



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

INFORMA DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“ACTUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL ABSCESO DEL PSOAS
APROPÓSITO DE UN CASO”**

Requisito previo para optar por el título de Médico

Autor: Castañeda Ron David Alejandro

Tutora: Dra. Esp Suaste Pazmiño Kathya Verónica

Ambato-Ecuador

OCTUBRE 2022

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de tutor del proyecto de titulación sobre el tema: **“ACTUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL ABSCESO DEL PSOAS APROPÓSITO DE UN CASO”** de David Alejandro Castañeda Ron, estudiante de la Carrera de Medicina; considero que reúne todos los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador, designado por el Honorable Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud

Ambato, Octubre 2022

LA TUTORA

.....

Dra. Esp Suaste Pazmiño Kathya Verónica

AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Los criterios emitidos en el presente trabajo de investigación: **“ACTUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL ABSCESO DEL PSOAS APROPÓSITO DE UN CASO”** como también los contenidos, ideas, análisis y conclusiones son de responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de titulación

Ambato, Octubre 2022

EL AUTOR

.....

Castañeda Ron David Castañeda

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que se haga de esta tesis o parte de ella, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación. Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Octubre 2022

EL AUTOR

Castañeda Ron David Alejandro

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Los miembros del Tribunal de Grado aprueban el Informe del Proyecto de Investigación, sobre el tema: **“ACTUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL ABSCESO DEL PSOAS APROPÓSITO DE UN CASO”**, de Castañeda Ron David Alejandro, estudiante de la Carrera de Medicina

Ambato, Octubre 2022

Para su Constancia firman

PRESIDENTE/A

1er Vocal

2do Vocal

Dedicatoria

A mis profesores de la Universidad Técnica de Ambato quienes vertieron su apostolado en mi alma que impartieron en las aulas a manos llenas el trigo candeal de la perseverancia, constancia y el saber.

A la Doctora Kathy Suaste tutora del trabajo del presente trabajo de titulación por los principios, valores y virtudes que orientaron la feliz culminación del artículo científico, permaneciendo en mi memoria por su profunda calidad humana.

A mis compañeros, amigos inseparables del aula donde demostraron el verdadero sentido de la amistad.

Agradecimiento

En primer lugar, a Dios por escogerme para esta hermosa profesión, por guiarme en el camino y ser la luz en cada uno de mis días, a mi tutora la Doctora Kathy Suaste especialista de Medicina Interna en el Hospital General Docente Ambato quien con sus conocimientos y experiencia fue un respaldo en la publicación del presente artículo científico, a mi padres Trajano Castañeda y Sandra Ron por ser un apoyo incondicional enseñarme lo valioso de la constancia, disciplina y nunca dejarme caer en el camino ya que sin ellos nada de esto hubiera sido posible, a mis hermanos por haber estado conmigo en mis victorias y derrotas siempre dándome esas palabras de aliento para continuar, a mi familia y amigos por hacer de mí una persona mejor.

“El verdadero éxito de la vida está en dar tu vida por hacer mejor la de los demás”

ÍNDICE

A.-PAGINAS PRELIMINARES

APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO	v
Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
RESUMEN EJECUTIVO	x
ABSTRACT	xi

B.-INTRODUCCIÓN	1
CONTENIDOS	4
CAPITULO 1- MARCO TEÓRICO	4
Antecedentes investigativos	4
1.2 OBJETIVOS	8
1.2.1.-Objetivo general	8
1.2.2.-Objetivos específicos	8
CAPITULO II ARTÍCULO ACEPTADO PARA PUBLICACIÓN	9
CAPÍTULO III CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	27
Conclusiones	27
Recomendaciones	28
C.- MATERIALES DE REFERENCIA	29
Referencias bibliográficas	29

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1.- Factores de Asociados al Desarrollo de Absceso del Psoas	19
Tabla 2.- Patologías Relacionadas en la Aparición de Abscesos del Psoas de Tipo Secundarios.....	20
Tabla 3.-Diagnóstico Diferencial.....	23
Tabla 4.- Antibioticoterapia	24

RESUMEN EJECUTIVO

El absceso del músculo del psoas es una patología infrecuente pero letal; por sus manifestaciones clínicas inespecíficas, es de difícil diagnóstico; desde su primera descripción sus manifestaciones clínicas estaban dadas por la triada de Mynter (fiebre, dolor lumbar y cojera); sin embargo esta solo se presenta en el 30-33% de todos los casos; el músculo del psoas por su configuración anatómica y su relación con órganos retroperitoneales e intraabdominales lo hacen susceptible a procesos infecciosos.

Se realizó una investigación descriptiva, analítica y retrospectiva de un caso inusual de absceso del psoas unilateral. Se usó bases de datos científicas como Scopus, Springer, Science Direct, Embase, ElSeiver, UpToDate, Cochrane, PubMed; además de metaanálisis y artículos científicos en revistas de alto impacto como The New England Journal of Medicine, Scielo, BJM Journals publicados dentro de los últimos 5 años.

Se presentó el caso de un paciente de 54 años con antecedentes de alcoholismo, fumador crónico y diabetes mellitus tipo 2; que acude por presentar desde hace 3 meses dolor tipo cólico en la fosa lumbar izquierda; acompañado de parestesias en el miembro inferior, náuseas y dificultad en la deambulación; la ecografía abdominal identifica una lesión irregular de 145x70 mm; se realizó una tomografía que demostró en el retroperitoneo, una colección de 16.5 cm con un volumen de 609 cc y una espondilodiscitis en T12-L1; compatibles con miopatía inflamatoria por un absceso del psoas del lado izquierdo.

El absceso del psoas es una miositis supurativa infrecuente acompañada de un síndrome de respuesta inflamatoria sistémico por el compromiso del compartimiento del iliopsoas a nivel del retroperitoneo; sus manifestaciones inespecíficas representan un gran reto diagnóstico, requiriendo una alta sospecha clínica y la confirmación mediante estudio tomográfico. El tratamiento implica el uso de antibioticoterapia acompañado de drenaje percutáneo guiado por imagen o quirúrgico.

PALABRAS CLAVES: ABSCESO DEL PSOAS; DRENAJE PERCUTÁNEO; TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

ABSTRACT

Psoas muscle abscess is an infrequent but lethal pathology; due to its non-specific clinical manifestations, it is difficult to diagnose; since its first description, its clinical manifestations were given by Mynter's triad (fever, lumbar pain and lameness); however, this only occurs in 30-33% of all cases; the psoas muscle due to its anatomical configuration and its relationship with retroperitoneal and intra-abdominal organs makes it susceptible to infectious processes.

A descriptive, analytical and retrospective investigation of an unusual case of unilateral psoas abscess was carried out. We used scientific databases such as Scopus, Springer, Science Direct, Embase, Elsevier, UpToDate, Cochrane, PubMed; in addition to meta-analysis and scientific articles in high impact journals such as The New England Journal of Medicine, Scielo, BJM Journals published within the last 5 years.

We presented the case of a 54-year-old patient with a history of alcoholism, chronic smoker and type 2 diabetes mellitus; who presented 3 months ago with colicky pain in the left lumbar fossa; accompanied by paresthesias in the lower limb, nausea and difficulty in ambulation; abdominal ultrasound identified an irregular lesion of 145x70 mm; a CT scan was performed which showed a collection of 16.5 cm with a volume of 609 cc and a spondylodiscitis in T12-L1; compatible with inflammatory myopathy due to a left-sided psoas abscess.

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; its nonspecific manifestations represent a great diagnostic challenge, requiring a high clinical suspicion and confirmation by tomographic study. Treatment involves the use of antibiotic therapy accompanied by image-guided percutaneous or surgical drainage.

KEYWORDS: PSOAS ABSCESS; PERCUTANEOUS DRAINAGE; COMPUTED TOMOGRAPHY; COMPUTED TOMOGRAPHY

INTRODUCCIÓN

El Absceso del músculo iliopsoas es una patología infrecuente de manifestaciones clínicas inespecíficas, por lo que es una entidad de difícil diagnóstico, que tiene consecuencias potencialmente letales; H.Mynter en el año de 1881 describió esta patología en un paciente que tenía Mal de Pott cuya clínica esta dado por una triada clásica; constituida por (dolor lumbar-cojera y fiebre); sin embargo los estudios más reciente muestran que esta se presentar en tan solo un 30-33% de todos los casos; por lo que la sospecha clínica juega un rol especial en dicha patología.(1,2)

La peculiar anatomía que tiene el músculo psoas lo hace susceptible a procesos infecciosos; facilitando el acceso a ciertos patógenos por su íntima relación con órganos retroperitoneal, intraabdominales o por medio de una diseminación hematógena. El músculo del psoas tiene su origen a nivel de las apófisis transversas y cuerpos vertebrales desde las vértebras T12-L5, se extienden por medio del retroperitoneo para terminar insertándose a nivel del trocánter menor del fémur. Además su irrigación esta dado por medio de la arteria iliolumbar que es una rama de la arteria iliaca interna; por su localización anatómica tiene importantes órganos tanto retroperitoneales como intrabdominales adyacente; dentro de los más destacado podemos mencionar al páncreas, uréteres, riñones, apéndice cecal, intestino delgado y grueso; por lo que cualquier proceso infecciosos que afecte a dichos órganos puede extenderse facilitado por su irrigación sanguínea considerado como uno de los principales factores predisponentes para una diseminación hematógena.(3)(4)

Esta clase de abscesos a su vez se clasifican como abscesos primarios cuando se originan por medio de una siembra hematógena o abscesos secundario cuando se originan por medio una extensión y contigüidad de un proceso infecciosos en los órganos adyacente; en los abscesos primarios se aíslan con mayor frecuencia cocos gram-positivos donde predomina el *Staphylococcus Aureus* mientras que en los secundarios los gérmenes aislados como mayor frecuencia son gram-negativos. (7)(8)

El espacio retroperitoneal se divide en una porción tanto anterior como posterior (4). A nivel del espacio retroperitoneal anterior es el lugar más común para la localización de abscesos secundarios; debió a su relación con órganos adyacentes como son el páncreas, riñón, porción del colon ascendente y descendente, ganglios linfáticos y asas duodenales donde el agente causal más habitual es la *E.coli*.(5)

Mientras que en el espacio retro-fascial suele ser dar lugar a los abscesos piógenos; cuando se forma y establece una colección de tipo piógena que pueden dar lugar a una colección que puede quedarse localizada y encapsularse teniendo una curación espontánea o en caso contrario incrementar su volumen y extenderse por contigüidad a las áreas anatómicas vecinas donde terminar drenándose hacia el exterior por las áreas de mayor debilidad. (6)

En las últimas décadas, se ha visto una tendencia cambiante en cuanto a su epidemiológica; pues en sus inicios la mayoría de los casos reportados del absceso del psoas se debían a tuberculosis; mientras que en la actualidad se demostrando un predominio de los abscesos del psoas de tipo secundario por procesos infecciosos que han tenido una diseminación hematógena identificándose como agente causal el *S. Aureus* que se asociado está relacionada con estados de inmunosupresión junto con la práctica de cuidados sanitarios (8)(9)

El diagnóstico de esta patología se realizará en base a la sospecha clínica, además del apoyo de exámenes de imagen como son la ecografía que es considerada como el estudio inicial; sin embargo, posee limitaciones debido a que es operador-dependiente además de que tiene una sensibilidad y especificidad que no superan el 60%; siendo preferible la tomografía computarizada que tiene una sensibilidad y especificidad de alrededor del 100-77%; siendo considerada como el estudio de elección tanto para su diagnóstico y tratamiento.(9)(10)

Los pilares del tratamiento se basan en el empleo de antibioticoterapia de amplio espectro que se inicia de una forma precoz y empírica, cubriendo gérmenes gram positivos, gram negativos y anaerobios; junto con el drenaje percutáneo guiado por ecografía o tomografía computarizada; que logra una resolución del 80-90% de todos los casos, además de que tienen una baja mortalidad y complicaciones.(11) Mientras que el drenaje abierto se optara en circunstancias específicas como son fracaso del drenaje percutáneo, presencia de colecciones no accesibles y abscesos multiloculados (12)(13)(14).

Estos abscesos tienen mortalidad de alrededor del 18% para los abscesos del psoas secundarios, 5% en los abscesos primarios; sin embargo, esta aumenta hasta el 44%

en presencia de microorganismo formador de gases y hasta el 100% en pacientes sépticos (15)

CONTENIDOS

CAPITULO 1- MARCO TEÓRICO

Antecedentes investigativos

El Absceso del músculo iliopsoas es una patología infrecuente de manifestaciones clínicas inespecíficas: por lo que es una entidad de difícil diagnóstico, que tiene consecuencias potencialmente letales; H.Mynter en el año de 1881 describió esta patología en un paciente que tenía Mal de Pott, cuya clínica está dada por una triada clásica del absceso del psoas la cual está constituida por (dolor lumbar, cojera y fiebre); sin embargo los estudios más reciente muestran que esta triada, se presenta en tan solo un 30-33% de todos los casos; por lo que la sospecha clínica juega un rol especial en dicha patología.(1,2)

La peculiar anatomía que tiene el músculo psoas lo hace susceptible a procesos infecciosos facilitando el acceso de ciertos patógenos; por su íntima relación con órganos retroperitoneales e intraabdominales o por medio de una diseminación hematógica. El músculo del psoas tiene su origen a nivel de las apófisis transversas y cuerpos vertebrales desde las vértebras T12-L5, que se extienden por medio del retroperitoneo para terminar insertándose a nivel del trocánter menor del fémur; además su irrigación está dada por medio de la arteria iliolumbar que es rama de la arteria iliaca interna; los órganos tanto retroperitoneales como intrabdominales adyacentes más destacados en esta zona son el páncreas, uréteres, riñones, apéndice cecal, intestino delgado y grueso; por lo que cualquier proceso infecciosos que afecte a estos órganos puede extenderse por medio de su irrigación sanguínea, pues es considerado como uno de los principales factores predisponentes para una diseminación hematógica.(3)(4)

Los abscesos tienden a fistularse a estructuras y órganos adyacentes; sin embargo las colecciones supurativas como los procesos inflamatorios tiene una característica peculiar en donde respetan las barreras anatómicas normales, ocasionando una extensión de tipo longitudinal a través de las fascias de dichos músculos; por estas razones el conocimiento anatómico junto con las características del espacio retroperitoneal son un papel clave para poder identificar las principales vías del origen de la infección en dicha patología.

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; esta inervado por los nervios espinales L2-L3-L4; además posee una abundante irrigación sanguíneo por medio de la arteria iliolumbar proveniente de la arteria aorta abdominal; dentro de sus acciones principales dicho músculo se encarga de los movimientos de flexión y rotación externa a nivel de la articulación de la cadera.(3)(4)

El compartimento del músculo psoas está formado por las fascias de los músculos psoas mayor, menor e iliaco; desde su inserción sus fibras musculares irán descendiendo pasando por debajo del ligamento arcuato a nivel del diafragma, para entrar al espacio retroperitoneal tanto abdominal como pelviano. A nivel de la pelvis dicho músculo atraviesa la cara profunda de la cresta iliaca para unirse con el ligamento inguinal y terminar en el trocánter menor; para continuarse con el músculo más proximal estableciendo una comunicación importante que abarca grandes estructuras y regiones anatómicas desde el tórax hasta la cadera.(3)(5)

Dicho compartimento tiene una íntima relación con el espacio renal y perineal; pues la fascia renal se fusiona con la fascia del músculo íleo-psoas en su parte posterior estableciendo con ello vías de diseminación directa entre dicha estructura; adicionalmente la fascia 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)

En lo que respecta a su relación con órganos adyacentes podemos mencionar las siguientes estructuras anatómicas: aorta, vena cava inferior, ganglios retroperitoneales, páncreas, además de estructuras del intestino como el duodeno, ciego y la apéndice cecal, colon descendente a nivel del lado izquierdo; por lo que todo proceso que cause una erosión de las fascias retroperitoneales llevara a una propagación de la infección a nivel del compartimento del músculo psoas sea por contigüidad o diseminación hematógica .(7)

El espacio retroperitoneal se divide en una porción anterior y posterior (4). A nivel del espacio retroperitoneal anterior es el lugar más común para la localización de abscesos

secundarios por su relación con órganos adyacente como son páncreas, riñón, porción del colon ascendente y descendente, ganglios linfáticos y asas duodenales donde el agente causal más habitual que se halla es la *E.coli*.(5)

Mientras que en el espacio retro-fascial suele dar lugar a los abscesos piógenos; cuando se forma y establece una colección de tipo piógena esta puede localizarse y encapsularse, teniendo una curación espontánea, en caso contrario incrementará su volumen y se extenderá por contigüidad a las áreas anatómicas vecinas donde termina drenándose hacia el exterior por las áreas de mayor debilidad. (6)

Se clasifican como abscesos primarios cuando se originan por medio de una siembra hematógena; mientras que los abscesos secundarios se originan por una extensión y contigüidad de procesos infecciosos en los órganos vecinos. En los abscesos primarios se aíslan con mayor frecuencia cocos gram-positivos donde predomina el *Staphylococcus Aureus* mientras que en los secundarios los gérmenes aislados como mayor frecuencia son gram-negativos. (7)(8)

En las últimas décadas se ha visto una tendencia cambiante en cuanto a su epidemiológica pues en sus inicios la mayoría de los casos reportados del absceso del psoas se debían a tuberculosis; en la actualidad existe un predominio de los abscesos del psoas de tipo primario por diseminación hematógena, identificándose como agente causal el *S. Aureus* que está relacionada con estados de inmunosupresión junto con la práctica de cuidados sanitarios. (8)(9)

El diagnóstico de esta patología se realizará en base a la sospecha clínica, además del apoyo de exámenes de imagen como son la ecografía, que es considerada como el estudio inicial; sin embargo, posee ciertas limitaciones debido a que es operador-dependiente y tiene una sensibilidad y especificidad que no superan el 60%; siendo preferible la tomografía computarizada que tiene una sensibilidad y especificidad de alrededor del 100-77% respectivamente; siendo considerada como el estudio de elección tanto para su diagnóstico y tratamiento.(9)(10)

Los pilares del tratamiento se basan en el empleo de antibioticoterapia de amplio espectro, que se inicia de una forma precoz y empírica cubriendo gérmenes gram positivos, gram negativos y anaerobios junto con el drenaje percutáneo guiado sea por ecografía o tomografía computarizada; que logra una resolución del 80-90% de todos

los casos, además de que tienen una baja mortalidad y complicaciones.(11) Mientras que el drenaje abierto se optará en circunstancias específicas como son fracaso del drenaje percutáneo, presencia de colecciones no accesibles y abscesos multiloculados (12)(13)(14).

Estos abscesos tienen mortalidad de alrededor del 18% para los abscesos de los psoas secundarios, 5% en los abscesos primarios; sin embargo, esta aumenta hasta el 44% en presencia de microorganismo formador de gases y hasta el 100% en pacientes sépticos (15)

1.2 OBJETIVOS

1.2.1.-Objetivo general.

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

1.2.2.-Objetivos específicos.

4.1-Identificar las Causas asociadas a la presencia del absceso del psoas.

4.2-Determinar el Diagnostico diferencial del absceso del psoas con otras patologías.

4.3-Analizar los métodos diagnósticos y tratamiento del absceso del psoas.

CAPITULO II ARTÍCULO ACEPTADO PARA PUBLICACIÓN

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

Autor: David Alejandro Castañeda Ron

Tutora: Dra. Esp. Kathy Verónica Suaste Pazmiño

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 anato-patológicos durante 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, ElSeiver, 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 parestesias 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 una lesión compleja de ecogenicidad irregular la misma que mide 145x70 mm, con un volumen aproximado de 381 cc; las analíticas de laboratorio no mostraron un incremento de los leucocitos más que una relativa neutrofilia junto un incremento de los niveles de PCR y la ausencia de fiebre por lo que fue necesario la realización de una tomografía; que demostró 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 abarcaba 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 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 intraabdominal 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 leucocitos 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 representan un grande desafío diagnóstico, exigiendo alta sospeita e confirmação por estudo tomográfico. O tratamento envolve o uso de terapia antibiótica direcionada contra patógenos comuns, como *S. aureus* e agentes Gramnegativos, acompanhada por drenagem percutânea guiada por imagem ou cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVE: ABSCESSO DE PSOAS; DRENAGEM PERCUTÂNEA; TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Introducción

El absceso del Psoas es definido 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 dicha enfermedad es escasa adicionalmente su sintomatología se enmascara aún más debido al uso indiscriminado de los 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 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 anato-

patológicos durante 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, ElSeiver, 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 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.

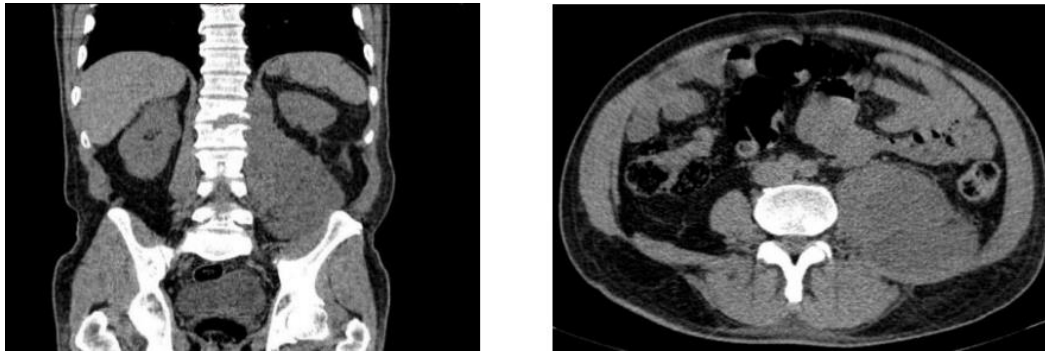
Resultados

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 por presentar desde hace 3 meses dolor tipo cólico localizado en la fosa lumbar izquierda de gran intensidad que se irradia 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 abarcaba 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.

El dolor se intensificó tornándose severo (EVA 10/10) por lo que se ingresa en HGDA. Al examen físico, llama la atención el dolor a la 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 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, con neutrofilia relativa y PCR levemente elevado. Se corrobora la presencia de absceso del Psoas con tomografía abdominal que reporta a nivel del espacio retroperitoneal, 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 el 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. Estriación 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 en 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 con la colocación del dren de Jackson-Pratt donde se obtuvo de 300 cc de líquido seropurulento con la evidencia de múltiples septos en la cavidad del 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 temiendo su origen a nivel de las apófisis transversas y cuerpos vertebrales T12-L5, para insertarse a nivel del trocánter menor del fémur con una abundante irrigación sanguíneo 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 fascia 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 retroperitoneales, causara una diseminación 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 que ocurre por una diseminación hematogena 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 diseminándose 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 provienen 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 y shock séptico por foco gastrointestinal.

En las formas primarias se consideran factores determinantes que incrementan la mortalidad, edades superiores 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 la 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 *Mycobacterium tuberculosis* es el más frecuente.

Los focos infecciosos más frecuentes, provienen del aparato digestivo donde patologías como apendicitis, 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 del (Tabla. - 1).

Tabla 1.- Factores Asociados al 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 • 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 hematógena; 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).

Tabla 2.- Patologías Relacionadas en la Aparición de Abscesos del Psoas de Tipo Secundarios	
<ul style="list-style-type: none"> • Osteomielitis • Artritis séptica • Sacroileítis 	

- 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 (Dispositivo intrauterino)
- 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 30-33% de los pacientes. Otros síntomas que aparecen son: síndrome constitucional, dolor abdominal difuso, náuseas, dolor irradiado a miembros inferiores y a la deambulación que obliga a adoptar una posición antiálgica con el músculo flexionado y en rotación externa, debido a que disminuye la presión en el compartimiento iliopsoas pudiendo acompañarse de una pérdida de peso significativa.(7) (15) Se puede encontrar en 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 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; teniendo una sensibilidad del 80-100% y es

fundamental 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 están:(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 pacientes obesos, es un examen operador dependiente, no identifica la presencia de abscesos pequeños además de que presenta dificultades por la interposición de gas (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 casos de larga evolución es posible observar compromiso óseo (2)(18).

La resonancia magnética nos ayuda a 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 contraindicado (2)(18).

Para considerar los posibles diagnósticos diferenciales se debe tomar en cuenta que debido al gran espacio que constituye el retroperitoneo, se pueden encontrar 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 últimos, el sarcoma de tejidos blando constituye el 80% de los cánceres 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.

Tabla 3.-Diagnóstico Diferencial
<ul style="list-style-type: none">• 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 blandas• 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.

Tabla 4.- 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 dividió en dos dosis • Daptomicina IV 6mg/kg/día • Linezolid IV/VO 600 mg/cada 12horas
Duración: Esquema tiene que tener una duración mínima 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 técnicos 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 los 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 eran 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 catéter oscila entre 7-28 días debido a que si se deja por un 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, realizando una incisión a nivel de la fosa iliaca que permite un desbridamiento del tejido, tratamiento del foco infeccioso y un drenaje completo en el menor tiempo comparado con el DCP. Aunque es más invasivo en caso 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, el tratamiento de las patologías asociadas, reduce las complicaciones postoperatorias, acorta la estancia hospitalaria y permite una recuperación más rápida siendo más seguro y eficaz en pacientes 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.

CAPÍTULO III CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

1.-El absceso del psoas es una patología de difícil diagnóstico debido a que posee una clínica florida e inespecífica; es por ello que para llegar a determinar la afectación causante del desarrollo del absceso; se tiene que identificar el foco inicial de infección apoyándose de pruebas tanto de laboratorio como de imagen.

2.-La etiología es multifactorial en esta patología; que abarcan desde afectaciones gastrointestinales como apendicitis, diverticulitis, abscesos hepáticos, pancreatitis y cáncer colorrectal; seguido de compromiso nefrológico como pielonefritis, abscesos perirrenales, hidronefrosis, litiasis renal; hasta afectación osteoarticulares causada por espondilodiscitis, osteomielitis, artritis séptica y Mal de Pott dichas patologías son potenciadas por factores de riesgo del paciente como en el presente caso la diabetes mellitus, alcoholismo y espondilodiscitis que causan procesos inflamatorios crónicos que predispones a infecciones atípicas.

3.- Los principales diagnósticos diferenciales que se deben tomar en cuenta debido a las múltiples afectaciones en estructuras retroperitoneales por la ubicación de varios órganos y sistemas, son afectaciones a nivel gastrointestinal, infecciones del sistema urinario y renal, por último compromiso de estructuras musculoesqueléticas con afectación osteoarticular.

4.- La ecografía es considerada como el método inicial en la identificación de colecciones abscedadas; tiene una sensibilidad y especificidad baja de alrededor del 60% debido a que posee ciertas limitación pues es operador dependiente, no permite la correcta visualización por la interposición de gas, ni identificación de abscesos pequeños; por lo que la tomografía computarizada es considera como *gold estándar* ya que tiene alta sensibilidad de 100 % y especificidad del 77%, permitiendo distinguir la consistencia de los abscesos, delimitando el área de la extensión junto con la identificación del foco inicial de la infección y el compromiso de estructuras dentro del compartimiento del ileopsoas.

5.- El tratamiento actual se centra en dos pilares que son el uso de antibióticos de amplio espectro que cubran bacterias gran positivas, gran negativas y anaerobias junto con el drenaje percutáneo guiado por ecografía o tomografía, reservándose el drenaje

quirúrgico en situaciones donde fracasó el drenaje percutáneo, la existencia de colecciones tabicadas y la dificultad para el abordaje del compartimiento del ileopsoas siendo de preferencia el drenaje quirúrgico por vía laparoscópica ya que reduce las complicaciones, recidivas y los días de estancia hospitalaria.

Recomendaciones

1.- Se recomienda la toma de cultivos y antibiogramas ante la sospecha inicial del desarrollo de un absceso del psoas, previo al inicio de antibioticoterapia sin embargo, no debe retrasarse el empleo de antibióticos que tengan cobertura para bacterias gram positivas, gram negativas y anaerobios dentro de las primeras horas de tratamiento hasta el resultado definitivo del agente patógeno causante y antibiótico sensible.

2.-Se sugiere identificar tempranamente los pacientes tributarios para drenaje percutáneo guiado por imagen ya que es el tratamiento de elección debido a que llevan a la resolución del cuadro clínico en la mayoría de los casos de abscesos del psoas; pues se ha demostrado que reduce la estancia hospitalaria, complicaciones quirúrgicas y posquirúrgicas además de evitar la recurrencia.

3.- El empleo del drenaje quirúrgico por vía laparoscópico se reservará para los casos donde fracasa el drenaje percutáneo sea por la existencia de grandes colecciones tabicadas, dificultad para el abordaje del compartimiento del psoas o los casos de recidiva

4.- El uso de catéter para el drenaje del absceso ya que este permite la extracción de grandes volúmenes de la colección purulenta de manera segura y eficaz en el 99% de los pacientes, teniendo escasas complicaciones; no obstante, la duración del mismo debe ser entorno de 7-28 días sin extenderse más allá de este periodo por el riesgo de la formación de fistulas.

C.- MATERIALES DE REFERENCIA

Referencias bibliográficas

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-egea 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 Médica [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, Arsalane 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 Ciencias Médicas [Internet]. 2013;16(1):1–4. Disponible en: http://www.ug.edu.ec/revistas/Revista_Ciencias_Medicas/REVISTA_N1_VO

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/NEJMcpc1610100>
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/>

ANEXOS

Anexo 1.- Carta de Aceptación del Artículo Científico



Polo de Capacitación, Investigación y Publicación (POCAIP) hace constar que:

El artículo científico:

“Actualización del Tratamiento del Absceso del Psoas Apropósito de un Caso”

De autoría:

David Alejandro Castañeda Ron, Kathy Verónica Suaste Pazmiño

Habiéndose procedido a su revisión y analizados los criterios de evaluación realizados por lectores pares expertos (externos) vinculados al área de experticia del artículo presentado, ajustándose el mismo a las normas que comprenden el proceso editorial, se da por aceptado la publicación en el **Vol. 7, No 4, Especial Diciembre 2021**, de la revista Dominio de las Ciencias, con ISSN 2477-8818, indexada y registrada en las siguientes bases de datos y repositorios: **Latindex Catálogo v2.0, MIAR, IZOR, Google Académico, OAJI, LatAm Studies, SIS, SJIF, ESJI, Issuu, Scribd, Calaméo e Internet Archive, WorldCat, Base.**

Y para que así conste, firmo la presente en la ciudad de Manta, a los 30 días del mes de noviembre del año 2021.



Abg. Néstor Darío Suárez Montes
DIRECTOR

Anexo 2.- Autorización del Hospital General Docente Ambato para la Realización del Trabajo de titulación



Ministerio de Salud Pública
Coordinación Zonal 3 - Salud
Hospital General Docente Ambato

Oficio Nro. MSP-CZ3-HPDA-2021-1324

Ambato, 31 de agosto de 2021

Asunto: RESPUESTA : AUTORIZADO AL IRM. DAVID CASTAÑEDA, ESTUDIANTE DE MEDICINA DE LA UTA, PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN, BAJO LA TUTORIA DE LA DRA. KATHYA SUASTE.

Señor
David Alejandro Castañeda Ron
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. S/N, suscrito por su persona donde solicita "autorización para realizar el trabajo de investigación, modalidad artículo científico a través de un análisis de un caso clínico".

Motivo por lo cual me permito AUTORIZAR al IRM. DAVID ALEJANDRO CASTAÑEDA RON con CI 180398150-3, Interno Rotativo de Medicina del Hospital General Docente Ambato a realizar el trabajo de titulación denominado "ACTUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL ABSCESO DEL PSOAS APROPOSITO DE UN CASO", bajo la tutoría asistencial de la Dra. Especialista Kathya Suaste.

Trabajo que fue previamente sometido a la evaluación de los miembros del Comité de Ética e Investigación del Hospital General Docente Ambato en la reunión extraordinaria del día 27 de agosto 2021, donde aprobaron la investigación al cumplir con los criterios de contenido, metodología, consideraciones éticas, y compromiso de confidencialidad.

Por lo que solicito dar las facilidades de acceso a la historia clínica respectiva para el análisis del caso clínico.

Adjunta la siguiente documentación

Aprobación del tema de investigación por el Decano de la Facultad con la asignación del respectivo tutor.

- Carta de compromiso firmada por el/la investigador (a).
- Formato del consentimiento informado a aplicarse.
- Formulario del MSP; para la presentación de trabajos de investigación en Salud.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Dirección: Avs. Luis Pasteur y Unidad Nacional
Código Postal: 180104 Ambato - Ecuador
Teléfono: 593 (3) 2824309 / 3730320 - www.salud.gov.ec



Anexo 3.- Autorización del Hospital General Docente Ambato para la Realización del Trabajo de titulación



Ministerio de Salud Pública
Coordinación Zonal 3 - Salud
Hospital General Docente Ambato

Oficio Nro. MSP-CZ3-HPDA-2021-1324

Ambato, 31 de agosto de 2021

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Ing. Mario Andrés Jaramillo Rivas
GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE AMBATO

Referencias:

- MSP-CZ3-HPDA-2021-1652

Anexos:

- 165220210825_11083088.pdf
- gerencia1652_compressed.pdf
- fcs-2021-2830-m_solicitar_autorización_para_acceso_a_historias_clínicas_(3)0682783001630427518.pdf

Copia:

Señor Doctor
Opilio Cordova Peñaloza
Director Médico Hospital General Docente Ambato

Señor Médico
Victor Hugo Orbea Marcial
Médico Especialista en Cirugía General

Señora Magíster
Erika Nataly Viteri Lascano
Especialista de Admisiones (E)

Señorita Médico
Noemí Rocío Andrade Albán
Experta en Docencia e Investigación (E)

NA/OC

Dirección: Avs. Luis Pasteur y Unidad Nacional
Código Postal: 180104 Ambato - Ecuador
Teléfono: 593 (3) 2824309 / 3730320 - www.salud.gov.ec



Firmado electrónicamente por:
**MARIO ANDRES
JARAMILLO
RIVAS**



Anexo 4.- Informe Ecografía Renal

Estudio: Ambato a 18 de febrero de 2021

Médico: ECOSONOGRAFIA RENAL

Reporte: Dra.- Fernanda Vásquez

RIÑÓN DERECHO: Mide 95 mm. de largo por 48 mm. de ancho y 62 mm de anteroposterior, tiene un grosor cortical de 22 mm., de contorno regular, aspecto homogéneo, sin afectación del sistema pieloureteral.

RIÑÓN IZQUIERDO: Mide 108 mm. de largo por 52 mm. de ancho y 52 mm. de anteroposterior, tiene un grosor cortical de 21 mm., de contorno regular, aspecto homogéneo, sin afectación del sistema pieloureteral.

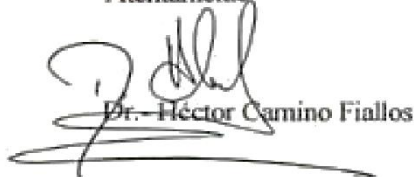
VEJIGA: De paredes regulares, aspecto homogénea, con mucosa conservada, no presenta alteraciones.

A nivel de flanco y fosa lumbar izquierda se observa una lesión compleja de ecogenicidad irregular la misma que mide 145 x 70 mm., con un volumen aproximado de 381 cc.,

CONCLUSIONES:

1. Lesión compleja de flanco y fosa lumbar izquierda a considerar un absceso de Psoas, masa paravertebral.
2. Conviene realizar TAC

Atentamente



Dr.- Héctor Camino Fiallos

Dirección: Quito y Solano esq. EDIFICIO IMAGENES • ☎ 2826-732 • Ambato - Ecuador
Emergencias al Cel.: 0998 794 113

Anexo 5.- Informe Tomografía Computarizada



Ministerio de Salud Pública
Hospital General Docente Ambato

HOSPITAL GENERAL DOCENTE AMBATO

SERVICIO DE IMAGENOLOGIA

Paciente: Moposita Julio
Edad: 54 años CI: 1801994623
TAC SIMPLE DE ABDOMEN Y PELVIS

HALLAZGOS:

Hígado de densidad homogénea, contornos regulares, dimensiones normales.

Vesícula biliar, alitiásica de paredes no engrosadas.

No hay dilatación de las vías biliares.

Páncreas de densidad homogénea, contornos regulares, dimensiones normales.

Bazo de densidad homogénea, dimensiones normales, contornos regulares.

Riñones de localización, estructura, orientación y dimensiones normales.

Vejiga de bordes regulares, paredes no engrosadas.

Próstata de densidad heterogénea, contornos regulares tamaño normal.

Espacio peritoneal libre.

Espacio retro-peritoneal: en el espesor del músculo psoas-iliaco del lado izquierdo, se advierte la presencia de colección hipodensa de contornos regulares, cuyas dimensiones aproximadas son 10 cm cefalo-caudal, 5.1 cm de diámetro antero-posterior, volumen aproximado de 176 cc, compatibles con absceso. Se advierte imágenes nodulares en el recorrido de la arteria iliaca izquierda compatibles con adenopatías.

IMPRESIÓN DIANÓSTICA: COLECCIÓN HIPODENSE EN EL ESPESOR DEL MÚSCULO PSOAS-ILIACO IZQUIERDO COMPATIBLE CON ABSCESO

Atentamente.

Dr. HUGO ACURIO
MEDICO ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA

Dirección: Av. Luis Pasteur y Unidad Nacional
Código Postal: 180104/ Ambato Ecuador
Teléfonos: 593-2824309/3730320
www.salud.gob.ec



Anexo 6.- Informe Resonancia Magnética



Resonancia Magnética • Espectroresonancia de Cráneo +
Tractografía • Angioresonancia • Uroresonancia • Enteroresonancia
Tomografía 3D • Tórax, Abdomen, Pelvis, Angiotomografía Cerebral
y Miembros inferiores
Ecografía 3D 4D 5D • Ecografía Abdominal, Postática, Renal, Mamaria
Mamografía Digital
Densitometría Ósea • Cuello total • Columna Lumbar • Antebrazo
Fémur • Columna • Morfometría
Rayos X • Laboratorio Clínico • Patología y Citología • Prueba
de paternidad (ADN) • Drenaje de Absesos y Colecciones
Biopsias y Punciones dirigidas por Ecografía y Tomografía



ECOCARDIOGRAMA - ELECTROCARDIOGRAMA

PACIENTE: Sr. Julio Moposita Achachi.

MEDICO: Sr. Dr. MSP

EXAMEN: RESONANCIA MAGNETICA SIMPLE Y CONTRASTADA DE ABDOMEN.

FECHA: Ambato, viernes, 12 de marzo de 2021

TECNICA:

Se realizó estudio de Resonancia Magnética de Tórax en secuencias Axiales y coronales potenciados en T1, T2, STIR, secuencias Fiesta y T1 Fat Sat post- administración de gadolinio intravenoso, observando:

HALLAZGOS:

Hígado homogéneo de bordes regulares y tamaño normal, no presenta lesiones de aspecto metastásico ni dilatación de vías biliares.

El colédoco es de diámetro y trayecto normal, no se visualizan procesos ocupativos.

Vesícula de paredes finas sin cálculos.

Páncreas homogéneo de tamaño normal en todos sus segmentos.

Riñones de forma tamaño y posición normal. Fase nefrográfica simétrica.

Bazo de tamaño y morfología conservada.

No se visualizan crecimientos ganglionares en el retroperitoneo ni liquido libre en la cavidad peritoneal.

Las glándulas suprarrenales no presentan alteraciones.

Presencia de colección densa de bordes lobulados con varios tabiques centrales, localizada en el retroperitoneo, se extiende desde la altura de T12 hasta la cadena iliaca izquierda, mide aproximadamente 16.5cm de longitud por 9.1cm de ancho y por 7.8cm de anteroposterior con un volumen aproximado de 609cc, compromete el músculo psoas e iliaco, produce desplazamiento del riñón izquierdo y de asas intestinales, **posee refuerzo periférico a la administración de contraste intravenoso.**

Se observa hiperintensidad difusa en secuencias Stir del cuerpo vertebral de T12 y L1, debido a edema, así como también del disco vertebral correspondiente, se encuentran rodeados parcialmente por la colección anteriormente descrita, **posterior a la administración de contraste intravenoso** se observa realce de los cuerpos vertebrales, del disco intervertebral y de los tejidos blandos peri-vertebrales.

CONCLUSION:

1. Estructuras intraperitoneales visibles sin alteraciones.
2. Hallazgos descritos en relación con colección abscedada que compromete el músculo psoas e iliaco izquierdo, tiene un volumen aproximado de 609cc.
3. Espondilodiscitis de T12 y L1.

Atentamente,

DR. GABRIEL AGUILAR M.
Médico Imagenólogo
C.M.T. 867
LIBRO: 17 FOLIO 153 N° 458

Dr. Gabriel Aguilar Moyano
ESPECIALISTA EN DIAGNÓSTICO
POR IMÁGENES



EMERGENCIAS
0090980432

www.bioimageneslab.com

Castillo y Cuenca (Edif. Bioimagenes)

(03) 2 822427

0997455679

bioimageneslab@gmail.com



biomedicity
Centro de Diagnóstico Médico