

Absceso del psoas: el gran Imitador

Psoas abscess: the great Imitator

Mónica Alvarado-Ferllini^{1a}, Liseth Gabriela Delgado-Castro^{1a}, Michelle Pamela Fung-Fallas^{1a}

RESUMEN

El absceso del psoas es una enfermedad infecciosa rara que se genera en el compartimento de dicho músculo. Puede ser, por un lado, un absceso primario, el cual sucede por diseminación desde un foco infeccioso no conocido; por otro lado, un absceso secundario, que se origina por propagación directa de una estructura cercana. La triada clásica se presenta en una minoría de los casos, dado que las manifestaciones, por lo general, son inespecíficas y semejantes a diversas patologías. Debido a esto, los laboratorios e imágenes médicas son estrictamente necesarios para el diagnóstico certero y definir el manejo. El tratamiento actual se fundamenta en antibioterapia junto con el drenaje de la colección. El tratamiento debe instaurarse de manera expedita y guiarse de acuerdo con los cultivos y la evolución clínica, con la finalidad de prevenir complicaciones, como shock séptico y muerte.

Palabras clave: absceso, músculo psoas, tratamiento (Fuente: DECS-BIREME)

ABSTRACT

Psoas abscess is a rare infectious disease that is generated in the compartment of that muscle. It can be on the one hand a primary abscess, which occurs by dissemination from an unknown infectious focus, on the other hand a secondary abscess, which is caused by direct propagation of a nearby structure. The classic triad occurs in a minority of cases since the manifestations are usually nonspecific and similar to various pathologies. Because of this medical laboratories and imaging are strictly necessary for accurate diagnosis and definition of management. The current treatment is based on antibiotic therapy together with the drainage of the collection. The treatment should be established expeditiously and guided according to the cultures and clinical evolution, in order to prevent complications such as septic shock and death.

Keywords: abscess, psoas muscles, treatment (Source: NLM-MeSH)

1 Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
a. Médico General

Recibido: 15/04/2021 Aprobado: 12/05/2021

Citar como:

Alvarado-Ferllini M, Delgado-Castro LG, Fung-Fallas MP. Absceso del psoas: el gran Imitador. Rev Hisp Cienc Salud. 2021; 7(1): 22-29.

INTRODUCCIÓN

Desde el antiguo Egipto se han presentado casos de absceso del psoas. Nesparehan, sacerdote de Amún de la XXI dinastía, presentaba características típicas de mal de Pott con un absceso del psoas que drenaba hacia la fosa ilíaca derecha, lo cual se confirmó gracias al análisis de sus restos, publicado por Ruffer en 1910 ⁽¹⁾.

No obstante, la primera descripción médica fue expuesta por Abeille en 1854, sobre ocho casos de abscesos piógenos. Posteriormente, lo hizo Mynter, en 1881, con el nombre de “psoítis aguda”, refiriéndose a un caso de origen desconocido. Más adelante, más casos fueron expuestos por Reginal Fitz, en 1886, Rogers, en 1911 y Behrman, en 1930 ⁽¹⁾.

Hasta el año 1966, se consideraba un sinónimo de espondilitis (mal de Pott) o sacroileítis tuberculosa, pero desde esa fecha hasta el presente se ha demostrado disminución en esta etiología ⁽²⁾.

Esta patología es relativamente rara, habitualmente más común en pacientes inmunocomprometidos ⁽³⁾. Su presentación clínica es inespecífica e imita numerosas enfermedades, por lo que, a pesar de la nueva tecnología médica, sigue siendo de complejo diagnóstico ⁽⁴⁾, lo cual puede ocasionar graves complicaciones y conducir a la muerte en todos los casos no tratados ⁽⁵⁾.

Debido a lo anterior, el objetivo de la presente revisión es describir las principales características epidemiológicas y clínicas del absceso del psoas, incluyendo aquellos elementos clave para el diagnóstico y tratamiento oportunos, que minimicen las complicaciones y mortalidad asociadas.

ANATOMÍA

El músculo psoas, de forma fusiforme, se origina en los bordes laterales de la doceava costilla y bordes laterales de

T12, así como los de los cuerpos lumbares (L1-L5) ⁽⁶⁾. Desde este origen, se extiende hacia abajo y pasa profundo al ligamento inguinal y anterior a la cápsula de la articulación de la cadera para formar un tendón que se inserta en el trocánter menor del fémur ⁽⁷⁾.

El músculo ilíaco, que se origina en la parte anterior del hueso ilíaco, se une al psoas para insertarse a través del mismo tendón y juntos forman el músculo psoas ilíaco o iliopsoas, que es un flexor de la cadera inervado por L2-L4 ^(5,7,8).

El tendón de estos músculos está separado de la cápsula de la cadera por una bursa, que puede estar en comunicación con el espacio de la articulación de la cadera, lo que puede facilitar la propagación de infecciones ⁽⁷⁾.

Además, el músculo psoas se encuentra dentro del espacio retroperitoneal, en un área conocida como compartimento del iliopsoas ⁽⁵⁾. El retroperitoneo es dividido por la fascia del psoas ilíaco y el cuadrado lumbar en una porción anterior (prefascial) y una posterior (retrofascial) ⁽⁶⁾.

En el espacio anterior, las colecciones suelen provenir de fuentes adyacentes: riñón, colon ascendente y descendente, asa duodenal, páncreas y ganglios linfáticos, con E. coli como agente etiológico usual. En el área retrofascial, se forman tres espacios independientes, donde pueden formarse abscesos piógenos o de origen tuberculoso ⁽⁶⁾.

DEFINICIÓN Y ETIOLOGÍA

El absceso del psoas (AP) es una enfermedad infecciosa rara que se presenta como una colección purulenta entre la fascia que rodea los músculos ilíaco y psoas ^(9,10). La infección puede alcanzar este compartimento a partir de un foco infeccioso cercano o por diseminación hematogena ⁽¹¹⁾.

En el pasado, el AP se veía con mayor frecuencia como una complicación de la tuberculosis, pero con el uso de antifímicos la incidencia ha disminuido, mientras la frecuencia de AP por diseminación hematológica ha ido en aumento ^(6,10).

Etiológicamente, los AP se clasifican en dos categorías: primarios y secundarios. Por un lado, los AP primarios ocurren por diseminación hematológica o linfática desde un sitio no conocido ^(7,12). Estos son más comunes en países poco desarrollados y tropicales, donde afectan más a niños varones y jóvenes. En el caso de países desarrollados, están relacionados con enfermedades subyacentes. Estos abscesos son producidos en 88% de los casos debido a bacteremia por *Staphylococcus aureus*, si bien puede suceder por estreptococos, *E. coli*, *Proteus mirabilis*, *Serratia marcescens*, entre otros ^(6,10,13).

Por otro lado, son secundarios cuando ocurre diseminación directa desde una estructura cercana ⁽⁷⁾. Estos suelen ser polimicrobianos, con predominio de gramnegativos entéricos como *E. coli*, puesto que están relacionados con infecciones de órganos vecinos: infecciones gastrointestinales (80% de los casos), infecciones urinarias o infecciones osteoarticulares (discitis, osteomielitis, artritis séptica de cadera, prótesis infectadas, mal de Pott, entre otros). Este tipo de AP se observa mayoritariamente en personas mayores y pacientes con enfermedades preexistentes ^(6,10,13).

EPIDEMIOLOGÍA

La verdadera incidencia del AP es difícil de afirmar, debido a su presentación inespecífica y la dependencia de estudios de imagen para su diagnóstico. Antes del año 1985, la incidencia mundial se estimaba en 3.9 casos/año ⁽¹⁴⁾. Actualmente, la incidencia se estima entre 10 y 12 casos/año en el mundo, si bien se presume que el aumento se debe a la mayor disponibilidad de Tomografía Axial Computarizada (TAC) y Resonancia Magnética nuclear

(RMN) ⁽¹¹⁾, dado que, antes de la aparición de estas tecnologías, la mayoría se diagnosticaban postmortem ⁽⁷⁾. El 95% de los casos reportados provienen de países tropicales y en vías de desarrollo, de los cuales un 30-45% corresponden a abscesos primarios y 55-70%, a secundarios. En cuanto a la preferencia por sexo, el 75% de los casos ocurren en hombres y el 90% de ellos son menores de 30 años ⁽⁶⁾.

Continuando con el aspecto de la edad, en pacientes de países desarrollados, la media se encuentra entre 44 y 58 años, mientras que, en países no desarrollados, tiende a ocurrir más en menores de 20 años. De igual modo, los AP se han logrado reconocer en neonatos, en los que el diagnóstico inicial fue una hernia inguinal ⁽⁷⁾.

Por último, con respecto a la lateralidad, el músculo izquierdo y derecho tienen frecuencias de afectación similares y tan solo 2-3% de los casos son bilaterales ⁽⁶⁾.

FACTORES DE RIESGO

Factores de riesgo de los AP primarios incluyen: diabetes, que suele presentarse como factor dominante y predisponente hasta en un 64 % de los casos ^(2,7); uso de drogas parenterales, infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), lesión renal, uso de esteroides crónicamente, quimioterapéuticos, inmunodeficiencias, además de trauma previo (caídas de altura) y formación de hematomas ^(6,7,15).

En el caso de los abscesos secundarios, los factores de riesgo incluyen trauma e instrumentación en las regiones inguinal, lumbar o la cadera ⁽⁷⁾. Además, el AP puede estar asociado con otras enfermedades, por ejemplo: enfermedad de Crohn, diverticulitis, apendicitis, cáncer colorrectal, infección del tracto urinario, osteomielitis vertebral, artritis séptica, sacroileítis, aneurisma aórtico abdominal, endocarditis y linfadenitis supurativa.

De igual manera, puede asociarse con procedimientos como el cateterismo de vasos femorales y la litotripsia extracorpórea ⁽⁹⁾.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El absceso del iliopsoas, aunque infrecuente, es una entidad potencialmente letal, insidiosa, con un cuadro clínico inespecífico de difícil identificación ⁽¹²⁾, lo cual conlleva un retraso en el diagnóstico, el cual se logra en un aproximado de 45 días, generalmente ⁽⁹⁾. También, es frecuente la presentación subaguda o crónica de la enfermedad, que implica más de siete días de persistencia de los síntomas, hasta en 83% de los pacientes ⁽⁶⁾.

La triada clásica del AP está conformada por fiebre, dolor lumbar y claudicación de la marcha o “cojera”, sin embargo, este conjunto se observa tan solo en un 30% de los casos ⁽¹⁴⁾. Las molestias más frecuentes son: dolor abdominal o lumbar en 76-91% de los casos, signo del psoas positivo (dolor al extender la cadera) en 15-69% y la fiebre, que se presenta en un 90-100% de los pacientes ⁽⁶⁾.

Con respecto al dolor abdominal, este puede emular numerosas patologías ⁽⁹⁾, aunque una característica es que se exacerba al realizar movimientos en los que el psoas se extiende, lo cual da origen al signo del psoas. Igualmente, como este músculo se encuentra innervado por las raíces L2, L3 y L4, el dolor lumbar puede irradiar hacia la cadera o al muslo ⁽¹⁶⁾, por lo que los afectados prefieren estar en posiciones antiálgicas, tales como flexión de cadera y lordosis lumbar ⁽⁷⁾.

Con respecto a lo mencionado en el párrafo anterior, es significativo indicar que normalmente el dolor del AP se atribuye a irritación del nervio femoral y las raíces ya señaladas, dado que este nervio desciende a través del psoas y emerge en la parte inferior de su borde lateral. Sin embargo, es posible que se irriten otras raíces nerviosas,

como L4-S3, que genera dolor en la distribución del nervio ciático ⁽¹⁷⁾.

En adición, se pueden presentar otros síntomas, como: pérdida de peso, malestar general, anorexia, síntomas genitourinarios, neuroapraxia del nervio femoral y una masa inguinal, que puede ser dolorosa o no ^(6,7,16).

Asimismo, es posible clasificar la presentación de esta patología en dos distintas. Por un lado, la presentación típica, que se caracteriza por presencia de fiebre y dolor lumbar o en la ingle. Por otro lado, la presentación atípica, que es más insidiosa, con síntomas como fiebre y malestar abdominal ^(6,9).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La lista de diagnósticos diferenciales puede ser extensa y un elemento que complica aún más el diagnóstico es que muchas de las patologías que emulan la presentación del absceso del psoas, también pueden originarlo ⁽⁴⁾.

A continuación, se presentan algunos de los diagnósticos diferenciales más importantes:

- **Gastrointestinales:** enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa, diverticulitis, apendicitis y malignidad colorrectal ⁽⁴⁾.
- **Genitourinarios:** condiciones como ureterolitiasis e infecciones del tracto urinario pueden presentarse de forma similar al AP, con manifestaciones como dolor en flanco, piuria y hematuria ⁽⁴⁾.
- **Musculoesqueléticos:** el diagnóstico de AP puede ser confundido cuando el síntoma inicial es dolor de cadera con limitación de la movilidad, debido a que múltiples patologías pueden presentarlo, por ejemplo: trauma, ciática, osteomielitis vertebral o ilíaca, bursitis, artitis sacroilíaca, discitis y artritis séptica, esta última, al igual que el AP, debe ser identificada prontamente para prevenir gran morbilidad ^(4,6,7).

Igualmente, el hematoma del psoas puede asemejar un AP o predisponer a su formación. Por lo tanto, el AP debe ser considerado cuando un paciente presenta un proceso infeccioso posterior a un evento traumático reciente ⁽⁴⁾.

En el caso del hematoma, el diagnóstico por imágenes puede ser dificultoso, ya que es complejo distinguirlo de otra colección líquida. Sin embargo, algunos detalles pueden orientar a este diagnóstico, como la ausencia de cambios inflamatorios de la grasa adyacente o detección del origen del sangrado activo, sumado a la historia clínica y descenso del hematocrito en un contexto traumático o en un paciente con trastornos de la coagulación ⁽¹²⁾.

LABORATORIOS Y GABINETE

Un diagnóstico apropiado del AP incluye laboratorios e imágenes radiológicas ⁽¹⁸⁾. Dentro de los laboratorios que deben solicitarse, se encuentran los siguientes: hemoleucograma, que usualmente muestra leucocitosis (generalmente más de 15000/uL), anemia o trombocitosis; velocidad de eritrosedimentación (VES), que suele ser mayor a 90mm/h; PCR y nitrógeno ureico, que usualmente están elevados ^(4,7,9). También, se ha descrito elevación de la aspartato aminotransferasa (AST): más de 40 UI/ml en 38% de los casos ⁽⁷⁾.

De igual manera, es factible efectuar un examen general de orina, que podría demostrar piuria. Además, es imperioso solicitar hemocultivos o cultivos del absceso en todos los casos ^(4,7,18).

A pesar de la utilidad de estos estudios, se requieren imágenes formales, no solo para confirmar el diagnóstico, sino para planificar el tratamiento ⁽¹⁹⁾.

En primer lugar, se puede contemplar la radiografía simple de abdomen, que no es una técnica apropiada para el

diagnóstico de AP, sin embargo, puede ser de utilidad para excluir otras patologías ⁽¹⁶⁾.

En segundo lugar, el ultrasonido suele ser la primera técnica utilizada, ya que es de menor costo y no requiere irradiación o intervención ⁽¹⁶⁾; no obstante, se debe tener precaución, debido a la difícil visualización de estructuras retroperitoneales, la presencia de gas intestinal y que es operador dependiente, con una precisión de apenas 60% para detectar AP ⁽²⁰⁾.

En tercer lugar, es necesario mencionar la TAC con contraste, que sigue siendo la modalidad diagnóstica de elección, con una sensibilidad casi del 100% ^(3,11).

En las fases iniciales, los hallazgos son relativamente inespecíficos, como la presencia de miositis del iliopsoas, que se caracteriza por aumento de volumen, edema e hiperemia. En la fase de abscedación, se observa una lesión hipodensa de licuefacción muscular central y realce periférico del medio de contraste ^(11,12).

En los abscesos de tipo secundario, también, pueden observarse hallazgos que orientan al foco séptico de origen, tales como: cambios inflamatorios colónicos o pericolónicos, inflamación apendicular, abscesos renales, cambios inflamatorios perianeurismáticos y fenómenos óseos erosivos y destructivos ⁽¹²⁾.

Finalmente, la RMN es una técnica muy útil para el diagnóstico de AP con una sensibilidad de casi el 100%, al igual que la TAC ^(4,11). La resonancia tiene ventajas con respecto a la tomografía, por ejemplo, mejor discriminación de tejidos blandos y la posibilidad de observar la pared del absceso y estructuras circundantes ⁽¹⁸⁾, por lo que es particularmente útil cuando la patología es tumoral o si existe una infección adyacente a los cuerpos vertebrales ⁽²¹⁾.

No obstante, su uso se encuentra limitado por el costo, las contraindicaciones relativas en algunos pacientes y la disponibilidad limitada ⁽¹¹⁾.

MANEJO

El manejo se basa en dos pilares fundamentales: cobertura antibiótica y drenaje por vía quirúrgica o percutánea. En la actualidad, la modalidad de elección es la percutánea, debido a baja morbilidad y resolución del absceso en 75-90% de los casos ^(6,12).

Por su parte, la cirugía se reserva para abscesos multiloculados, con extenso compromiso de estructuras adyacentes o los que son secundarios a algunas patologías específicas, como: enfermedad inflamatoria intestinal, pielonefritis xantogranulomatosa o enfisematosa, aneurismas micóticos, neoplasias perforadas y en los abscesos epidurales con compresión espinal ⁽¹²⁾.

Con respecto al manejo antibiótico, si no fuera posible un diagnóstico microbiológico rápido, se debe iniciar un tratamiento empírico que cubra *S. aureus* y organismos entéricos aerobios y anaerobios. Además, es obligatorio cubrir *S. aureus* meticilino resistente (SAMR) en regiones con alta prevalencia, aunque se debe ajustar el tratamiento cuando estén disponibles los cultivos ⁽⁷⁾.

Los antibióticos parenterales deben administrarse en combinación con el drenaje, pues los fármacos solos no suelen ser curativos en la mayoría de pacientes, salvo en algunos casos con abscesos <3 cm ^(6,7). Seguidamente, se exponen las combinaciones más recomendadas para tratamiento empírico:

Beta-lactámico más anaerobicida: oxacilina 2 g c/4-6 horas IV o cefotaxima 2 g c/4-6 horas IV, junto con metronidazol 500 mg c/6 horas IV o clindamicina 300 mg c/6 horas IV ⁽⁶⁾.

Beta-lactámico más aminoglucósido: oxacilina 2 g c/4-6 horas IV o cefotaxima 2 g c/4-6 horas IV, más gentamicina 120 mg c/12 horas IV o 80 mg c/8 horas IV ⁽⁶⁾.

Beta-lactámico más fluoroquinolona: oxacilina 2 g c/4-6 horas IV o cefotaxima 2 g c/4-6 horas IV, con ciprofloxacina 400 mg c/12 horas IV ⁽⁶⁾.

Aztreonam 1 g c/12 horas IV en monoterapia ⁽⁶⁾.

Si se va a cubrir contra SAMR, lo ideal es vancomicina 30 mg/kg IV cada 24 horas en 2 dosis, aunque se puede emplear daptomicina 6 mg/kg IV cada día o linezolid 600 mg IV o vía oral 2 veces al día ⁽⁷⁾.

Finalmente, la duración del tratamiento no se conoce con exactitud, aunque entre 3 y 6 semanas es considerado apropiado ⁽⁷⁾. En otras fuentes, en cambio, se indica que el tratamiento intravenoso debe continuarse por 2 semanas, seguido de 4-6 semanas de antibióticos orales, dependiendo de los niveles de PCR, mejoría clínica y radiológica ⁽²²⁾.

COMPLICACIONES Y PRONÓSTICO

Las complicaciones pueden derivarse de un retraso en el diagnóstico. Algunas de ellas son: shock séptico (20% de los casos), trombosis venosa profunda por compresión extrínseca de las venas ilíaca y femoral; hidronefrosis ocasionada por compresión ureteral, íleo, artritis séptica y muerte ^(7,23).

Anteriormente, el AP tenía una mortalidad del 100%, ya que no eran tratados o se empleaban solo antibióticos ⁽⁶⁾. En la época actual, la tasa de mortalidad es diferente según el tipo de absceso, pues es mayor en los secundarios que en los primarios (18.9% versus 5%) ⁽¹²⁾. En el caso de los abscesos secundarios, la mortalidad se explica por progresión de una enfermedad neoplásica o el shock séptico de origen gastrointestinal, mientras que, en los primarios, depende de otros factores, por ejemplo: edad mayor a 50 años, enfermedades concomitantes, retraso en

el inicio del tratamiento, hemocultivo positivo, tratamiento insuficiente y drenaje inadecuado ⁽⁶⁾.

En cuanto a las causas de muerte, la sepsis se considera la principal, no obstante, la trombosis venosa profunda y el tromboembolismo pulmonar desencadenan hasta el 5,6% de los fallecimientos ⁽⁶⁾.

Además, pueden presentarse recaídas en un 15 a 36% de los casos hasta un año después de la presentación inicial, asociadas con drenaje o antimicrobianos inadecuados ⁽⁷⁾. Por lo tanto, el diagnóstico temprano y un tratamiento apropiado son críticos para reducir las complicaciones y el riesgo de muerte ⁽⁵⁾.

Finalmente, en esta revisión bibliográfica podemos consensuar que, si bien el absceso del psoas es una entidad poco común, cuando se presenta es una situación grave, por lo que se debe conservar la sospecha clínica para realizar un diagnóstico y tratamiento oportunos, dado que estos dos elementos son los que mayoritariamente determinan el pronóstico.

Con este propósito, es fundamental reconocer los síntomas más característicos, como fiebre, dolor lumbar y claudicación de la marcha, aunque los hallazgos de laboratorio y la confirmación imagenológica por TAC o RMN son fundamentales, debido a la diversidad de los síntomas que pueden presentar los pacientes y la extensa cantidad de patologías que pueden compartir los mismos hallazgos.

Conflictos de interés

Los autores niegan tener conflictos de interés

Financiamiento

Autofinanciado

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beauregard GE, Castaneda JL. Absceso del músculo psoas iliaco. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Salud en Tabasco*. 2016;22(1-2):54-57.
2. García A, Ung P, Misiara AE, Jenki D, Jiménez Y. Absceso del psoas en una paciente diabética. Presentación de caso. *Rev Méd Electrón*. 2016;38(2):277-285.
3. Mannino CM, Salhab M, Schmidhofer S, Pop-Vicas A. Psoas Abscess in an Immunocompetent Host. *R I Med J*. 2014;97(8):32-3.
4. Bolander SL, Hoover EB. Expanding the Differential: Psoas Abscess. *JBJS JOPA*. 2017;5(3): 1-5. doi: 10.2106/JBJS.JOPA.17.00002
5. Moriarty CMH, Baker RJ. A Pain in the Psoas: Groin Injury in a Collegiate Football Athlete. *Sports Health*. 2016;8(6):568–572. doi: [10.1177/1941738116665112](https://doi.org/10.1177/1941738116665112)
6. Calderón I. Absceso del músculo psoas. *Revista Médica Sinergia*. 2017;2(7):10-16.
7. Spelman D. Psoas Abscess. UpToDate. 2020. Recuperado de https://www.uptodate.com/contents/psoas-abscess?search=psoas%20abscess&source=search_result&selectedTitle=1~30&usage_type=default&display_rank=1#H17
8. Aragón YA, Bastidas A, Cáceres PA, Lozano CJ, Landinez G. Absceso del psoas en pediatría: reporte de caso. *Rev Fac Med*. 2016;64(1):151-4. doi: 10.15446/revfacmed.v64n1.49483
9. Miller ELC, Miller LFF, Carvalho JG, Marsillac A, Pires L, Babinski MA, Monteiro M. Psoas muscle abscess simulating acute appendicitis: A case report. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2016;25:139-142. doi: 10.1016/j.ijscr.2016.06.019
10. Guzel Y, Ciftci S, Ozdemir A, Acar MA. Iliopsoas Abscess (together with Bullet) Resulting from a

- Firearms Injury. Case Reports in Orthopedics. 2015;2015:1-3. doi: [10.1155/2015/634356](https://doi.org/10.1155/2015/634356)
11. Kulkarni A, Aafren M, Shetkar S, Tinmaswala A. Psoas Abscess: Imaging Diagnosis of A Rare Entity. Annals of International Medical and Dental Research. 2018;4(2):22-25. doi: [10.21276/aimdr.2018.4.2.RD4](https://doi.org/10.21276/aimdr.2018.4.2.RD4)
 12. Lidid L, Casas JS. Absceso del iliopsoas: Claves para el diagnóstico imagenológico. Revista Chilena de Radiología. 2017;23(4):163-173.
 13. Kumar S. Psoas abscess: aetiological and clinical review. Reviews in Medical Microbiology. 2017;28:30-33. doi: [10.1097/MRM.0000000000000092](https://doi.org/10.1097/MRM.0000000000000092)
 14. Cargill T, Gupta V, Thomas P. Pyogenic iliopsoas abscess: An uncommon presentation of nonspecific leg pain. Journal of Acute Medicine. 2014;4:154-156. doi: [10.1016/j.jacme.2013.09.001](https://doi.org/10.1016/j.jacme.2013.09.001)
 15. Benkhadoura M, El-Mogassabi AH, Mansor SM, Abuzaid IA, Manita MA, Etabbal AM, Elgazwi KK, Elshaiky AI. Iliopsoas abscess: clinical presentation, management, and outcome. Int Surg J. 2019;6(1):17-21. doi: [10.18203/2349-2902.isj20185458](https://doi.org/10.18203/2349-2902.isj20185458)
 16. Guillén S. Absceso del psoas en paciente con Enfermedad de Crohn. Medicina Legal de Costa Rica. 2014;31(1):1-7.
 17. Shields DW, Robinson PG. Iliopsoas abscess masquerading as 'sciatica'. BMJ Case Reports. 2012;2012:1-3. doi:[10.1136/bcr-2012-007419](https://doi.org/10.1136/bcr-2012-007419)
 18. Kusken O, Akoglu EU, Ozturk TC, Demir H, Onur O. The Triad of Psoas Abscess: An uncommon Onset and Elusive Diagnosis. CausaPedia. 2016;5(2):78-82.
 19. Khedkar K, Sharma C, Kumbhar V, Wagnare M, Dwivedi P, Gandhi S, Shah H. Management of paediatric psoas abscess: our experience. Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine. 2017;7(2):1-6. doi: [10.7363/070213](https://doi.org/10.7363/070213)
 20. Woo MY. Psoas Abscess. The Journal of Emergency Medicine 2014;47(5):e129-e130. doi: [10.1016/j.jemermed.2014.06.035](https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2014.06.035)
 21. Vicente M, Candel MF, Ruiz M, Peña E, Sánchez A, Albarracín A. Absceso de psoas como diagnóstico diferencial en la patología abdominal de Urgencias. Cirugía y Cirujanos. 2014;82:268-273.
 22. Ghosh S, Narang H, Goel P, Kumar P, Soneja M, Biswas A. Atypical presentation of pyogenic iliopsoas abscess in two cases. Drug Discoveries & Therapeutics. 2018;12(1):47-50. doi: [10.5582/ddt.2018.01000](https://doi.org/10.5582/ddt.2018.01000)
 23. Wong OF, Ho PL, Lam SK. Retrospective review of clinical presentations, microbiology, and outcomes of patients with psoas abscess. Hong Kong Med J. 2013;19(5):416-423. doi: [10.12809/hkmj133793](https://doi.org/10.12809/hkmj133793)

Correspondencia:

Liseth Gabriela Delgado Castro
 Email: lgabrieladc95@gmail.com

