

## OBSERVACIÓN CLÍNICA ORIGINAL

# Absceso de psoas iliaco: un desafío diagnóstico

Recibido: 11/18      Aceptado: 27/2/19

Silvia Inés Castro<sup>1</sup>, Diego Daniel Salusso<sup>1</sup>, Elena Adriana Falak<sup>1</sup>, José Antonio Valiente<sup>1</sup>, Mariana Erbin<sup>2</sup>, Liliana Guelfand<sup>2</sup>, Ernestina María José Gentile<sup>3</sup>, Héctor Miguel Pérez<sup>1</sup>.

## Resumen

El absceso de músculo psoas iliaco se considera una rareza. Su detección ha mejorado con la utilización de imágenes como la tomografía computada o la resonancia magnética.

Presentamos una revisión de casos de absceso de psoas-iliaco internados entre julio de 2015 y febrero de 2018 en un hospital de CABA, Argentina.

En este periodo se diagnosticaron un paciente considerado de origen primario y ocho de origen secundario. Se observó predominio de colecciones asociadas a espondilodiscitis. El síntoma más frecuente fue la fiebre. *Staphylococcus aureus* fue el germen más rescatado en muestras microbiológicas.

Se debe tener alto índice de sospecha de esta patología ante la presencia de fiebre, dolor lumbar y en ocasiones alteración de la marcha. El empleo de antibióticos de amplio espectro sumado a la evacuación de colecciones constituyen la estrategia más efectiva.

**Palabras clave:** absceso de psoas iliaco, espondilodiscitis, drenaje percutáneo, *Staphylococcus aureus*.

## Introducción

El músculo psoas iliaco es el mayor flexor de la cadera y comprende dos músculos, el psoas y el iliaco. Anatómi-

<sup>1</sup> Servicio de Infectología, HGA Dr. Juan A. Fernández, CABA, Argentina. <sup>2</sup> Laboratorio de Microbiología, HGA Dr. Juan A. Fernández, CABA, Argentina. <sup>3</sup> Servicio de Diagnóstico por Imágenes, HGA Dr. Juan A. Fernández, CABA, Argentina.

### Dirección para correspondencia:

Silvia I. Castro. Servicio de Infectología.  
HGA Dr. Juan A. Fernández. Cerviño 3356. 1425  
CABA. Argentina.  
Tel: (54-11) 4808-2600 int. 1040.  
E-mail: silinecastro@yahoo.com.ar

Todos los autores de este trabajo admiten no tener ningún conflicto de interés.

camente, el músculo psoas se inserta en los discos intervertebrales y apófisis transversas de las últimas vertebrales dorsales y de las vertebrales lumbares, atravesando un espacio entre el ligamento inguinal y la cintilla ileopectínea, saliendo de la pelvis e insertándose junto con el músculo iliaco en el trocánter menor.

Desde el punto de vista patogénico se describe al absceso primario cuando no se detecta un sitio adyacente de infección. Habitualmente es más frecuente en hombres jóvenes y existe en algunos casos antecedente de trauma en ese sitio.

El absceso psoas iliaco (AP) secundario se asocia a procesos de origen abdominal y en forma creciente a una fuente musculoesquelética. El microorganismo que se

**Tabla 1. Características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con absceso de psoas**

Paciente	Fecha de internación	Comorbilidades	Antecedentes relevantes	Cuadro clínico analizado
<b>Caso 1</b>	12/2013	* HCV +	Absceso de psoas izquierdo drenado en 2013. Artritis séptica cadera izquierda 11/13. †RTC izq.07/15.Toilette y retiro de material 12/15.	Absceso psoas izquierdo asociado a cadera infectada en 03/2016.
<b>Caso 2</b>	8/2016	‡ VIH +	Dolor lumbar crónico.	Espondilodiscitis L4-L5. Recuento de Cd4 (cél/mm <sup>3</sup> ) : 449(8%). Carga viral (copias/log): 1.529.541 log 6.18.
<b>Caso 3</b>	7/2016	Hipotiroidismo	Nefrectomía en 06/16 por pielonefritis xantogranulomatosa.	Colitis pseudomembranosa por clostridium difficile sumado a infección urinaria.
<b>Caso 4</b>	01/2017	Diabetes.	§ NAC en internación en 12/16.	Absceso psoas y espondilodiscitis L2-L3.
<b>Caso 5</b>	5/2017	¶ AR, asmática. NAC a repetición. Reemplazo de cadera derecha en 2006.	Espondilodiscitis L3-S1 asociado a absceso de psoas por SAMS en 2016.	Colección purulenta periprotésica derecha.
<b>Caso 6</b>	7/2017	Cáncer de endometrio. Metástasis retroperitoneales.	Internación 5/17; se detecta uronefrosis y bacteriemia por Escherichia coli a punto de partida urinario. Se coloca catéter doble J.	Espondilodiscitis L4-L5. Absceso psoas izquierdo. Se retira catéter doble J.
<b>Caso 7</b>	12/2017	Diabetes.	Dolor abdominal de 5 meses de evolución.	Cuadro abdominal agudo. La AP dio tumor de células claras renal.
<b>Caso 8</b>	01/2018	Diabetes.		Espondilodiscitis L5-S1.
<b>Caso 9</b>	02/2018	VIH + de reciente diagnóstico.	Internación 01/18 en otra institución por absceso de psoas.	Punción lumbar con PCR + para toxoplasmosis. Recuento de Cd4 : 14(5%). Carga viral: 348.515 log 5.54.

\* HCV: virus de la hepatitis C ; †RTC: reemplazo total de cadera ; ‡VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; § NAC: neumonía de la comunidad; ¶ AR: artritis reumatoidea; ¶ AP: anatomía patológica

**Tabla 2. Materiales de cultivo de pacientes**

Paciente	Hemocultivo	Urocultivo	Material AP	Colecciones
<b>Caso 1</b>	<i>S aureus</i> meticilino resistente	No realizado	No realizado	<i>S aureus</i> meticilino resistente en cadera y partes blandas
<b>Caso 2</b>	<i>S aureus</i> meticilino resistente	Negativo	No realizado	<i>S aureus</i> meticilino resistente en glúteos
<b>Caso 3</b>	Negativos	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	No realizado	Toxina + <i>Clostridium difficile</i>
<b>Caso 4</b>	Negativos	Negativo	Negativo	
<b>Caso 5</b>	Negativos	No realizado	No realizado	<i>S aureus</i> meticilino sensible en cadera y partes blandas
<b>Caso 6</b>	<i>Escherichia coli</i>	Negativo	No realizado	
<b>Caso 7</b>	Negativos	No realizado	No realizado	<i>Escherichia coli</i> en líquido abdominal
<b>Caso 8</b>	<i>S aureus</i> meticilino sensible	<i>S aureus</i> meticilino sensible	No realizado	<i>S aureus</i> meticilino sensible en colección paravertebral
<b>Caso 9</b>	Negativos	Negativo	Negativo	

aísla con mayor frecuencia en el AP primario y de origen osteoarticular es *Staphylococcus aureus*.

Describimos nueve pacientes internados con absceso de psoas asociados a diferentes patologías, cuyas historias clínicas comenzaron a ser recabadas en enero de 2017.

En la Tabla 1 se incluyen los datos relevantes de los pacientes mencionados y en la Tabla 2 los rescates microbiológicos correspondientes.

## Descripción de los casos

### Caso 1

Masculino de 57 años con internación de larga data. Presentó un primer episodio de infección de prótesis de cadera izquierda, procediéndose al retiro del material y *toilette*. Se documentó infección por *Pseudomonas aeruginosa*. Posteriormente desarrolló colección paravertebral lumbar, que se punza, aislándose de allí, y de hemocultivos *S. aureus* meticilino resistente. En imágenes se observó AP bilateral, colección en cadera izquierda y músculos paravertebrales. Se sometió a *toilette* de cadera, rescatándose mismo germen al igual que en hemocultivos de control. El ecocardiograma transtorácico fue ne-

gativo para vegetaciones. Actualmente recibe antibiótico (ATB) supresivo con ciprofloxacina y trimetoprima sulfametoxazol. Se tomó esta conducta debido a persistencia de infección en paciente limitado a silla de ruedas.

### Caso 2

Masculino de 33 años, VIH+. Presentó fiebre, empeoramiento de lumbalgia previa y dolor abdominal, sumándose paraparesia. En la resonancia se objetivó espondilodiscitis asociado a AP bilateral y epidural. Presentó aislamiento de *S. aureus* meticilino resistente en punción de ambos glúteos y bacteriemia persistente. Recibió inicialmente vancomicina asociada a trimetoprima sulfametoxazol de acuerdo a sensibilidad del rescate. Debido a falta de drenaje de colecciones se prolongó tratamiento ATB por ocho meses, con último esquema ciprofloxacina-minociclina oral por 210 días.

### Caso 3

Femenina de 75 años, sometida a nefrectomía izquierda por pielonefritis crónica. Un mes después se internó nuevamente por fiebre y diarrea de una semana de evolución. Se aisló toxina positiva para *Clostridium difficile* en materia fecal, sumándose infección urinaria por *P. aeruginosa*. Se documentó, en tomografía computada, líquido peri esplénico asociado a colección en músculo psoas izquierdo y engrosamiento de hemicolon izquierdo. Reci-

bió tratamiento ATB solamente, cumpliendo quince días de vancomicina vía oral sumado a metronidazol endovenoso por colitis severa y piperacilina tazobactam dirigido al bacilo gram negativo, resolviendo el cuadro.

#### Caso 4

Masculino de 57 años, diabético. Presentó fiebre y dificultad en la marcha progresiva de quince días de evolución. Se diagnosticó espondilodiscitis asociada a absceso epidural y AP bilateral. Sin desarrollo en hemocultivos y material de AP obtenido por drenaje percutáneo. Recibió seis semanas de vancomicina-ceftriaxona como tratamiento empírico de la espondilodiscitis. Durante su internación intercurrió con tromboembolismo pulmonar. Fue sometido en forma diferida a biopsia a cielo abierto vertebral. Se envió muestra para gérmenes comunes y prueba de Gene Xpert MTB/RIF para tuberculosis, ambos negativos, así como la serología para brucelosis. Sobre este último punto, se contó con fijación de complemento, aglutinación en tubo, CELISA negativas.

#### Caso 5

Femenina de 71 años, con antecedentes de reemplazo total de cadera derecha. Once años después consultó por fiebre, dolor y colección de la misma; se drenó y aisló *S. aureus* meticilino sensible. Las imágenes mostraron AP homolateral, sometiéndose inicialmente a *toilette* y luego al retiro de prótesis con colocación de espaciador. Inicialmente recibió cefazolina-ciprofloxacina dirigido al rescate. Cumplió quince semanas de ATB posterior a remoción de prótesis de cadera, siendo el último esquema levofloxacina-rifampicina. Esta conducta fue tomada por anatomía patológica de hueso sin evidencia de osteomielitis en la última cirugía y cumplimiento de por lo menos tres meses de ATB por ser una infección protésica de cadera.

#### Caso 6

Femenina de 55 años, con cáncer de endometrio y uropatía obstructiva izquierda. Manifiestó dolor lumbar y fiebre. Se detectó en hemocultivos *Escherichia coli* y en resonancia magnética espondilodiscitis asociada con AP y colección epidural. Inició ampicilina-sulbactam, completando 90 días de ATB totales, no siendo sometida a drenaje de colecciones.

#### Caso 7

Femenina de 67 años, con dolor abdominal y constipa-

ción de cinco meses, sumado a masa palpable. En tomografía se objetivó AP izquierdo y riñón con realce heterogéneo en polo inferior. Se realizó esplenectomía, colostomía y drenaje de colección purulenta posterior. Del líquido abdominal se aisla *E. coli*, recibiendo de acuerdo a sensibilidad piperacilina-tazobactam por catorce días. Se detectó en angioTAC imágenes compatibles con tromboembolismo pulmonar, requiriendo colocación de filtro en vena cava inferior. En controles ecográficos posteriores no se observaron colecciones abdominales. Se programa nefrectomía diferida por tumor renal.

#### Caso 8

Masculino de 55 años, con lumbalgia de cuatro semanas y fiebre. Se palpó colección paravertebral, que se punza y cultiva *S. aureus* meticilino-sensible; idéntico germen en hemocultivos. En imágenes espondilodiscitis sumada a AP derecho. Se drenó quirúrgicamente únicamente la colección paravertebral. Se le indicó inicialmente cefalotina-ciprofloxacina, de acuerdo al rescate. En la actualidad recibe ciprofloxacina-rifampicina por vía oral.

#### Caso 9

Femenina de 44 años, VIH+. Ingresó por cuadro neurológico asociado a masas cerebrales. Antecedente de AP reciente en otra institución; en resonancia magnética se visualizó colección en iliaco derecho, con necrosis y realce periférico sumado a fiebre. Sin rescate en hemocultivos y punción de AP. Recibió inicialmente piperacilina tazobactam-vancomicina, intercurriendo con una neumonía intrahospitalaria, por lo cual se rotó ATB a meropenem. Completó 30 días de ATB, remitiendo el cuadro febril. En imágenes de control el psoas se evidenció aumentado de espesor y con realce heterogéneo. Se realizó biopsia por laparotomía del mismo, diagnosticándose linfoma difuso de células grandes tipo B.

## Discusión

En la serie analizada, las manifestaciones más frecuentes fueron la fiebre (siete) y el dolor lumbar (cuatro) y/o abdominal (cinco).

Generalmente el AP suele manifestarse con dolor lumbar, fiebre y limitación de los movimientos. Así como molestias abdominales, cadera rotada y en flexión, dolor en la movilización pasiva de la cadera, náuseas, vómitos, pérdida de peso y apetito (1).

Hallamos en esta serie un AP de origen primario. Este es más frecuente en niños, siendo *S. aureus* el germen más aislado en esta población, tanto para AP primarios como asociados a osteomielitis (2).

En población HIV, esta patología se presenta en forma más frecuente como AP primario y los gérmenes más comunicados son *S.aureus* y *Micobacterium tuberculosis* (1).

Encontramos cinco casos con infección osteoarticular asociada: dos relacionados a prótesis de cadera y tres a espondilodiscitis; y tres casos con infección urinaria concomitante. En cuanto a su origen, los abscesos secundarios se vinculan con procesos digestivos como enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulitis, apendicitis, cáncer colorectal y pancreatitis. Otras causas pueden ser urológicas, como pionefrosis, pielonefritis o instrumentación de la vía urinaria. Entre las osteoarticulares mencionaremos la espondilodiscitis, sacroileitis, el mal de Pott y la artritis séptica de cadera, especialmente asociada a artroplastia (1, 3).

Causas menos frecuentes son la endocarditis, el aneurisma de aorta abdominal, la linfadenitis supurativa, el cateterismo de arteria femoral y la litotricia (4).

Hubo dos pacientes con infección protésica asociada, de origen hematógeno, ya que la cirugía de implante era alejada. Al respecto, mencionamos un estudio de 106 pacientes con infección de prótesis de cadera, que buscó la asociación concomitante con AP. Trece pacientes tenían absceso de psoas, siendo la infección protésica de origen hematógeno y la historia de neoplasia los factores más frecuentemente hallados (5).

Una patología que encontramos también fue la espondilodiscitis, predominantemente de localización lumbar. Esta enfermedad es poco frecuente, con una incidencia entre 2,2 y 5,8 por cada 100.000 habitantes/año. El rédito de los hemocultivos es de alrededor de 40-60% y se puede recurrir a la biopsia ósea por punción o a cielo abierto de la vértebra o disco comprometido, enviándolo a anatomía patológica y cultivo (6).

Tuvimos un rendimiento de los hemocultivos del 44% y de otras colecciones supuradas del 100%; siendo las punciones del AP negativas para cultivo en dos pacientes. Se plantea como hipótesis de los cultivos de AP sin desarrollo: en la paciente con linfoma, haber tenido un episodio de bacteriemia oculta no documentada microbiológicamente

e impactarse en un músculo con un daño celular previo; en el otro paciente con espondilodiscitis, haber recibido tratamiento ATB previo.

Para la literatura, el cultivo del absceso es el de mayor importancia diagnóstica, con un rédito del 90-100%, y del hemocultivo, entre 25-50%.

Encontramos rescate de *S. aureus* en cuatro pacientes, con patología osteoarticular de base y *E. coli* en dos pacientes con pielonefritis; en otros dos pacientes no hubo documentación bacteriológica.

En una serie comunicada en 1996 en Argentina, que incluyó catorce pacientes en trece años, los gérmenes más frecuentes fueron los cocos positivos y la patología de base más hallada fue la osteomielitis, similar a los hallazgos encontrados por nosotros (7).

En los AP primarios el germen más frecuente es el *S. aureus*, seguido entre otros por *Streptococcus viridans*, *Streptococcus agalactiae*, *E. coli*, *Fusobacterium nucleatum*, *P. aeruginosa*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus epidermidis* y *Salmonella spp.* En los AP secundarios se documentan principalmente *E. coli*, *S. aureus*, *Streptococcus viridans*, *Candida albicans*, *Klebsiella pneumoniae*; en menor frecuencia *Bacteroides spp* y *enterococo* (1, 8).

Hubo un cambio en la epidemiología del AP, con una descripción inicial décadas atrás de un origen tuberculoso predominante, siendo cada vez más frecuentes los casos por *S. aureus* de origen secundario (9, 10). En esta serie, en un paciente con espondilodiscitis y otro con AP de etiología incierta, se descartó un origen tuberculoso enviando material a cultivo y anatomía patológica.

En relación con esto, mencionamos un trabajo que incluyó 30 pacientes, intentando comparar características que pudieran ser distintivas entre abscesos de psoas (AP) piógenos y tuberculosos. Sus autores encontraron que los pacientes con AP piógenos tenían mayores cifras de leucocitosis y de eritrosedimentación y menores de hemoglobina que los de origen tuberculoso (11).

No hallamos evidencia de endocarditis por ecocardiograma, siendo éste imperativo ante el absceso por *S. aureus*, por la posibilidad de bacteriemia no documentada en forma previa (9).

En esta serie hubo un solo paciente con drenaje percutáneo de colección voluminosa de AP. El resto de los pacientes fueron sometidos a una conducta antibiótica exclusivamente, en algunos casos prolongada hasta la resolución de varias colecciones. La conducta más recomendada es el drenaje guiado por ecografía o tomografía combinado con antibióticos; considerando para colecciones pequeñas (menores de 3 cm), el esperar el drenaje si es buena la evolución. La conducta quirúrgica se implementaría para AP multiloculados, inadecuada evolución o necesidad quirúrgica de la patología asociada (11). La cirugía es más requerida frente a procesos abdominales complejos asociados con diverticulitis y enfermedad de Crohn (1).

Tuvimos un cuadro de colitis severa, documentándose únicamente *Clostridium difficile* en materia fecal. En un trabajo se reportó que la patología predominante fue la gastrointestinal, especialmente enfermedad inflamatoria intestinal. La conducta inicial fue el drenaje percutáneo (DPC) en la mayoría (48/61), pero en poco menos de la mitad, la resolución final fue la cirugía (12).

Otro trabajo analizó variables para una adecuada respuesta al drenaje percutáneo en colecciones abdominales, entre ellas AP. El hallazgo de levaduras y el absceso pancreático eran predictores de fallo y posterior cirugía abierta y cuando el absceso se presentaba en el postoperatorio de una cirugía abdominal, la respuesta al DPC era favorable (13).

Es importante enfatizar que el drenaje guiado por tomografía muestra limitaciones cuando las colecciones son pequeñas, multiloculadas o de difícil acceso y el empleo de la cirugía podría ser electiva inicialmente frente a patologías de origen abdominal complejas. En el caso de las espondilodicitis, algunos AP podrían resolver con ATB solamente, por lo cual se puede considerar en ciertos casos reservar el drenaje guiado por tomografía, cuando no hay desarrollo de los hemocultivos en las primeras 48 horas.

El tiempo de administración de ATB en este grupo fue variable entre 15 días y 8 meses y un paciente recibió tratamiento supresivo por mala condición general y persistencia de la osteomielitis con germen conocido. La duración del antibiótico no está claramente establecida, guiándose por la evolución clínica y de laboratorio y no extendiéndose más allá de las 2-3 semanas posteriores a la ausencia de fiebre o extracción de drenajes (11). Si hay una espondilodiscitis,

la duración mínima del antibiótico es entre 6-8 semanas, guiándose por el descenso de la PCR en sangre y las colecciones asociadas, repitiendo imágenes alrededor de las cuatro semanas. Antes de la suspensión del antibiótico se verifica PCR normal y ausencia de colecciones (6).

Los antibióticos deben ser iniciados rápidamente cuando se presenta un shock séptico.

Como diagnósticos diferenciales se deben considerar: diverticulitis, apendicitis, cialgia, cólico renal, pielonefritis, endometriosis, artritis séptica de cadera y aneurisma de aorta abdominal entre otras (1).

Había antecedente de AP previo en tres pacientes, en uno de los cuales se identificó el mismo *S. aureus* meticilino sensible. Al respecto, en una serie de 35 pacientes, la recidiva fue de más de un 20% y la diabetes mellitus la comorbilidad más frecuente (9).

Como complicaciones importantes en esta serie, se registró una neumonía intrahospitalaria y dos pacientes con tromboembolismo pulmonar, probablemente relacionados con la larga internación e inmovilización. No hubo decesos. En la literatura, la mortalidad comunicada es variable entre un 2,8% a un 20%, siendo el shock séptico, la trombosis venosa profunda y el tromboembolismo pulmonar las causas principales (3).

En relación con esto último, en una serie comunicada en 2013, con un total de 116 pacientes, se encontró al compromiso séptico inicial y al valor de creatinina como predictores independientes de mortalidad (14).

## Conclusión

La etiología del absceso de psoas varía en cada país y de acuerdo con el periodo de estudio. *S. aureus* de origen osteoarticular fue el germen predominante en esta pequeña serie de casos. El manejo fue multidisciplinario, incluyendo al cirujano, traumatólogo, infectólogo y en ocasiones al neurorujano en presencia de absceso epidural. Por otro lado, es difícil definir un tratamiento uniforme para todos los pacientes, por lo que se deben valorar las condiciones asociadas y resolverlo en forma individualizada.

## Referencias

1. Shields D, Robinson P, Crowley TP. Iliopsoas abscess - A review and update on the literature. *Int J Surg.* 2012; 10: 466-9.
2. Silva AM, Schmalbach LA. Absceso del psoas y osteomielitis de la columna lumbar. Caso clínico. *Arch Argent Pediatr.* 2016; 114 (5): e333-7.
3. Navarro Gil J, Regojo Zapata O, Elizalde Benito A y col. Absceso de Psoas: Revisión de la Bibliografía. *Arch Esp Urol.* 2006; 59(1): 73-7.
4. Miller ELC, Miller LFF, Carvalho JG et al. Psoas muscle abscess simulating acute appendicitis: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2016; 25: 139-42.
5. Dauchy F-A, Dupon M, Dutronc H et al. Association between psoas abscess and prosthetic hip infection: a case-control study. *Acta Orthopaedica.* 2009; 80(2): 198-200.
6. Soto A, Fica A, Dabauch J y col. Espondilodiscitis: experiencia clínica en un hospital general de Chile. *Rev Chilena Infectol.* 2016; 33 (3) : 322-30.
7. Salvatore A, Pavlovsky M, Maxit M y col. El absceso del musculo psoas iliaco. *Medicina (B. Aires).* 1996; 56(2): 126-32.
8. Corral M, Hernández MC, Godoy N et al. Absceso del psoas: un desafío para el internista. *Rev. Méd. Rosario.* 2010; 76: 29-33.
9. Fernández-Ruiz M, Estébanez-Muñoz M, López-Medrano F. Absceso del músculo iliopsoas: tratamiento y evolución en una serie de 35 pacientes. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2012; 30: 307-11.
10. Vicente-Ruiz M, Candel-Arenas M de la Fe, Ruiz-Marín M y col. Absceso de psoas como diagnóstico diferencial en la patología abdominal de Urgencias. *Cir Cir.* 2014; 82: 268-73.
11. García Montero P, Laguna del Estal P, López-Cano Gómez M, Castañeda Pastor A, Gil Navarro M. Abscesos piógenos y tuberculosos del músculo psoas. *Revista Clínica Española.* 2011; 11: 572-8.
12. Tabrizian P, Nguyen SQ, Greenstein A et al. Management and treatment of iliopsoas abscess. *Arch Surg.* 2009; 144(10): 946-9.
13. Cinat ME, Wilson SE, Din AM. Determinants for Successful Percutaneous Image-Guided Drainage of Intra-abdominal Abscess. *Arch Surg.* 2002; 137: 845-9.
14. Kim YJ, Yoon JH, Kim SI et al. Etiology and outcome of iliopsoas muscle abscess in Korea; changes over a decade. *Int J Surg.* 2013; 11: 1056-9.

## PSOAS-ILIAC ABSCESS: A DIAGNOSTIC CHALLENGE

### Summary

Psoas-iliac muscle abscess is considered a rarity, the use of images such as computed tomography or magnetic resonance imaging has improved its detection.

This study reviews cases of psoas-iliac abscess in hospitalized patients between July 2015 and February 2018 in a hospital in CABA, Argentina.

In one of the patients the origin was considered primary, while in the other eight it was secondary. There was a predominance of collections associated with spondylodiscitis. The most frequent symptom was fever. *Staphylococcus aureus* was the most frequent organism obtained in microbiological samples.

A high level of suspicion must be held in the presence of fever, lumbar pain and sometimes alteration of the gait. The use of broad spectrum antibiotics in addition to evacuation of collections is the most effective strategy.

**Keywords:** abscess psoasiliacus, spondylodiscitis, percutaneous drainage, *Staphylococcus aureus*.