

Patología de síntomas bizarros y diagnóstico complicado, absceso del psoas en pediatría. Reporte de caso

A pathology of bizarre symptoms and complicated diagnosis, psoas abscess in pediatrics. A case report

Lorena García Agudelo¹, Luis Carlos Avellaneda Curcho¹, Laura Catalina Álvarez Hernández¹, Julio César Velasco Castro¹, Rober Daniel Otero López¹

¹Hospital Regional de la Orinoquía. Yopal, Colombia.

RESUMEN

Introducción: El absceso del psoas es una lesión que se produce por continuidad desde focos adyacentes o por diseminación hematogena o linfática, su etiología es variada. **Descripción del Caso clínico:** Paciente masculino de 6 años, que presentó dolor lumbar, dolor en cadera izquierda, fiebre y marcha antalgica, al cual inicialmente le sospecharon artritis séptica de cadera y se le diagnosticó por estudios tomográficos absceso de paso bilateral y respondió favorablemente al manejo con terapia antibiótica por 10 días, se estableció que era de origen primario y por el tamaño no requirió drenaje percutáneo ni quirúrgico. **Discusión:** El absceso del psoas se debe considerar como diagnóstico diferencial en los casos de dolor lumbar y fiebre, por cuanto un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado pueden evitar desenlaces fatales.

Palabras clave: Absceso del Psoas, dolor de la región lumbar, fiebre, drenaje, caso clínico.

ABSTRACT

Introduction: A psoas abscess is a lesion that arises from continuity with adjacent foci or from hematogenous or lymphatic dissemination. Its etiology is varied. **Clinical Case Description:** A 6-year-old male patient presented with lower back pain, left hip pain, fever, and antalgic gait. Initially suspected of having septic arthritis of the hip, he was diagnosed with bilateral psoas abscesses via CT scan. He responded favorably to antibiotic therapy for 10 days. It was determined to be of primary origin, and due to its size, percutaneous or surgical drainage was not required. **Discussion:** A psoas abscess should be considered in the differential diagnosis of cases of lower back pain and fever, as timely diagnosis and appropriate treatment can prevent fatal outcomes.

Keywords: Psoas abscess, lower back pain, fever, drainage, case report.

Correspondencia: Lorena García Agudelo **Correo:** dr.lorenagarcia29@gmail.com

Financiamiento: esta investigación no contó con ayuda financiera de terceros.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Editor responsable: Leticia Ramírez Pastore¹ Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Clínica Pediátrica, Medicina Interna. San Lorenzo, Paraguay.

Recibido: 09/05/2024 **Aceptado:** 09/12/2025

DOI: <https://doi.org/10.31698/ped.52032025013>

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

INTRODUCCIÓN

El absceso del psoas es un trastorno poco frecuente. Su etiología obedece a diferentes orígenes; pueden ser primarios o secundarios^(1,2). Los primarios resultan de la diseminación por vía hemática o linfática de un foco lejano, son el resultado del uso de medicamentos por vía parenteral, traumatismos o inmunosupresión y son más frecuentes en menores de 20 años^(1,3). Los secundarios son desencadenados por contigüidad de un foco infeccioso cercano: ocurre en considerable proporción en mayores de 10 años^(1,4). Es más habitual su ubicación en el lado derecho, seguido del izquierdo, y es menor la presentación bilateral. Su incidencia se ha catalogado como baja, sin embargo, con el uso de la Tomografía Axial Computarizada (TC) el diagnóstico ha presentado un incremento en los últimos 10 años⁽⁵⁾. El principal agente causante es el *Staphylococcus aureus*, y de cerca el *Mycobacterium tuberculosis*; no obstante, las bacterias gramnegativas suelen ser típicas en esta patología⁽⁶⁾. La sintomatología que generalmente acompaña esta condición médica es algo bizarra y puede confundir a los médicos. Los pacientes presentan fiebre, dolor lumbar o en flancos, dolor abdominal, cojera, entre otros, lo cual lleva hacia otros diagnósticos distantes⁽³⁾. Así mismo, el desarrollo de imágenes diagnósticas ha representado un hito a la hora de diagnosticar el absceso del psoas y definir el tipo de tratamiento. En muchos de los casos es suficiente el drenaje percutáneo guiado por ultrasonografía o TC y un manejo antibiótico de amplio espectro⁽⁷⁾. Debido al comportamiento bizarro de la sintomatología del absceso del psoas y lo complejo que es llegar a hacer su diagnóstico, por sus variadas manifestaciones, se presenta el caso de un niño que simuló una artritis séptica de cadera. Esto destaca la importancia de incluir el absceso del psoas dentro de los diagnósticos diferenciales del dolor lumbar asociado a fiebre.

CASO CLÍNICO

Se trata de un niño de seis años, sin antecedentes de relevancia, con un cuadro de 15 días caracterizado por dolor en la región lumbar, asociado a restricciones para la marcha de predominio izquierdo y fiebre de 38.8°C. La inspección física reveló signos vitales: Frecuencia cardíaca: 120. Frecuencia respiratoria: 24. Presión arterial: 124 /64 mmhg. Temperatura: 39,7 °C. Peso corporal: 26 kilogramos. Talla: 115 cm. Índice de masa corporal: 19,66. El paciente estaba deshidratado, con un llenado capilar lento (3 segundos). El miembro inferior izquierdo en flexión y en rotación externa y manifestando una marcha dolorosa. No se identificaron zonas de rubor en la cadera o rodilla; con dolor leve a la palpación profunda y superficial en la fossa iliaca derecha, acompañado de un signo de rebote positivo muy dudoso, y el resto del examen superficial no reveló otros hallazgos. Se realizó un diagnóstico de artritis séptica en la región de la cadera izquierda. Se prescribió la administración de fluidos endovenosos, analgésicos, antipiréticos y un cubrimiento antibiótico con oxacilina 1.3 gramos cada cuatro horas intravenosas, ceftriaxona 1.3 gramos cada doce horas intravenosas y vancomicina 260 mg intravenosa cada seis horas. Además, se solicitaron pruebas de laboratorio que incluyeron uroanálisis que reportó normal, función renal y hepática en límites normales, y un cuadro hemático notablemente patológico, que señalaba un proceso infeccioso activo (Tabla 1), vinculado a una proteína C reactiva de 48 mg/dl (valor de referencia <6 mg/dl).

Tabla 1. Cuadro hemático de ingreso.

HEMOGRAMA	Resultado	Valor de Referencia
Eritrocitos	4,02 * 10 ⁶ /mm ³	4,2-5,2* 10 ⁶ /mm ³
Hemoglobina	10,3 g/dl	11,8-14,6 g/dl
Hematocrito	32,10%	35-47%
Leucocitos	17,49 * 10 ³ /mm ³	4,5-13,5*10 ³ /mm ³
IDE (Índice de Dispersión Eritrocitaria)	12,30%	11,6-14,1%
Neutrófilos	71,90%	50-55%
Linfocitos	20,10%	44-74%
Eosinófilos	3,50%	1-5%
Monocitos	4,50%	25-54%
Plaquetas	423 000	150000-400000

Fuente: registros médicos del paciente-Elaboración propia

Además, se realizó la toma de imágenes; la radiografía de cadera bilateral no evidenció alteraciones en las articulaciones y estructuras óseas, las radiografías de tórax y de abdomen simple no revelaron resultados significativos, lo que condujo a la decisión de solicitar un estudio de tomografía computarizada. En la realización de la tomografía computarizada de abdomen total con contraste llevada a cabo al tercer día de ingreso, se identificaron los siguientes hallazgos positivos: Incremento en la densidad del psoas derecho con zonas hipodensas de hasta 13x8 mm de diámetro, con captación de contraste capsular

compatible con abscesos. Se identificó una asimetría en el espesor del músculo psoas ilíaco izquierdo, caracterizada por adenopatías reactivas de hasta 12 mm de diámetro en las cadenas ilíaca y femoral, así como adenopatías reactivas paracónicas derechas de hasta 13 mm de diámetro en las cadenas ilíaca y femoral. Además, se detectó una mínima cantidad de líquido en la pelvis izquierda (Figura 1). Se concluyó que existía un absceso en el psoas derecho, acompañado de un engrosamiento inflamatorio en el psoas izquierdo.

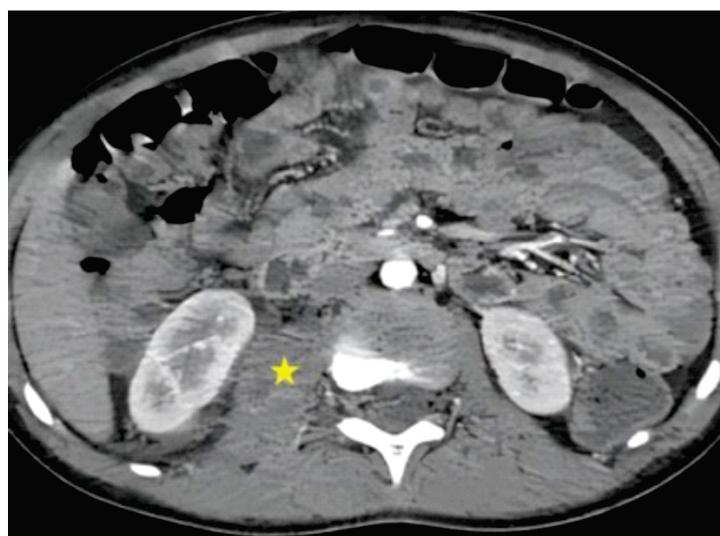


Figura 1. Tomografía computarizada de abdomen, muestra en psoas ilíaco derecho absceso en formación con bordes no bien delimitados y en psoas izquierdo; cambios inflamatorios asimétricos.

Los servicios de pediatría e infectología pediátrica orientaron la gestión médica, ajustaron las dosis de vancomicina a 60 mg/kg/día, preservaron la ceftriaxona y ordenaron la suspensión de la oxacilina. Se indicó la finalización de 10 días de tratamiento y ordenaron tomar nuevas imágenes de seguimiento para determinar la continuidad de la medicación. Los hemocultivos tomados al ingreso y a los 7 días del tratamiento reportaron resultados negativos. Además, se tuvo en consideración la progresión clínica y que el paciente no presentaba indicadores de irritación peritoneal ni dolor palpable en la región abdominal, manteniéndose afebril tras el inicio de la terapia antibiótica, que permanecía hidratado y no se registraron eventos adversos. Se revisaron las

imágenes y el informe de la tomografía abdominal, que determinaron nuevamente la magnitud de la lesión, y se concluyó que el paciente no presentaba absceso de longitud que indicase la necesidad de un procedimiento quirúrgico. Por lo tanto, se recomendó proseguir con la terapia antibiótica instalada y continuar bajo vigilancia hasta completar un período de 10 días de tratamiento.

El paciente se encontraba en un proceso de mejoría y resolución de síntomas, por lo cual a los 11 días de estancia se solicitó una nueva tomografía de abdomen con contraste de control que reveló mejoría radiológica del proceso inflamatorio-infeccioso en el psoas izquierdo y psoas-iliaco derecho (Figura 2).

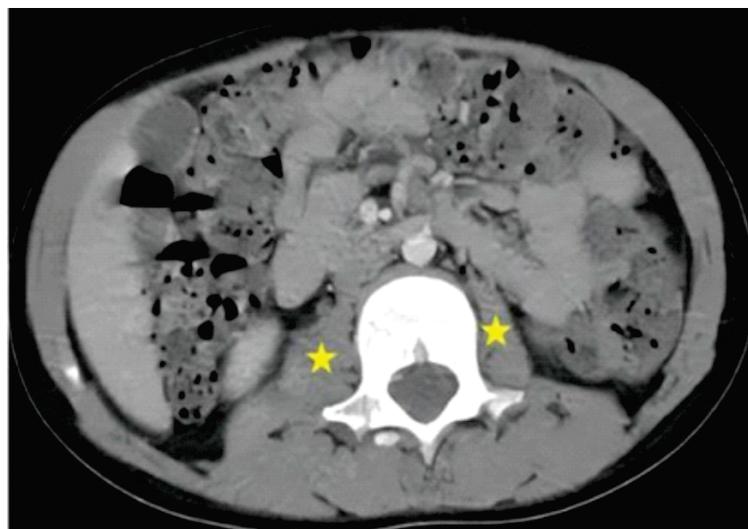


Figura 2. Tomografía Computarizada de abdomen de control, evidencia disminución del tamaño del absceso en el psoas ilíaco derecho y psoas ilíaco izquierdo con cambios inflamatorios persistentes.

El paciente permaneció durante 15 días hospitalizado y mantuvo una adecuada gestión del proceso infeccioso, evidenciada por una reducción en la leucocitosis y los reactantes de fase aguda, lo que condujo a su alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio. Acudió a la consulta médica de pediatría tras concluir el tratamiento, y de acuerdo con los registros médicos, identificaron al paciente en un estado general óptimo.

DISCUSIÓN

Existe un patrón similar en los casos de niños con diagnóstico de absceso del psoas que se encuentran

en la literatura médica mundial en lo que compete a la sintomatología y se trata del dolor lumbar y la fiebre^(4,8), síntomas predominantes en el paciente del caso que presentamos, que llevaron a estudiar una patología abdominal y alta sospecha de artritis séptica.

Olivia MR, et al⁽⁹⁾ presentan un caso que se diagnosticó por resonancia magnética y con hemocultivos positivos para *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina, que respondió favorablemente al tratamiento con antibióticos y no presentó necesidad de drenaje percutáneo. Así mismo, el paciente de 6 años que exponemos, por el tamaño de la lesión y la

adecuada respuesta al tratamiento antibiótico, no requirió drenaje quirúrgico.

Yan et al.⁽¹⁰⁾. describieron una niña de 12 años previamente sana con cuadro de cinco días de fiebre y dolor en hemiabdomen y muslo izquierdo; la tomografía abdominopélvica reveló una colección de líquido a lo largo del surco paracólico izquierdo que se extendía hacia la pelvis, con infiltración del músculo psoas izquierdo. Recibió manejo con antibióticos por 7 días en unidad de cuidado intensivo, con control del proceso infeccioso y los cultivos reportaron siempre negativos. Similar a este caso, se ordenaron hemocultivos: uno al ingreso y otro para seguimiento del tratamiento a los 7 días, sin que se aislaran microorganismos.

En un estudio observacional, descriptivo de pacientes menores de 15 años con diagnóstico de piomiositis, en un hospital de Uruguay, entre 2018 y 2023, confirmados por resonancia magnética y cultivos microbiológicos; identificaron 10 casos, en una media de edad de 5,5 años; los síntomas más frecuentes fueron dolor local y fiebre; el agente causal en la mayoría fue *Staphylococcus aureus*, la localización más común fue en extremidades inferiores y todos los casos fueron confirmados por RM y cultivos⁽¹¹⁾, destacando la rareza de la localización de la piomiositis en el psoas en población pediátrica. A pesar de que en este caso se usó la tomografía como método de estudio, se logró establecer el diagnóstico y hacer el seguimiento y tratamiento con un desenlace adecuado para el niño. Abbati et al.⁽¹²⁾, muestran un estudio en el que seleccionaron 47 pacientes (rango de 8 días-16.5 años), encontrando que *Staphylococcus aureus* fue el microorganismo más común (30%), *S. aureus* resistente a la meticilina (SARM) en el 14%, por lo que en el paciente de 6 años que exponemos, a pesar de tener los hemocultivos negativos, el tratamiento antibiótico que se instauró tenía cobertura para estos microorganismos. Así mismo, por el tamaño de la lesión y la adecuada respuesta al manejo antibiótico, no requirió drenaje quirúrgico.

Idris et al.⁽¹³⁾ presentan el caso de una niña de 5 años que consultó por dolor atraumático, fiebre y negativa a soportar peso en cadera derecha. Los laboratorios mostraron leucocitosis, neutrofilia,

PCR y VSG elevados, hemocultivo positivo para *Staphylococcus aureus*. La sospecha inicial fue una artritis séptica en la cadera derecha; sin embargo, diagnosticaron el absceso de psoas derecho mediante resonancia magnética con edema y realce circundantes, el cual era de etiología primaria. El tratamiento fue con antibióticos intravenosos seguidos de cefalosporina oral de primera generación durante tres semanas. Se destaca lo infrecuente que es el absceso del psoas en la población pediátrica; además, se resalta la importancia que tienen las imágenes diagnósticas para poder identificar este trastorno. En este caso se trató de un absceso primario de psoas derecho con síntomas claros de dolor lumbar y fiebre, que no requirió drenaje percutáneo ni quirúrgico.

CONCLUSIÓN

En el caso presentado, se destaca la edad de 6 años, por cuanto no es frecuente la presencia de absceso del psoas en este grupo poblacional. Por lo cual es fundamental revisar el contexto y las alarmas, que generan los pacientes. Los síntomas que consideramos factores predictores son la fiebre asociada a dolor lumbar y marcha antiálgica. Una vez se descarta la artritis séptica de la cadera con dolor, se dispone el diagnóstico de absceso del psoas, el cual debe ser diagnosticado con oportunidad, por cuánto puede desencadenar un desenlace fatal.

Responsabilidades éticas

El comité de ética autorizo la escritura de esta investigación bajo la firma del consentimiento informado por parte de uno de los padres o del tutor del menor, se cuenta con el documento de consentimiento informado firmado.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Lorena García Agudelo: Concepción y diseño del tema. Redacción del manuscrito. Recolección de los datos. Revisión y aprobación de la versión final. Asumir la corresponsabilidad de todos los aspectos del manuscrito.

Luis Carlos Avellaneda Curchio: Concepción y diseño del tema. Redacción del manuscrito.

Recolección de los datos. Revisión y aprobación de la versión final.

Laura Catalina Álvarez Hernández: Recolección de los datos. Revisión y aprobación de la versión final.

Julio César Velasco Castro: Concepción y diseño del tema. Recolección de los datos. Revisión y aprobación de la versión final.

Rober Daniel Otero López: Concepción y diseño del tema. Recolección de los datos. Revisión y aprobación de la versión final.

REFERENCIAS

1. Montero Muñoz J, López Álvarez EM, Saavedra Obermann O, Gutiérrez Rodríguez J. Absceso de psoas bilateral y miopatía esteroidea [Bilateral psoas abscess and steroid myopathy]. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2021;56(3):186-187. doi: 10.1016/j.regg.2021.01.007.
2. Li CC, Li CZ, Wu ST, Cha TL, Tang SH. Spondylodiscitis with epidural and psoas muscle abscesses as complications after transrectal ultrasound-guided prostate biopsy: report of a rare case. Eur. J. Case Rep. Intern. Med. 2017;4(8). doi: 10.12890/2017_000694
3. Loor Reyes NF, Flores Lombeyda GA, Hernández Córdova LY, Herrera Sánchez DG. Absceso de psoas. RECIAMUC. 2021;5(2):57. doi: 10.26820/reciamuc/5.(2).abril.2021.57-63
4. Lock Vargas Y, Joo Fernández H, Díaz Villanueva P, Campana Román P, Valencia Avalo D. Absceso de psoas. Rev Cient Cienc Med. 2018; 21(1):113-117. doi: 10.51581/rccm.v21i1.110
5. Lucas Pérez-Romero J, Salazar-García P, Lucas Pérez-Romero M, Belmonte M. Absceso de psoas. Rev Clin Med Fam. 2011;4(1):76-78. doi: 10.4321/S1699-695X2011000100011
6. López VN, Ramos JM, Meseguer V, Arellano JLP, Serrano R, Ordóñez MAG, et al. Microbiology and outcome of iliopsoas abscess in 124 patients. Medicine. 2009;88(2): 120-130. doi: 10.1097/MD.0b013e31819d2748
7. Carvajal T, Mayorga I, Cascante B. Absceso del músculo psoas. Rev. méd. Costa Rica Centroam [Internet]. 2010 [citado 20 nov 2024]; 67(593):295-298. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2010/rmc102q.pdf>
8. Larcamón JE, Juanco G, Álvarez L, Pebe F. Absceso de psoas como complicación de varicela. Arch. argent. pediatr. [Internet] 2010 [citado 20 nov 2024]; 108(3):e86-e88. Disponible en: Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-0075201000300016&lng=es
9. Oliva MR, Moreno MJ, Peñas E. Septic sacroilitis and psoas abscess. Med Clin (Barc). 2017;148(3):148. doi: 10.1016/j.medcli.2016.04.017.
10. Yan X, Gaba M. A Huge Pain in the "Psoas". Clin Pediatr (Phila). 2020;59(12):1109-1111. doi: 10.1177/0009922820932291
11. Perez Bertagna J, Rompani E, Umpierrez MI, Pirez MC. Piomiositis en pediatría: características clínicas y microbiológicas de una serie de casos de un hospital terciario en Montevideo, Uruguay. Rev. Chilena. Infectol. 2025;42(5). doi: 10.4067/s0716-10182025000500171
12. Abbatì G, Abu Rumeileh S, Perrone A, Galli L, Resti M, Trapani S. Pelvic pyomyositis in childhood: clinical and radiological findings in a tertiary pediatric center. Children (Basel). 2022;9(5):685. doi: 10.3390/children9050685.
13. Idris I, Aburas M, Ibarra Martinez F, Osei-Kuffuor E, Adams K, Dizadare T, et al. Primary psoas abscess in a pediatric patient: a case report. Cureus. 2022;14(6):e26206. doi: 10.7759/cureus.26206.