

Absceso Del Psoas De Etiología Poco Frecuente En Paciente Adulto Con Infección Por Virus De Inmunodeficiencia Adquirida Y Tuberculosis Ganglionar

Psoas Abscess Of Rare Etiology In An Adult Patient With Human Immunodeficiency Virus And Nodal Tuberculosis

Rodolfo Chite Huachani (1a)
orcid.org/0009-0006-6863-2479

Raúl Darío Gómez Ortiz (1ab)
orcid.org/0000-0002-3610-4261

Luz Jenny Mamani Mamani (1c)
orcid.org/0009-0002-9307-1264

Chris Enmanuelle Juli Tarqui (1c)
orcid.org/0009-0000-0078-3197

1- Hospital Hipólito Unanue de Tacna
a- Médico cirujano
b- Especialista en enfermedades infecciosas y tropicales
c- Biólogo

Financiamiento Autofinanciado
Conflictos de interés Ninguno
Correspondencia
rodolfochite@gmail.com

Fecha de envío: 11 de marzo de 2026
Fecha de aceptación: 20 de marzo de 2026
Fecha de publicación: 15 de mayo de 2026



Esta obra tiene una licencia de Creative Commons Atribución 4.0 Internacional

RESUMEN

Introducción: El *Streptococcus anginosus* consta de tres especies distintas: *S. anginosus*, *S. intermedius* y *S. constellatus* y se encuentra como comensal en la flora bucal, el tracto gastrointestinal y la vagina de los humanos. Puede propagarse a la sangre en personas con mala higiene bucal en casos de infecciones bucales, como gingivitis y abscesos dentales, que se desarrollan tras la pérdida de la integridad de la mucosa. **Presentación del caso:** Se reporta un paciente varón de 36 años de edad, con antecedentes de tuberculosis ganglionar y VIH con 4 y 2 meses de tratamiento respectivamente, quien ingresa al servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna con tiempo de enfermedad de 7 días caracterizado por fiebre, dolor en región inguinal izquierda que le impide la deambulación y la extensión del miembro inferior izquierdo. Se halló en los exámenes complementarios leucocitosis, reactantes de fase aguda positivos e imágenes de ecografía y de tomografía abdominal con presencia de colección que compromete el músculo psoas iliaco izquierdo, que se extiende hasta la región inguinal izquierda con un volumen aproximado de 609 cc. Se realizó drenaje de absceso, obteniéndose líquido purulento aislándose *Streptococcus anginosus*; se inició tratamiento antibiótico según antibiograma con ampicilina y lavados de absceso interdiarios. El paciente evoluciona favorablemente. **Conclusión:** La identificación microbiológica oportuna y el manejo integral basado en drenaje y antibioticoterapia dirigida son determinantes para lograr una evolución favorable, incluso en escenarios clínicos complejos como el descrito.

Palabras clave: absceso del psoas, adulto, ganglionar, VIH-1, paciente.

ABSTRACT

Introduction: The *Streptococcus anginosus* group consists of three distinct species: *S. anginosus*, *S. intermedius*, and *S. constellatus*. These are found as commensals in the oral flora, gastrointestinal tract, and vagina of humans. They can spread to the bloodstream in individuals with poor oral hygiene or in cases of oral infections, such as gingivitis and dental abscesses, which develop following the loss of mucosal integrity. **Case Presentation:** We report the case of a 36-year-old male patient with a history of nodal tuberculosis and HIV, undergoing four and two months of treatment, respectively. He was admitted to the emergency department of the Hospital Hipólito Unanue in Tacna with a 7-day history characterized by fever and pain in the left inguinal region that prevented ambulation and extension of the left lower limb. Complementary examinations revealed leukocytosis and positive acute-phase reactants. Ultrasound and abdominal CT imaging showed a collection involving the left psoas-iliac muscle, extending to the left inguinal region with an approximate volume of 609 cc. Abscess drainage was performed, obtaining purulent fluid where *Streptococcus anginosus* was isolated. Antibiotic treatment was initiated with ampicillin according to the antibiogram, along with every-other-day abscess irrigation. The patient's evolution was favorable. **Conclusion:** Prompt microbiological identification and comprehensive management based on drainage and targeted antibiotic therapy are decisive in achieving a favorable outcome, even in complex clinical scenarios such as the one described.

Keywords: Lymph node tuberculosis, HIV-1, patient, adult, Psoas Abscess

INTRODUCCIÓN

El absceso de psoas constituye una entidad clínica poco frecuente, pero de elevada relevancia debido a su presentación inespecífica y potencial gravedad, especialmente en pacientes inmunocomprometidos. En este contexto, las infecciones de origen odontogénico pueden diseminarse y generar complicaciones sistémicas severas, en todo el cuerpo, principalmente abscesos cerebrales y hepáticos (1). Hay en la literatura médica abscesos esplénicos, hepáticos pancreáticos o múltiples de origen odontogénico (2,3).

Streptococcus anginosus es un coco grampositivo microaerófilo, catalasa negativa, que forma pequeñas colonias y produce un olor a caramelo característico al cultivarse en agar sangre (4).

La familia *Streptococcus anginosus* comprende tres especies: *S. anginosus*, *Streptococcus constellatus* y *Staphylococcus intermedius*, y las infecciones causadas por estas bacterias presentan una marcada variabilidad en sus presentaciones clínicas. *S. anginosus* se aísla con mayor frecuencia en la sangre, la orina y las infecciones de tejidos blandos, y es menos frecuente que cause abscesos que otras especies (5).

El manejo de la enfermedad requiere un tratamiento antibiótico de amplio espectro y, a menudo, se requiere desbridamiento quirúrgico (6).

Existen varias enfermedades que pueden influir en las infecciones causadas por el grupo *S. anginosus*, como la cirrosis hepática, las neoplasias malignas y la diabetes mellitus, los miembros del grupo *S. anginosus* presentan factores de virulencia específicos que probablemente estén implicados en su reconocida capacidad para causar procesos piógenos invasivos, para provocar un absceso, las bacterias deben atraer polimorfonucleares (PMN) y resistir la fagocitosis y la destrucción, las cepas del grupo *S. anginosus* muestran una supervivencia incluso mayor tras la ingestión por polimorfonucleares, además de la terapia antimicrobiana parenteral, el tratamiento de un absceso implica el drenaje del material purulento o la escisión quirúrgica (7).

La susceptibilidad del *S. anginosus* a la penicilina, ampicilina, cefotaxima, eritromicina, clindamicina, levofloxacino y vancomicina es muy alta (8).

Se sabe poco sobre los factores de virulencia y su regulación en estas especies. Si bien se han identificado los genes de factores de virulencia clásicos, como la cápsula bacteriana y la β -hemolisina de *S. anginosus*, su papel en la virulencia aún no se ha estudiado en detalle (9).

S. anginosus mostró propiedades acidúricas significativas similares a las de *S. mutans* o *S. pyogenes*, lo que podría atribuirse al uso de la vía arginina desiminasa y/o ATPasa dependiente de protones para adaptarse al estrés ácido y potenciar su patogenicidad.

Se ha sugerido que la tolerancia ácida de *S. mutans*, *S. pyogenes* o *S. suis* contribuye a la virulencia durante una

infección, por lo tanto, la tolerancia ácida que muestra *S. anginosus* podría facilitar la infección de la cavidad oral o los órganos gastrointestinales por el microorganismo, lo que puede provocar inflamación crónica y, en consecuencia, endocarditis infecciosa y abscesos en diversas partes del cuerpo (10). El objetivo principal del presente caso clínico es contribuir al conocimiento médico mediante la presentación detallada y estructurada de una situación real de un paciente destacando los métodos diagnósticos o terapéuticos.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Paciente varón de 36 años de edad, natural y procedente de Tacna, con antecedentes patológicos de tuberculosis ganglionar con 2 meses de tratamiento con esquema sensible (isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol) por examen sonda en línea sensible a isoniaacida y rifampicina, y diagnóstico de paciente viviendo con virus de sida (PVVS) con 4 meses de tratamiento antirretroviral con esquema (Tenofovir deoxiproxil fumarato/Lamivudina/Dolutegravir) con recuento de CD4: 103 cel/ul y CV: 40300 cp/ml) al momento del diagnóstico.

Refiere un tiempo de enfermedad de 7 días aproximadamente con inicio insidioso y curso progresivo presentando sensación de alza térmica cuantificada en temperaturas con 38 y 38,5 °C, y aumento de volumen en región inguinal izquierda 6/10 dificultando el caminar por el dolor por lo que acude al C.S. La esperanza donde recibe tratamiento analgésico disminuyendo parcialmente el dolor, además refiere mayor aumento de volumen en región inguinal, incremento de dolor en región inguinal izquierda 8/10, que le impide deambulación y extensión de miembro inferior izquierdo, persistencia de fiebre agregándose náuseas, vómitos y deposiciones líquidas, por cual acude al servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Exploración física: Se procedió a tomar las constantes vitales, encontrando presión arterial de 94/62 mmHg, frecuencia cardíaca de 100 lpm, frecuencia respiratoria de 18 rpm, temperatura de 38,8 °C, saturación de oxígeno de 98 % con FiO2 al 21 %.

El paciente se encontró en mal estado general, con regular estado de nutrición e hidratación. Piel caliente, con masa palpable dolorosa en región inguinal izquierda de aproximadamente 2 cm y escrófula en región supraclavicular izquierda de aproximadamente 4 cm.

- Mucosas orales húmedas y tejido celular subcutáneo conservado.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos y taquicárdicos, sin soplos.
- Abdomen: Blando y depresible, con ruidos hidroaéreos aumentados en frecuencia e intensidad, doloroso a la palpación.
- Genitourinario: Sin globo vesical, puntos renoureterales y puño-percusión lumbar negativos.
- Neurológico: Lúcida, escala de Glasgow 15/15, sin signos meníngeos, ni focalidad.

- Miembros: Simétricos, sin edemas en superiores ni inferiores.

Pruebas complementarias: Al ingreso se solicitó Hemograma; Leucocitos: 15450 (A: 00; S:84; E: 00; B: 00; M:03; L: 13), Hemoglobina: 11; plaquetas: 316000, Glucosa: 73; creatina: 0,81. TGO: 13; TGP: 13; FAL: 178; BT: 0,48; BD: 0,13; BI: 0,35; PT: 7,08; ALB: 3,51; GLO: 3,57; GGTP: 258, VSG: 54; PCR: 480, Reacción inflamatoria en heces: negativo, coprocultivo: negativo, hemocultivos: negativo, baciloscopia de secreción ganglionar cervical izquierda: negativo, baciloscopia en heces: negativo.

Ecografía de partes blandas: colección ubicada en región supraclavicular izquierda que tiene un volumen de 9,3 cc, Incidentalmente imagen sugestiva de colección en fosa iliaca izquierda dependiente del músculo psoas que tiene un volumen de 240 cc.

TEM abdominal: Signos de colección que compromete en gran medida el músculo psoas iliaco izquierdo que se extiende hasta región inguinal izquierdo con un volumen aproximado de 609 cc con captación periférica del contraste, así mismo se observa otra colección de menor tamaño que compromete parte del músculo psoas izquierdo en región paravertebral con un volumen de 6 cc aproximadamente.

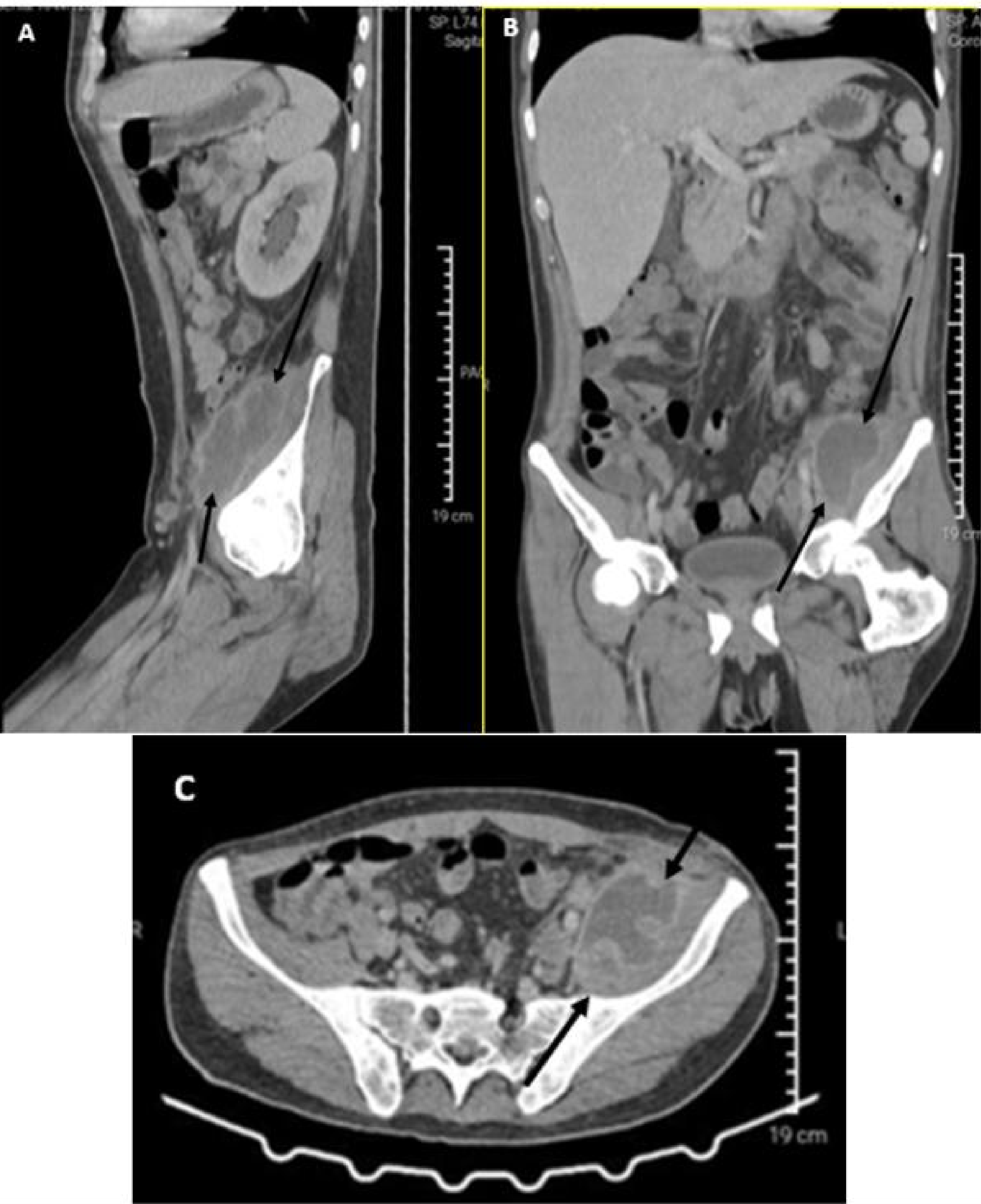


FIGURA 1: IMÁGENES DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA ABDOMINAL, LAS FLECHAS EN LAS IMÁGENES TOMOGRÁFICAS SEÑALAN EL ABSCESO RESALTANDO LA COLECCIÓN PURULENTO BIEN DEFINIDAS, COMO CAVIDAD HIPODENSA CON PAREDES ENGROSADAS O REALCE PERIFÉRICO. A) SAGITAL, B) CORONAL, C) AXIAL.

Paciente a quien se le realiza drenaje de absceso bajo

guía ecográfica de colección dependiente de músculo psoas iliaco izquierdo, obteniéndose líquido purulento de 80 cc aproximadamente enviándose muestras para gran y cultivo de gérmenes comunes, cultivo para hongos, baciloscopia directa por método ziehl neelsen, dejándose catéter para lavados posteriores del absceso, con resultado de cultivo de gérmenes comunes con detección de microorganismo Streptococcus anginosus, iniciando tratamiento antibiótico según antibiograma con ampicilina por 20 días y lavados de absceso cada 48 horas, llegando a obtener un drenaje de absceso seroso con un volumen menor a 20 cc en 24 horas por lo cual se retira catéter. Paciente con evolución clínica favorable con estabilidad hemodinámica, permaneciendo afebril por más de 48 horas con remisión del dolor en región inguinal izquierdo y deambulacion con normalidad por lo cual fue dado de alta con evolución favorable.

DIAGNÓSTICO

- Absceso de psoas izquierdo por Streptococcus anginosus.
- Tuberculosis ganglionar en tratamiento con esquema sensible II fase.
- Paciente viendo con virus del sida con tratamiento antirretroviral.

DISCUSIÓN

El grupo Streptococcus anginosus (SAG) es reconocido actualmente como un patógeno oportunista con alta capacidad piógena, especialmente asociado a la formación de abscesos profundos en múltiples localizaciones, incluyendo sistema nervioso central, cavidad abdominal y tejidos blandos (11,12). Estudios recientes han reforzado su papel como agente etiológico relevante en infecciones invasivas, destacando su capacidad de diseminación hematológica y su afinidad por la formación de colecciones purulentas.

En el presente caso, la localización en el músculo psoas representa una manifestación poco frecuente. El absceso de psoas es una entidad rara, pero con una incidencia creciente en los últimos años, atribuida a mejoras en los métodos diagnósticos por imágenes y al aumento de pacientes inmunocomprometidos. Desde el punto de vista etiológico, estos abscesos pueden ser primarios, por diseminación hematológica, o secundarios a infecciones intraabdominales o vertebrales; sin embargo, en pacientes con inmunosupresión, la bacteriemia por microorganismos comensales como SAG adquiere mayor relevancia clínica.

La condición de inmunosupresión asociada a infección por VIH en este paciente constituye un factor determinante. Se ha demostrado que los pacientes con inmunodeficiencia presentan mayor susceptibilidad a infecciones invasivas por microorganismos de baja virulencia relativa, incluyendo el grupo SAG, favoreciendo la formación de abscesos extensos y de evolución atípica (13). Asimismo, la coexistencia con tuberculosis ganglionar genera un entorno inflamatorio crónico y una alteración adicional de la inmunidad celular, lo que podría haber facilitado la diseminación bacteriana.

Desde el punto de vista fisiopatológico, el SAG posee múltiples mecanismos de virulencia que explican su comportamiento clínico. Estudios recientes describen su capacidad de adherencia tisular, producción de enzimas degradativas y resistencia relativa a la fagocitosis, lo que favorece la formación de abscesos encapsulados y persistentes (14). Además, su tolerancia a condiciones adversas, como ambientes ácidos, contribuye a su supervivencia y diseminación sistémica.

En relación con el manejo, la evidencia actual respalda un enfoque combinado basado en el drenaje del foco infeccioso y la antibioticoterapia dirigida. El drenaje percutáneo guiado por imágenes se considera actualmente el tratamiento de elección en los abscesos del psoas, debido a su menor invasividad y alta tasa de éxito; se reserva el abordaje quirúrgico para casos complicados o refractarios (15). En el caso presentado, la realización de un drenaje percutáneo con lavados seriados permitió un control óptimo del foco infeccioso, evidenciado por la evolución clínica favorable.

En cuanto al tratamiento antimicrobiano, el grupo SAG mantiene una alta sensibilidad a antibióticos betalactámicos, particularmente penicilina y ampicilina, los cuales continúan siendo considerados terapias de primera línea (12). La instauración de tratamiento dirigido con ampicilina, basada en el antibiograma, resulta concordante con las recomendaciones actuales. Asimismo, en infecciones profundas, se recomienda una duración prolongada del tratamiento antibiótico, generalmente entre 2 a 4 semanas o más, dependiendo de la evolución clínica y radiológica, especialmente en pacientes inmunocomprometidos.

Finalmente, este caso resalta la importancia de considerar al *Streptococcus anginosus* como un patógeno relevante en abscesos profundos de localización inusual, como el músculo psoas, particularmente en pacientes con inmunosupresión. La identificación microbiológica oportuna y el manejo integral basado en drenaje y antibioticoterapia dirigida son determinantes para lograr una evolución favorable, incluso en escenarios clínicos complejos como el descrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Terzi HA, Demiray T, Koroglu M, Cakmak G, Hakki Ciftci I, Ozbek A, et al. Intra-abdominal abscess and primary peritonitis caused by *Streptococcus anginosus*. Jundishapur J Microbiol. 2016; 9: e33863.

2. De Tomas J. Absceso pancreático por *Streptococcus anginosus* postextracción dental. Semergen. 2013; 39: 241-243.

3. Kobo O, Nikola S, Geffen Y, Paul M. The pyogenic potential of the different *Streptococcus anginosus* group bacterial species: retrospective cohort study. Epidemiol Infect. 2017; 145: 3065-3069.

4. Cooper JD, Gotoff RA. *Streptococcus anginosus* purulent pericarditis with contiguous hepatic and subdiaphragmatic fluid collections. Infectious Diseases in Clinical Practice, 2016; 24: e37-e39.

5. Ando M, Hashimoto T, Watanabe E, Kadota J. Mediastinal cyst infection followed by bacteremia due to *Streptococcus anginosus* after endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration. Ann Thorac Med. 2020; 15: 95-97.

6. Soto-Sánchez A, Hernández-Barroso M, Hernández-Hernández G, Gamba-Michel L, Barrera-Gómez M. Gangrena de Fournier por *Streptococcus anginosus*, un agente etiológico poco habitual. Revista de Gastroenterología de México. 2018; 83: 348-350.

7. Giuliano S, Rubini G, Conte A, Goldoni P, Falcone M, Vena A, et al. *Streptococcus anginosus* group disseminated infection: case report and literature review. Infez Med. 2012; 20: 145-154.

8. Furuichi M, Horikoshi Y. Sites of infection associated with *Streptococcus anginosus* group among children. J Infect Chemother. 2018; 24: 99-102.

9. Asam D, Spellerberg B. Molecular pathogenicity of *Streptococcus anginosus*. Mol Oral Microbiol. 2014; 29: 145-155.

10. Sasaki M, Kodama Y, Shimoyama Y, Ishikawa T, Kimura S. Aciduricity and acid tolerance mechanisms of *Streptococcus anginosus*. J Gen Appl Microbiol. 2018; 64.

11. Cerecedo-Lopez CD, Bernstock JD, Dmytriw AA, et al. Spontaneous intramedullary abscesses caused by *Streptococcus anginosus*: case report and review. BMC Infect Dis. 2022;22:141. PMID: 35144555.

12. Jiang S, Li M, Fu T, Shan F, Jiang L, Shao Z. Clinical characteristics of infections caused by *Streptococcus anginosus* group. Sci Rep. 2020;10:9032.

13. Kaplan JE, et al. Guidelines for prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults. MMWR Recomm Rep. 2009;58(RR-4):1-207. (base clásica, aún vigente en guías clínicas)

14. Furuholm J, Uittamo J, Rautaportas N, et al. *Streptococcus anginosus*: a stealthy pathogen in deep abscesses. Odontology. 2023;111(2):522-530.

15. Xu C, Zhou Z, Wang S, et al. Psoas abscess: an uncommon disorder. Postgrad Med J. 2024;100:482-487. PMID: 38366872.