

Absceso de psoas secundario a enfermedad de Pott

Psoas abscess secondary to Pott's disease

Micaela R. Stieg , Vaneza A. Aldas Mera , Carolina L. Pacheco , Andrés D. Bertino Moure , Pablo A. Ghiglione 

Hospital Interzonal de
Agudos Pedro Fiorito,
Avellaneda, Buenos
Aires, Argentina.

Los autores declaran no
tener conflictos
de interés.
Conflicts of interest
None declared.

Correspondencia
Correspondence:
Micaela R. Stieg
E-mail:
micaelastieg@hotmail.com

RESUMEN

La tuberculosis es la principal causa de muerte por agente infeccioso. La forma osteoarticular representa hasta el 20% de los casos extrapulmonares, y la espondilodiscitis tuberculosa es la forma más frecuente. Se presenta un varón de 31 años, con antecedente de contacto estrecho con un familiar con tuberculosis. Consulta por lumbalgia, fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso de 5 meses de evolución. Se realizó una tomografía computarizada en la que se evidenció un absceso de psoas derecho y lesiones líticas en L5-S1. Se realizó el drenaje percutáneo guiado por tomografía, y se encontró *Mycobacterium tuberculosis* en el cultivo. Durante el tratamiento antifímico presentó meningitis tuberculosa, con evolución clínica favorable. La tuberculosis vertebral debe considerarse en pacientes jóvenes con lumbalgia crónica y síntomas constitucionales, especialmente con antecedentes de exposición. El diagnóstico temprano mediante estudios imagenológicos y confirmación microbiológica permite instaurar un tratamiento eficaz e interdisciplinario.

■ **Palabras clave:** tuberculosis osteoarticular, enfermedad de Pott, absceso de psoas.

ABSTRACT

Tuberculosis is the primary cause of death due to infections. Osteoarticular involvement represents up to 20% of extrapulmonary tuberculosis cases, and tuberculous spondylodiscitis is the most common type. We present the case of a 31-year-old male patient with a history of close contact with a relative with tuberculosis who sought medical care due to low back pain, fever, night sweats and loss of weight that had started 5 months before. A computed tomography scan revealed a right psoas abscess and lytic lesions in L5-S1. The abscess was percutaneously drained under CT guidance, and the culture was positive for *Mycobacterium tuberculosis*. During antituberculosis treatment, the patient evolved with tuberculous meningitis with a favorable clinical outcome. Spinal tuberculosis should be considered in young patients with chronic low back pain and systemic symptoms, especially those with a history of exposure. Early diagnosis through imaging tests and microbiological confirmation enables the initiation of effective, multidisciplinary treatment.

■ **Keywords:** osteoarticular tuberculosis, Pott's disease, psoas abscess.

Recibido | Received

15-12-25

Aceptado | Accepted

01-04-26

ID ORCID: Micaela R. Stieg, 0009-0006-6980-3399; Vaneza A. Aldas Mera, 0009-0002-3240-0722; Carolina L. Pacheco, 0009-0005-7507-2038; Andrés Bertino Moure: 0009-0003-0416-1872; Pablo A. Ghiglione, 0000-0002-2813-0179.

La tuberculosis, a pesar de los avances en su prevención, manejo y tratamiento, persiste como la causa más frecuente de muerte por agente infeccioso con más de 10,4 millones de nuevos casos y 1,8 millones de muertes anuales. Aunque afecta principalmente al sistema respiratorio, tiene la capacidad de comprometer cualquier tejido¹.

La localización más frecuente es la pulmonar (80,7%), seguida por la forma extrapulmonar (17,7%). Dentro de esta última, la tuberculosis osteoarticular representa entre el 9 y el 20% de los casos, y en este grupo se incluye la espondilodiscitis tuberculosa o mal de Pott, que constituye el 50% de los casos. Cuando la infección progresa, puede extenderse a tejidos vecinos, generar abscesos paravertebrales e incluso puede causar compresión medular en estadios avanzados².

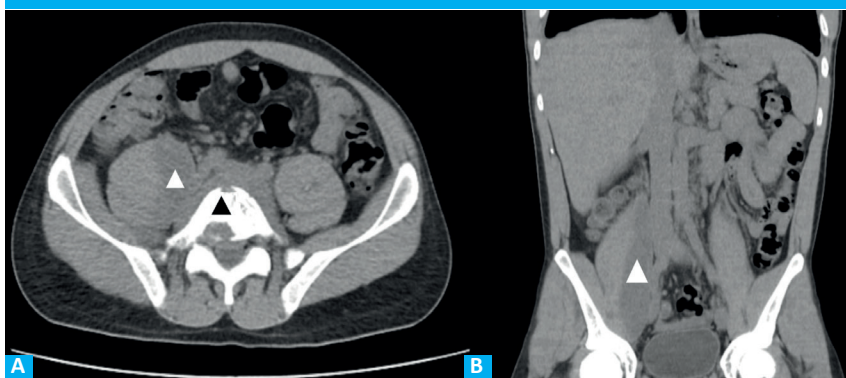
La espondilodiscitis tuberculosa, descrita por Sir Percivall Pott en 1779, es la forma más común de tuberculosis en el aparato locomotor. La diseminación ocurre por vía hematogena, a través de vasos arteriales,

lo que explica que la lesión inicial se localice en la región metafisoepifisaria de las vértebras².

El absceso de psoas es una entidad poco frecuente. Debido a su sintomatología inespecífica, su diagnóstico suele ser tardío. Los abscesos de psoas pueden clasificarse en primarios y secundarios. Los primarios resultan de la colonización hemática o linfática desde un foco a distancia; los secundarios, en cambio, se originan por la extensión de infecciones en tejidos vecinos. En los abscesos secundarios, más de la mitad de los casos son de origen polimicrobiano. Aunque históricamente se asociaban a tuberculosis, en los últimos años se ha observado un resurgimiento de los abscesos de etiología tuberculosa, en parte relacionado con el aumento de la población con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)³.

Se presenta el caso de un varón de 31 años, con antecedentes de tabaquismo, consumo de sustancias psicoactivas y contacto estrecho con un familiar con tuberculosis, que consultó por un cuadro clínico de

■ FIGURA 1



TC de abdomen: colección en psoas derecho de aproximadamente 135 x 40 mm asociado a lesiones líticas en cuerpos vertebrales.

5 meses de evolución de dolor lumbar, fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso.

Los análisis de laboratorio de ingreso no presentaron alteraciones relevantes.

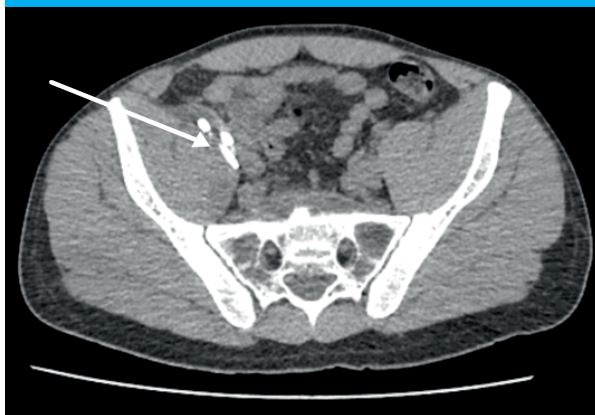
Una tomografía computarizada abdominopélvica permitió evidenciar adenomegalias retroperitoneales aisladas, banda líquida libre en cavidad abdominal, colección en psoas derecho de aproximadamente 135 x 40 mm, y lesiones líticas en los cuerpos vertebrales de L5 y S1 con colecciones y bandas líquidas perivertebrales (Fig. 1).

La impresión diagnóstica fue de espondilodiscitis y absceso del psoas, sin poder descartar etiología tuberculosa.

La tomografía computarizada de tórax mostró ganglios de rango no adenomegálico, así como múltiples imágenes nodulilares centroacinares en ambos campos pulmonares, de escasos milímetros, bandas parenquimatosas bilaterales y escaso líquido cisural en ambos hemitórax.

Se realizó drenaje percutáneo guiado por tomografía del absceso en psoas derecho mediante catéter multipropósito de 10 Fr, con salida inicial de 40 mL de material purulento. Se tomó muestra para cultivo, el cual confirmó posteriormente infección por *Mycobacterium tuberculosis* (Fig. 2).

■ FIGURA 2



TC de abdomen corte axial: Drenaje percutáneo de colección en psoas derecho

El paciente inició tratamiento con esquema antifímico HRZE (isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol) desde el primer día posoperatorio de forma empírica, debido a la alta sospecha de tuberculosis por hallazgos imagenológicos. Se le realizaron serologías, las cuales fueron negativas.

Durante los primeros 4 días posteriores a la cirugía, el paciente presentó un débito promedio de 100 mL/día de material purulento a través del drenaje. Tras 3 días sin débito, se retiró el catéter percutáneo.

El paciente posteriormente presentó mala tolerancia al esquema antifímico, por lo que el Servicio de Infectología decidió continuar con un esquema espaciado. Luego presentó cefalea, vómitos y alteración del sensorio. Fue evaluado por especialistas de clínica médica, quienes indicaron una tomografía computarizada de cerebro, sin hallazgos patológicos, hemocultivos que fueron negativos y una punción lumbar que mostró hallazgos compatibles con meningitis tuberculosa. Cultivos positivos para *Mycobacterium tuberculosis complex* y hemocultivos.

El paciente continuó con tratamiento antifímico y luego evolucionó favorablemente. No presentó déficit neurológico y mantuvo una buena evolución clínica y analítica. Se decidió el alta con control ambulatorio por los Servicios de Neurocirugía, Cirugía General, Infectología y Clínica Médica.

Se le indicó un tratamiento antifímico por 12 meses (hasta abril de 2026). El último control clínico documentado se realizó en julio de 2025, a los 4 meses de inicio de tratamiento, y se evidenció una evolución clínica favorable. No concurrió al control programado en octubre de 2025, por lo que no se dispone de seguimiento posterior documentado.

La importancia de este informe radica en exponer una forma infrecuente de tuberculosis extrapulmonar, actualmente en aumento, con el objetivo de que sea considerada en la práctica médica como diagnóstico diferencial, permitiendo su detección, manejo y tratamiento oportuno.

El cuadro clínico presentado es compatible con la forma clásica de enfermedad de Pott, caracterizada por dolor lumbar crónico, fiebre, sudoración nocturna,

pérdida de peso asociada a hallazgos imagenológicos compatibles con espondilodiscitis y absceso de psoas.

Presentaciones similares han sido descriptas en la literatura. Guedes Saint Clair y cols.⁴ informaron el caso de una mujer de 23 años con una masa en región lumbar izquierda asociada a dolor crónico y síntomas respiratorios de 3 meses de evolución. Asimismo, Dharmshaktu y cols.⁵ describieron el caso de un paciente de 36 años que consultó por dolor lumbar y cifosis dorsolumbar con hallazgos imagenológicos de destrucción vertebral y colecciones de psoas bilateral, y el de un hombre de 27 años con dolor lumbar, fiebre y pérdida de peso con imágenes que evidencian destrucción de vértebras T12-L1 asociado a colección paravertebral, epidural y absceso de psoas bilateral.

Las presentaciones clínicas comunes consisten en dolor lumbar crónico (91%), fiebre (75%) y pérdida

de peso. El método de referencia para diagnóstico imagenológico es la resonancia magnética, mientras que la confirmación diagnóstica requiere estudio microbiológico o histológico; por su parte, la tomografía es útil para guiar biopsias o drenajes percutáneos⁴. Existen presentaciones atípicas que pueden dificultar el diagnóstico, tales como abscesos aislados sin destrucción ósea, compromiso del arco posterior, lesiones multifocales o afectación meníngea sin colapso vertebral evidente⁶.

En pacientes con lumbalgia crónica asociada a síntomas constitucionales, especialmente con antecedentes epidemiológicos compatibles, debe considerarse la tuberculosis vertebral dentro de los diagnósticos diferenciales. El diagnóstico temprano y el abordaje interdisciplinario resultan fundamentales para prevenir complicaciones neurológicas y optimizar la evolución clínica.

■ ENGLISH VERSION

Despite the advances in the prevention, management, and treatment, tuberculosis remains leading cause of death from infections, with more than 10.4 million new cases and 1.8 million deaths per year. Although tuberculosis primarily affects the respiratory system, it can compromise any tissue¹.

The lungs are the most common site of involvement (80.7%), followed by the extrapulmonary location (17.7%). Osteoarticular involvement accounts for 9 to 20% of extrapulmonary tuberculosis cases, and this group includes tuberculous spondylitis, also known as Pott's disease, which accounts for 50% of cases. As the infection progresses, it can spread to the surrounding tissues, leading to paravertebral abscesses and even spinal cord compression in advanced stages².

Tuberculous spondylodiscitis, first described by Sir Percivall Pott in 1779, is the most common type of tuberculosis affecting the musculoskeletal system. Spinal involvement usually results from hematogenous spread via the arterial route, which explains the initial location in the metaphyseal region of the vertebral body².

Psoas abscess is a rare condition with nonspecific symptoms; therefore, the diagnosis is usually made late. Psoas abscesses are classified in primary and secondary. Primary abscesses result from hematogenous or lymphatic spread from a distant focus, and secondary abscesses from the expansion of adjacent tissue infections. More than 50% of secondary abscesses are polymicrobial. Despite psoas abscesses being historical associated with tuberculosis, this etiology has resurged in recent years, partly due to the increase in the population infected with human immunodeficiency virus (HIV)³.

We present the case of a 31-year-old male patient with a history of smoking habits, substance abuse, and close contact with a family member with

tuberculosis, who presented with low back pain, fever, night sweats, and weight loss that had started 5 months ago.

On admission, the laboratory tests were normal.

A computed tomography (CT) scan of the abdomen and pelvis revealed enlarged, isolated retroperitoneal lymph nodes, free peritoneal fluid, and a collection in the right psoas muscle measuring approximately 135 x 40 mm. Osteolytic lesions were also present in the vertebral bodies of L5 and S1, accompanied by perivertebral bands and fluid collections (Fig. 1).

A diagnosis of spondylodiscitis and psoas abscess was made without ruling out tuberculosis as etiology.

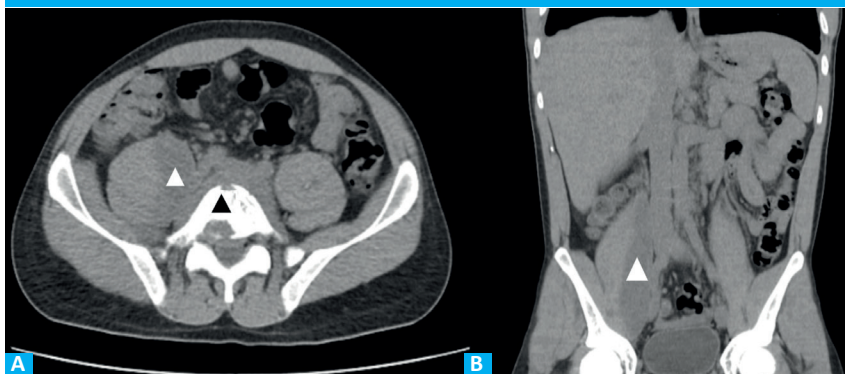
A CT scan of the chest revealed non-enlarged lymph nodes, multiple small centriacinar nodules in both lung fields measuring a few millimeters, bilateral parenchymal bands, and a small amount of fissural fluid collection in both hemithoraces.

The abscess in the right psoas was percutaneously drained under CT guidance using a 10 Fr multipurpose catheter, and 40 mL of purulent material were initially drained. The samples obtained were sent to the laboratory for culture which confirmed *Mycobacterium tuberculosis* infection (Fig. 2).

The patient initiated empiric treatment with the HRZE antituberculosis regimen (isoniazid, rifampin, pyrazinamide, and ethambutol) on the first postoperative day, due to a strong suspicion of tuberculosis based on imaging findings. The serology tests were negative.

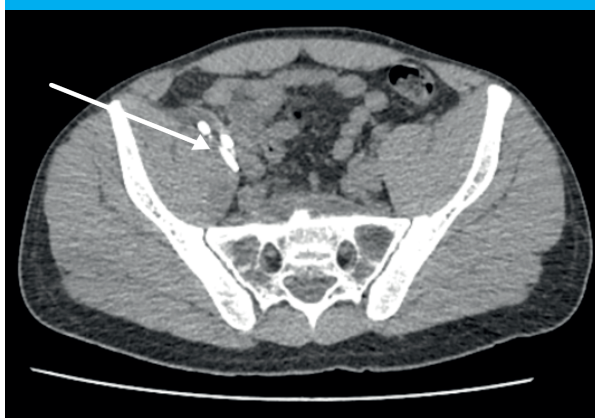
During the first 4 days following surgery, the average drainage output was 100 mL/day of purulent material. After 3 days without fluid draining, the percutaneous catheter was removed.

■ FIGURE 1



CT scan of the abdomen: collection in the right psoas muscle measuring approximately 135 x 40 mm associated with osteolytic lesions in the vertebral bodies.

■ FIGURE 2



CT scan of the abdomen, axial section. Percutaneous drainage of the right psoas collection.

As the patient showed poor tolerance to the antituberculosis regimen, the infectologists decided to switch to an intermittent dosing schedule. Thereafter, the patient evolved with headache, vomiting, and altered mental status. He was evaluated by specialists in internal medicine, who ordered a CT scan of the brain, which was normal; blood cultures were negative, and a lumbar puncture revealed findings consistent with tuberculous meningitis. The cerebrospinal fluid was positive for *Mycobacterium tuberculosis* complex.

The patient continued with antituberculosis treatment and had a favorable course. He did not develop neurological dysfunction and had a favorable progress. The laboratory tests were normal. The patient was discharged to continue follow-up care at the outpatient clinic of neurosurgery, general surgery, infectology and internal medicine.

Antituberculosis treatment should continue for 12 months and had to in April 2026. The last documented clinical evaluation was conducted in July 2025, 4 months after initiating treatment, and showed a favorable clinical course. He did not attend the scheduled follow-up appointment in October 2025, so no subsequent documented follow-up is currently available.

This report is important because it describes an uncommon type of extrapulmonary tuberculosis, which already increasing, and aims to introduce awareness of this condition in clinical practice as part of the differential diagnosis, thus enabling its timely detection, management, and treatment.

The clinical presentation is consistent with Pott's disease, characterized by chronic low back pain, fever, night sweats, and weight loss, along with imaging findings consistent with spondylodiscitis and a psoas abscess.

Similar presentations have been described in the literature. Guedes Saint Clair et al.⁴ reported the case of a 23-year-old woman with a mass in the left lumbar region associated with chronic pain and respiratory symptoms that had been present for 3 months. Similarly, Dharmshaktu et al.⁵ described two cases: one involving a 36-year-old patient with low back pain and dorsolumbar kyphosis, whose imaging tests revealed vertebral destruction and bilateral psoas collections, and another involving a 27-year-old man with low back pain, fever, and weight loss, whose imaging tests showed destruction of the T12–L1 vertebrae, as well as a paravertebral and epidural collection and bilateral psoas abscess.

Common clinical presentations include chronic low back pain (91%), fever (75%), and weight loss. Magnetic resonance imaging is the gold standard for diagnostic imaging, while diagnostic confirmation requires microbiological or histological testing. Computed tomography scans are useful for guiding biopsies or percutaneous drainage procedures⁴. Atypical presentations such as isolated abscesses without bone destruction, involvement of the posterior arch, multifocal lesions, or meningeal involvement without evident vertebral collapse can complicate the diagnostic process⁶.

In patients with chronic low back pain associated with systemic symptoms, particularly those with a consistent epidemiological history, vertebral tuberculosis should be considered as part of the differential diagnosis. Early diagnosis and an interdisciplinary approach are essential for preventing neurological complications and optimizing clinical outcomes.

Referencias bibliográficas /References

1. Sociedad Argentina de Infectología. Guía práctica para el manejo y tratamiento de la tuberculosis en el primer nivel de atención [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2019 [citado 2025 Ago 31]. Disponible en: <https://sadi.org.ar/documentos/boletines-y-reportes/50-ministerio-de-salud/758-guia-practica-para-el-manejo-y-tratamiento-de-la-tuberculosis-en-el-primer-nivel-de-atencion>
2. Hernández-Solís A, Quintana-Martínez A, Quintanar-Ramírez MI, Domínguez-Pérez L, Vargas-Hernández J. Tuberculosis extrapulmonar: un problema de salud pública. Cir Cir. 2023;91(1):131-8.
3. Lucas Pérez-Romero J, Salazar García P, Lucas Pérez-Romero M, Belmonte MÁ. Absceso de psoas. Rev Clin Med Fam. 2011;4(1):76-8.
4. Guedes Saint Clair JP, Cordeiro Rabelo IE, Ríos Rodríguez JE, Carvalho Maranhá G, Rocha Pinheiro MR. Pott's disease associated with psoas abscess: case report. Ann Med Surg (Lond). 2022;74:103239.
5. Dharmshaktu GS, Pangtey T, Raj S, Choudhury B, Rawal D, Rana A, et al. Bilateral secondary tubercular psoas abscess: a series of seven cases. Matrix Sci Med. 2019;3(1):22-5.
6. Pande KC, Babhulkar SS. Atypical spinal tuberculosis. Clin Orthop Relat Res. 2002;(398):67-74.