

Absceso del psoas. Presentación de casos y revisión de la literatura

Psoas abscess. Case presentation and literature review

Yanileydys Hernández Muñiz^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-5553-3371>

Ailyn Mederos Castellanos¹ <https://orcid.org/0000-0002-0531-0476>

Lisset Urquiza Portilla² <https://orcid.org/0009-0003-5187-439X>

Ana Marta López Mantecón¹ <https://orcid.org/0000-0001-7952-0225>

Ana María Gutiérrez Guadarrama^{1,3} <https://orcid.org/0009-0008-4616-8358>

Frank Roberto Ramos Ventura³ <https://orcid.org/0009-0000-1167-9723>

*Autor para la correspondencia: yanileydyshernadezmuniz@gmail.com

¹Centro de Referencias para las Enfermedades Reumáticas. Hospital Docente Clínico Quirúrgico Diez de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

³ Hospital Docente Clínico Quirúrgico Diez de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

RESUMEN

El absceso del músculo psoas es una afección poco frecuente y de difícil diagnóstico, con una presentación clínica generalmente inespecífica, lo que conlleva a retraso en el diagnóstico. Durante los últimos años se ha determinado un aumento en el número de casos diagnosticados, lo cual se debe a la disponibilidad de técnicas imagenológicas avanzadas como la ecografía y la tomografía computarizada; asimismo, se han detectado modificaciones en cuanto a su etiología, variedad de presentación, modalidades diagnósticas y modificaciones en su manejo. Se realiza presentación de dos casos, mujer de 34 años con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, nefritis lúpica clase IV, diagnosticada de absceso de psoas; hombre de 21 años con antecedentes previos de salud, que realizaba ejercicios con

pesas y usaba esteroides anabólicos por vía IM. El absceso de psoas es una patología poco común cuyas características de presentación son normalmente inespecíficas. El TAC es el método estándar de diagnóstico y el drenaje percutáneo tiene buenos resultados y es la opción terapéutica menos agresiva para esta enfermedad.

Palabras clave: absceso del psoas; lupus eritematoso sistémico

ABSTRACTS

Psoas muscle abscess is a rare and difficult to diagnose condition, with a generally nonspecific clinical presentation, which leads to a delay in diagnosis. In recent years, an increase in the number of diagnosed cases has been determined, which is due to the availability of advanced imaging techniques such as ultrasound and computed tomography; likewise, changes have been detected regarding its etiology, variety of presentation, diagnostic modalities and modifications in its management. Two cases are presented: a 34-year-old woman diagnosed with systemic lupus erythematosus, class IV lupus nephritis, diagnosed with psoas abscess; a 21-year-old man with a previous health history, who performed weight training and used IM anabolic steroids. Psoas abscess is a rare pathology whose presentation characteristics are usually nonspecific. CT is the standard diagnostic method and percutaneous drainage has good results and is the least aggressive therapeutic option for this disease.

Keywords: psoas abscess; systemic lupus erythematosus

Recibido: 03/12/2024

Aprobado: 06/11/2025

Introducción

El absceso de psoas es una entidad clínica que se presenta con relativa infrecuencia. Descrito en 1881 por H. Mynter, quien lo denominó psoitis aguda, se considera un verdadero reto diagnóstico debido a la escasa especificidad de su clínica, que dificulta y demora el

diagnóstico, así como por su escasa incidencia, según la literatura científica, se reportan alrededor de doce casos anuales en países desarrollados.⁽¹⁾

Se clasifican patogénicamente en dos categorías, los primarios que se presentan con cierta frecuencia en poblaciones subdesarrolladas y por otro los secundarios, los cuales su incidencia ha aumentado.⁽¹⁾

Se describe clásicamente una triada constituida por fiebre, dolor lumbar y dolor a la flexión del muslo,^{(1),(2)} la forma de presentación suele ser anodina e insidiosa, lo que dificulta el diagnóstico y aumenta las probabilidades de presentar complicaciones, lo que eleva la morbimortalidad del proceso.

Se puede afirmar que su etiología ha variado desde aquella psoitis aguda inicial descrita por Herman Mynter secundaria al mal de Pott. Actualmente lo habitual es encontrarlo asociado a un estado inmunocomprometido como las inmunodeficiencias adquiridas (VIH), enfermedades crónicas debilitantes, en adictos a drogas por vía parenteral o a pacientes con otras infecciones de órganos en vecindad,^{(3),(4),(5)}

A continuación, se presentan dos casos atendidos en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Diez de Octubre.

Caso clínico 1

Paciente femenina, de 34 años de edad, con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, enfermedad renal crónica secundaria a nefritis lúpica, que acude al Centro de Referencia por dolor en la cadera izquierda de alrededor de ocho meses de evolución, que dificultaba la deambulación. La paciente refiere manifestaciones constitucionales, dadas por astenia, anorexia. Se decide ingresar para estudio.

Al examen físico de la piel se constata a nivel de la cara interna del muslo izquierdo aumento de la temperatura local, rubor, tumefacción, zona hiperpigmentada redondeada que la paciente refiere haber presentado tiempo atrás previo al cuadro absceso en esa región.

A la exploración física de la cadera izquierda se constata limitación dolorosa de todos los movimientos.

Se sospecha una artritis infecciosa de la cadera izquierda y se indica leucograma urgente, y estudios de imagen.

Se recibe leucograma de urgencia leucocitosis con desviación a la izquierda ($15.5 \times 10^9/l$, con 81 % de PMN, Hb 96 g/l).

En la radiografía simple de caderas se observó fractura a nivel del cuello femoral izquierdo, con cambios degenerativos severos a nivel de la cabeza y acetábulo.

En la ecografía de partes blandas se observó área hipoeoica de contornos irregulares a nivel de la región inguinal izquierda que llegaba a medir 44.9×47.1 mm de bordes bien definidos, que el ecografista no descarta que se trate de un área densa de colección purulenta con signos inflamatorios asociados a ese nivel. Se recomienda la realización de TAC. (Figura 1)

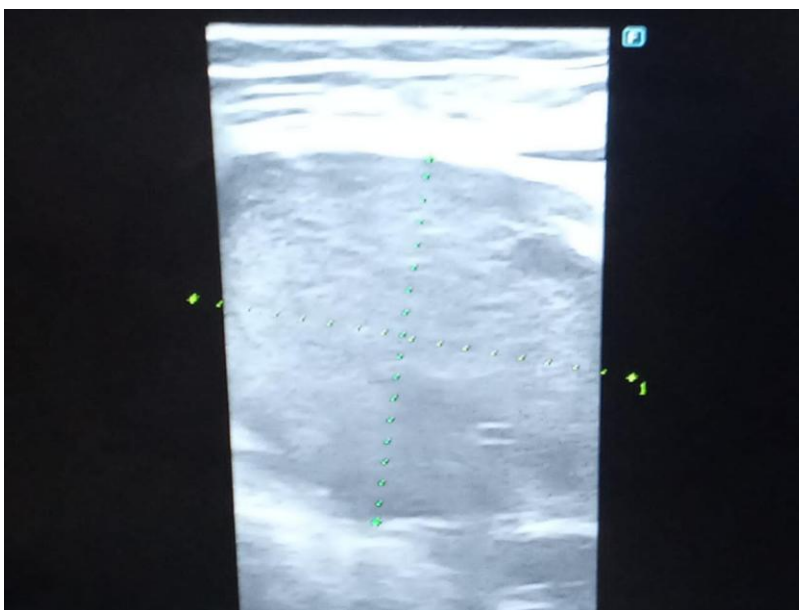


Fig. 1 Imagen ecográfica del absceso del caso clínico no. 1. Área hipoeoica de contornos irregulares a nivel de la región inguinal izquierda que llegaba a medir 44.9×47.1 mm de bordes bien definidos.

Se realiza TAC simple de abdomen y cadera, que confirma la presencia del absceso retroperitoneal en el compartimento del músculo psoas iliaco izquierdo a nivel de L2-L3 sin poder descartar la participación del uréter en su tercio medio. (Figura 2)

Se inicia tratamiento antimicrobiano con cotrimoxazol por vía endovenosa en dos subdosis, asociado a vancomicina, con reajuste de la dosis de ambos medicamentos, teniendo en cuenta el compromiso renal de la paciente.



Fig. 2 TAC del caso clínico no. 1. Se confirma la presencia del absceso retroperitoneal en el compartimento del músculo psoas iliaco izquierdo a nivel de L2-L3 sin poder descartar la participación del uréter en su tercio medio.

En los complementarios realizados en sala de hospitalización se observa eritrosedimentación centenaria (110 mm/h), Proteína C reactiva en 899 mg/dl, así como se recibe un anticuerpo positivo para virus C de hepatitis. Se recibe estudio microbiológico positivo a bacilos gramnegativos aerobios no fermentadores, sin especificación.



Fig.3 Sitio por donde comenzó a drenar de forma espontánea la paciente, caso clínico 1.

La paciente a las 48 horas de iniciar el tratamiento antimicrobiano de forma espontánea comenzó a drenar pus a nivel de la cicatriz que tenía en región de la cara interna del muslo. Se valora en conjunto con ortopedia y cirugía, decidiéndose traslado hacia otra institución de salud para drenaje por cirugía abierta. (Figura 3)

Caso clínico 2

Paciente masculino, 21 años, con antecedentes previos de salud, que practicaba levantamiento de pesas como rutina de ejercicios habitual, que empleaba esteroides anabólicos para ganancia de masa muscular, acude a servicios de urgencias refiriendo dolor abdominal de unos seis días de evolución, asociado a fiebre y anorexia.

Al examen físico se constató subictericia en mucosa ocular, dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, flanco derecho y fosa iliaca derecha.

Se ingresa en observaciones, realizándose estudios, donde se constató leucocitosis a predominio de PMN($13.1 \times 10^9/l$, 65 % de PMN), teniendo en cuenta el cuadro clínico se interpretó como abdomen agudo, y se le realiza ecografía de partes blandas, donde se informa colección líquida a nivel del psoas.

Se realiza TAC de urgencia, confirmándose el diagnóstico, procediéndose a realizar drenaje abierto del mismo, con posterior tratamiento antimicrobiano.

Al igual que el caso clínico anterior el paciente presentaba en complementarios anticuerpos para virus de hepatitis C positivo. No se realizó estudio microbiológico.

Discusión

El músculo psoas se trata de un músculo alargado con inicio en los discos intervertebrales y en las apófisis transversas de las últimas vértebras dorsales y de las vértebras lumbares, atraviesa la laguna situada entre el ligamento inguinal y la cintilla ileopectínea para salir de la pelvis y se inserta junto al músculo iliaco en forma de un fuerte tendón en el trocánter menor del fémur.⁽⁶⁾

Bajo la inervación del plexo lumbar realiza funciones de flexión y anteversión del muslo y de lateralización de la columna. Localizado en el espacio retroperitoneal posterior a la fascia transversales en situación paravertebral, el músculo psoas guarda íntima relación con multitud de estructuras que se deben tener en mente a la hora de aclarar el origen de un absceso de psoas.

Los riñones y vías urinarias, colon, páncreas, las articulaciones coxofemorales y la misma columna vertebral pueden ser un posible foco que lo origine, el primer absceso que Mynter

describió hace más de cien años fue secundario al mal de Pott, nombre por el que se conoce a la tuberculosis vertebral, antiguamente la causa más frecuente de absceso en el músculo psoas.^{(7),(8)}

Aspectos epidemiológicos

La clasificación actual del absceso del psoas es la propuesta por Gordin: el primario es una entidad relativamente frecuente en países tropicales y poco desarrollados indistintamente en el lado derecho o izquierdo, excepcionalmente bilaterales.

Suele afectar a niños varones y jóvenes. En cuanto al secundario, según la literatura médica, no supera los 12 casos anuales, afectando ligeramente más a hombres con edad comprendida entre la cuarta-quinta década de la vida y con enfermedades debilitantes o inmunodepresión.

Los abscesos primarios, en los que no se encuentra un foco, suelen ser debidos sobre todo a *Streptococo aureus* y con menor frecuencia *Streptococo mitis*, *Escherichia coli* o *Proteus*, a diferencia de los abscesos secundarios, en los frecuentemente pueden ser polimicrobianos en más de la mitad de los casos, y suele aislarse gérmenes gramnegativos y anaerobios secundarios, generalmente a enfermedades del tubo digestivo.^{(5),(6)}

Antiguamente los secundarios más frecuentes eran provocados por *M. tuberculosis* y en las últimas décadas han aumentado por el incremento de la población VIH positivo.

Los abscesos primarios suelen afectar, en países desarrollados, a poblaciones previamente inmunocomprometidas, alcohólicos, diabéticos, edad avanzada, bajo estatus socioeconómico, adictos a drogas por vía parenteral o traumatismos previos.⁽⁷⁾

Sin embargo, podría considerarse como una enfermedad endémica en climas tropicales (Horn y Master aportan 800 casos de los cuales más de 150 se atendieron en un año en un solo hospital). El hecho de que se localicen con frecuencia distintos focos musculares simultáneos podría justificarse con la diseminación hematógena, aunque también se ha intentado explicar con otras teorías, como la sobreinfección de hematomas o secundarias a linfangitis supuradas.^{(9),(10)}

Por otra parte, los secundarios proceden de las infecciones de órganos y estructuras vecinas, tanto del retroperitoneo, del espacio retrofascial, como de órganos intraperitoneales. En un 60 % son afecciones bilaterales.

Estadísticamente los focos más frecuentes son digestivos, por enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulitis, apendicitis, absceso pancreático). En segundo lugar, le siguen las enfermedades urológicas (pionefrosis, pielonefritis).

Ya con menor frecuencia le suceden las afecciones osteoarticulares (espondilodiscitis, mal de Pott, clásicamente la más común). Además, también existe la sintomatología secundaria a compresión local del absceso, y manifestarse como uropatía obstructiva si compromete un uréter.

Cuando el momento del diagnóstico se retrasa lo suficiente o el tratamiento resulta ineficaz, teniendo en cuenta la morbilidad previa del paciente, es posible el que desencadene un shock séptico.

Aunque la sepsis se considera la principal causa muerte, la trombosis venosa profunda y el tromboembolismo pulmonar desencadenan el 5,6 % de fallecimientos ^{(10),(11),(12)}

Factores asociados

Existe una serie de factores predisponentes asociados con la aparición de la entidad.

- Trauma previo: caídas de altura.
- Focos sépticos distantes: diseminación hematógena.
- Iatrogenia: acupuntura.
- Senectud.
- Anemia.
- Usuarios de drogas por vía parenteral.
- Inmunodeficiencia asociada: diabetes mellitus, neoplasia colónica, neoplasia renal, enfermedad renal crónica, hepatopatía crónica, desnutrición, alcoholismo, parasitismo, artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico, corticoterapia.

La diabetes suele presentarse como factor predisponente hasta en un 64 % de los casos, seguida por neoplasias colónicas y renales, patologías crónicas debilitantes como

enfermedad renal crónica y hepatopatías. Asimismo, la enfermedad de Crohn y la artritis de cadera y/o sacroiliítis se asocian con estos cuadros y comparten una misma vía común: la inmunosupresión.^{(11),(12)}

El trauma previo, especialmente las caídas de altura, hace sospechar la presencia de un hematoma infectado dentro de la vaina del iliopsoas.^{(13),(14)} La presencia de estos factores oscila en 35-57,8 % de los casos evaluados.⁽⁹⁾

Igualmente hay reportes de casos exóticos secundarios a anestesia obstétrica epidural que llevan a osteomielitis, discitis y abscesos del psoas,⁽¹¹⁾ así como aquellos que aparecen tras realizar cistostomías por retención urinaria aguda.⁽¹²⁾

Manifestaciones clínicas

Generalmente la presentación clínica es de tipo inespecífico, ya que no hay contacto directo con el peritoneo por parte del área inflamada y el curso de la misma suele ser prolongado con síntomas más frecuentes como dolor abdominal o lumbar (cuya presentación varía entre el 76-91 %) y dolor limitante a la flexo-extensión de la cadera homo-lateral o "signo del psoas" (en 15-69 %), en donde se halla flexión indolora del muslo sobre la cadera y desencadenamiento de dolor al extender el miembro inferior.^{(13),(14),(15)}

Asimismo, la presencia de la tríada clásica: fiebre, dolor abdominal-lumbar y limitación al movimiento de la cadera, secundario al espasmo del psoas aparece en 35-87 % de los casos.^{(11),(14)} Individualmente la fiebre se puede identificar, sola o asociada a otros signos, en 90-100 % de los casos.^{(3),(11)}

La presentación subaguda o crónica, en la cual hay más de siete días de persistencia de los síntomas, puede identificarse en 83 % de los pacientes. En series se ha constatado una evolución de los síntomas incluso superior a los 30 días hasta en el 64 % de los casos; se considera una demora diagnóstica en promedio de seis semanas.^{(11),(13)}

Presentaciones atípicas como neuropraxia del nervio femoral, o irritabilidad de la próstata asociado con dolor de cadera, debería alertar al clínico para considerar la entidad.⁽¹²⁾

El LES supone una situación de inmunodepresión, tanto por la enfermedad en sí como por la medicación empleada en su tratamiento. Esta circunstancia convierte a los pacientes con LES

en grupo de riesgo para el desarrollo de absceso del psoas en particular, y de infecciones en general, a veces por gérmenes atípicos.^{(3),(7),(9)}

Una vez establecido el diagnóstico de absceso del psoas, resulta difícil valorar la respuesta al tratamiento, ya que pueden producirse brotes de actividad lúpica que, bien se solapan con el proceso infeccioso, bien remedan las manifestaciones propias de éste.^{(7),(9),(11)}

Diagnóstico

En relación al diagnóstico, se debe de tener en cuenta que ha supuesto un reto para el clínico por lo poco específico de sus manifestaciones clínicas y por la infrecuencia con la que se presenta.

Las pruebas de laboratorio suelen evidenciar leucocitosis con neutrofilia y elevación de la velocidad de sedimentación, lo cual no aporta gran información por ser común en cualquier proceso infeccioso.

En las técnicas de imagen, la radiografía simple de abdomen, puede observarse borramiento de la línea del psoas en ocasiones, escoliosis antiálgica aumento del tamaño del músculo que provoque signos indirectos de ocupación de espacio.

La ecografía aporta gran información, aunque no es capaz de identificar abscesos pequeños o en fase flemonosa. Se calcula la especificidad de la ecografía entorno al 50 % frente al 100 % del TAC.

La tomografía es la mejor prueba para el diagnóstico de esta entidad, fundamental para el diagnóstico y para el planteamiento terapéutico. Esencial también para el seguimiento del paciente y comprobar la resolución del cuadro.^{(14),(15)}

La evaluación microbiológica identifica los siguientes organismos, como los más frecuentemente aislados según diversas series:

- Staphylococcus aureus (18 %-90 %)
- Escherichia coli (9 %-21 %)
- Proteus mirabillis
- Mycobacterium tuberculosis (36 %)
- Streptococcus grupo B (9 %)

- Bacteroides fragilis
- Pseudomonas aeruginosa
- Prevotella sp.
- Streptococcus mitis
- Brucella sp.
- Salmonella enteritis (9 %)
- Flora polimicrobiana (18 a 29,4 % de los cultivos, no se relacionan con ningún factor predisponente o proceso concomitante).^{(16),(17),(18)}

Tratamiento

Una vez diagnosticado el proceso, el planteamiento terapéutico es sencillo. Por un lado, se debe instaurar tratamiento antibiótico intravenoso y por otro drenar el contenido del absceso. Antiguamente la vía de acceso era por cirugía abierta, si bien el desarrollo y la mejoría en las técnicas de imagen permiten drenar percutáneamente ya sea guiado ecográficamente o por TAC. Cuando el pus se encuentra espeso,^{(19),(20)} el tubo de drenaje ha de ser de mayor calibre. En ocasiones el fracaso de la evacuación percutánea obliga a replantear el tratamiento y recurrir a la cirugía abierta, habitualmente extraperitoneal, aunque por la agresividad de la técnica se debe evitar en la medida de lo posible.

En caso de tabicaciones en el absceso se pueden colocar varios catéteres. El tubo de drenaje debe mantenerse hasta que la cavidad quede obliterada y cese la producción de pus.

En el caso de los abscesos secundarios es necesario tratar la enfermedad de base. Mientras no se conozca el diagnóstico etiológico el antibiótico ha de ser de amplio espectro durante 3-4 semanas;^{(3),(7)} de tal manera, que si se trata de un absceso primario se utiliza cloxacilina, mientras que en el caso de los secundarios se recomienda el uso de imipenem o metronidazol y gentamicina (si se sospecha de foco digestivo); cefalosporina de tercera generación (en focos urinarios) o cloxacilina (para patología osteoarticular).^{(1),(7)}

Una vez se obtenga el resultado del cultivo se actúa según el antibiograma y respuesta clínica del paciente.

Conclusiones

En ambos casos clínicos presentados, los pacientes presentaban factores de riesgo para la aparición de la entidad (enfermedad autoinmune sistémica, uso de esteroides), así como la presencia de infección por virus de hepatitis C.

El absceso del psoas, aunque es una entidad poco frecuente en la práctica clínica, en la institución se han presentado dos casos, con manifestaciones atípicas, lo cual pudiese estar en relación con los factores de riesgo de dichos pacientes. Mientras la fiebre es uno de los elementos que se describe en la triada clínica puede estar ausente en un considerable número de pacientes con factores de riesgo inmunológicos.

Referencias bibliográficas

1. García Vázquez E, Gutiérrez Guisado J, Díaz Curiel M. Abscesos del psoas: presentación de ocho casos y revisión de la literatura. Rev Clin Esp 1995; 195: 289-93.
2. Navarro V, Meseguer V, Fernández A, Medrano F, Sáez JA, Puras A. Absceso del músculo psoas: descripción de una serie de 19 pacientes. Enferm Infecc Microbiol Clin 1998; 16: 118-22.
3. Ochoa Urdangarín O, Sardiñas Betancourt R, Chávez Olivera R, Pila Pérez R, Lezpona Martín H, Avelló Sánchez JL. Absceso bilateral de psoas y lupus eritematoso sistémico. Arch Esp Urol 1990; 43: 298-9.
4. Walsh TR, Reilly JR, Hanley E, Webster M, Peitzman A, Steed DL. Changing etiology of iliopsoas abscess. Am J Surg 1992; 163: 413-6.
5. Blanco JR, Múgica M, Salcedo J, Zabalza M, Suárez Bustillo B, Echevarría JL. Absceso de psoas, una rara y olvidada entidad. Aportación de 6 casos. An Med Interna (Madrid) 1998; 15: 95-6.
6. Ampudia Blasco FJ, Fernández J, Ferrer MD, Pallardo Y, Tenes S, Carmena R. Absceso de psoas secundario a espondilodiscitis lumbar por gram negativos. An Med Interna 1998; 15: 436-8.
7. Iliopoulos AG, Tsokos GC. Immunopathogenesis and spectrum of infections in systemic lupus erythematosus. Semin Arthritis Rheum 1996; 25: 318-36.

8. Nedunchezian D, Cook MA, Rakic M. Systemic lupus erythematosus presenting as a non-O:1 vibrio cholerae abscess. *Arthritis Rheum* 1994; 37: 1553-4.
9. Shamiss A, Thaler M, Nussinovitch N, Zissin R, Rosenthal T. Multiple salmonella enteritidis leg abscesses in a patient with systemic lupus erythematosus. *Postgrad Med J* 1990; 66: 486-8.
10. Gil J, Arrieta F, Tutor E, Ceballos A, Hergueta L. Fiebre de origen desconocido y absceso de psoas. *An Med Interna (Madrid)* 1997; 14: 265-6.
11. Focal myositis mimicking acute psoas abscess. An unusual presentation of systemic lupus erythematosus. *BMJ* 1997; 314: 805-8.
12. 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>.
13. 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.
14. 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>.
15. 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>.
16. 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-abscessan-unusual-cause-of-groin-pain.pdf>.
17. 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&accname=guest&checksum=2426A891B0A22779E4F8868AD30F3C17>.

18. 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>.

19. 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>.

20. García Hernández F. J., Sánchez Román J., Ocaña Medina C. Mateos Romero L. y col. Absceso del musculo iliopsoas y lupus eriematoso sistémico. An. Med. Interna (Madrid) [Internet]. 2003 Abr [citado 2024 Nov 21]; 20(4): 42-44. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992003000400009&lng=es.

Conflicto de interés

Los autores de la presente investigación, no tienen conflicto de interés.

Contribuciones de los autores

Yanileydys Hernández Muñiz: participó en la concepción de la investigación, búsqueda, revisión y análisis de la información, redacción del borrador del manuscrito y revisión final del manuscrito.

Ailyn Mederos Castellanos: participó en la concepción de la investigación, búsqueda, revisión y análisis de la información, redacción del borrador del manuscrito y revisión final del manuscrito.

Lisset Urquiza Portilla: participó en la concepción de la investigación, búsqueda, revisión y análisis de la información, redacción del borrador del manuscrito y revisión final del manuscrito.

Ana Marta López Mantecón: participó en la concepción de la investigación, búsqueda,

revisión y análisis de la información, redacción del borrador del manuscrito y revisión final del manuscrito.

Ana María Gutiérrez Guadarrama: participó en la concepción de la investigación, búsqueda, revisión y análisis de la información, redacción del borrador del manuscrito y revisión final del manuscrito.

Frank Roberto Ramos Ventura: participó en la concepción de la investigación, búsqueda, revisión y análisis de la información, redacción del borrador del manuscrito y revisión final del manuscrito.