 2021; 262: 114-8.
4. Benkhadoura MO, El-Mogassabi AH, Mansor SM, Abuzaid IA, Manita MA, Etabbal AM, *et al.* Iliopsoas abscess: clinical presentation, management, and outcome. *International Surgery Journal* 2019; 6(1): 17-21.
5. Dietrich A, Vaccarezza H, Vaccaro CA. Iliopsoas Abscess: Presentation, Management, and Outcome. *Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques* 2013; 23(1): 45-8.
6. Vajdić ID, Štimac G, Pezelj I, Mustapić M, Grazio S. Psoas abscess during treatment with intravenous tocilizumab in a patient with rheumatoid arthritis: a case based review. *Rheumatology International* 2021; 41: 819-25.
7. He W, Yuan Y, Huang J. A case report of iliopsoas abscess and literature review. *Medicine* 2024; 103(33): e39356.
8. Ouellette L, Hamati M, Flannigan M, Singh M, Bush C, Jones J. Epidemiology of and risk factors for iliopsoas abscess in a large community-based study. *American Journal of Emergency Medicine* 2019; 37(1): 158-9.
9. Mallick IH, Thoufeeq MH, Rajendran TP. Iliopsoas abscesses. *Postgraduate Medical Journal* 2004; 80(946): 459-62.
10. Al-Khafaji MQ, Al-Smadi MW, Al-Khafaji MQ, Aslan S, Al-Khafaji YQ, Bagossy-Blás P, *et al.* Evaluating Imaging Techniques for Diagnosing and Drainage Guidance of Psoas Muscle Abscess: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine* 2024; 13(11): 3199.
11. López VN, Ramos JM, Meseguer V, Arellano JLP, Serrano R, Ordoñez MAG, *et al.* Microbiology and Outcome of Iliopsoas Abscess in 124 Patients. *Medicine (Baltimore)* 2009; 88(2): 120-30.
12. Hsieh MS, Huang SC, Loh EW, Tsai CA, Hung YY, Tsan YT, *et al.* Features and treatment modality of iliopsoas abscess and its outcome: a 6-year hospital-based study. *BMC Infectious Diseases* 2013; 13: 578.