

ABCESSO DE ÍLIO PSOAS EM ESCOLAR, DE PROVÁVEL ORIGEM HEMATOGÊNICA: RELATO DE CASO

Iliopsoas abscess in child with probably hematogenic etiology: case report

Ana Carolina Muniz Soares Dias Duarte¹, Vitor Ferreira Freitas², Regina Célia de Souza Campos Fernandes³.

¹ Residente de Pediatria do Hospital Escola Álvaro Alvim.

² Médico do Serviço de Radiologia da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos

³ Professora Doutora. Disciplina de Pediatria da Faculdade de Medicina de Campos. Médica do Serviço de Pediatria do Hospital Escola Álvaro Alvim.

RESUMO

Introdução: O abscesso de psoas é uma entidade rara na prática médica, podendo apresentar etiologia primária ou secundária. O músculo ílio-psoas tem relação direta com a junção ileocecal, com a coluna vertebral e com o trato urinário, de forma que patologias intestinais, osteomielite de coluna e infecções do trato urinário são as desordens mais comumente implicadas na etiologia da psoíte. A possibilidade de origem hematogênica também deve ser considerada. O diagnóstico clínico é difícil, pois as manifestações são inespecíficas. A tomografia computadorizada é o método de eleição para a confirmação do diagnóstico, com alterações típicas mesmo no início dos sintomas.

Objetivo: Relatar o caso de um abscesso de ílio psoas de provável origem hematogênica, em escolar.

Método: Revisão de prontuário.

Relato de caso: Menor de 6 anos de idade foi admitida com dor na região lombar e dificuldade para deambular há 20 dias, que não cedeu com o uso de antiinflamatório. Evoluiu com o aparecimento de febre, sendo instituída a Cefalexina. Como não houvesse regressão das queixas foi aconselhada a internação, durante a qual se confirmou a presença de abscesso de ílio psoas pela tomografia computadorizada.

Conclusões: Embora pouco comum, a infecção do psoas deve ser sempre lembrada na presença de dor no abdome inferior e à mobilização do quadril, febre, VHS e proteína C reativa elevadas e após a presença de artrite ser descartada.

Palavras-chave: abscesso de psoas, disseminação hematogênica, dor.

ABSTRACT

Introduction: The abscess of psoas is a rare entity in the medical practice, with either primary or secondary etiology. The iliopsoas muscle has a direct relation to the ileocecal junction, the vertebral column and the renal tract, so intestinal diseases, osteomyelitis of the spine and urinary tract infections are the most implied disorders of an abscess of psoas. Clinical diagnosis is difficult due to nonspecific clinical manifestations. The computed tomography is the gold standard method of diagnosis with typical findings since the beginning of symptoms.

Objective: To describe a case of iliopsoas abscess in a child with probably hematogenic etiology.

Method: Review of medical records.

Case report: A 6-year-old girl was admitted with back pain and difficulty for walking since twenty days prior consultation, which was not responsive to the use of anti-inflammatory therapy. She developed fever and received Cephalexin treatment. Without improvement, she was admitted for investigation and she had the diagnosis of iliopsoas abscess confirmed by computed tomography.

Conclusions: Although rare the infection of psoas must be remembered in the presence of pain around groin, guarding against hip motion, fever, elevated ESR and CRP and after the evaluation for arthritis was negative.

Keywords: psoas abscess, hematogenic dissemination, pain.

INTRODUÇÃO

As dores agudas ou crônicas que são referidas na articulação do quadril de crianças e adolescentes constituem queixa de grande importância em Pediatria. Este quadro doloroso pode ser a forma de apresentação de diversas doenças graves: infecciosas, inflamatórias, neoplásicas e degenerativas. Além da incapacidade funcional transitória, lesões osteoarticulares definitivas e mesmo progressivas podem advir destas diferentes doenças¹.

Dentre as causas infecciosas, a psoíte figura entre as mais raras^{2,3,4}, podendo ser primária ou secundária a uma infecção que se estende a partir de estruturas retroperitoneais contíguas^{2,3,5,6}. A clínica do abscesso de psoas é variável e inespecífica⁴, sendo a dor em quadril um importante sinal, encontrado numa minoria de pacientes^{3,4,5}. Entretanto, mesmo quando presente, o diagnóstico pode ser mais tardio geralmente baseado na Tomografia Computadorizada (TC), um método de imagem seguro e rápido^{3,4,5,6}.

Frente a estes dados fica evidenciada a necessidade de investigar a etiologia da dor no quadril em todas as crianças, devendo esta etiologia mais rara também ser lembrada.

OBJETIVO

Relatar o caso de uma paciente escolar, com quadro de abscesso de psoas de provável origem hematogênica.

METODOLOGIA

Revisão de Prontuário.

RELATO DO CASO

Identificação: R.S.M., parda, seis anos, escolar, nascida e residente em Campos dos Goytacazes, RJ. Queixa Principal: Dor e dificuldade para andar há 20 dias, acompanhada de febre há 10 dias.

História da Doença Atual: Há 25 dias, menor iniciou quadro de lombalgia, fazendo uso local de "gel de arnica" sem obter melhora. O quadro se agravou, surgindo dificuldade para deambular. Procurou atendimento médico no Posto de Saúde, onde foi medicada com antiinflamatório oral e tópico, sendo recomendado retorno em 7 dias para reavaliação. Começou o uso das medicações prescritas e concomitantemente surgiu quadro de febre não aferida. Sete dias depois foi reavaliada e encaminhada ao Ortopedista. A não resolução das queixas exigiu a ida a uma Emergência onde foi examinada e liberada com prescrição de Cefalexina e Paracetamol. Reavaliada em Posto de Saúde foi

encaminhada para internação. Segundo informações colhidas, a menor recebeu Penicilina Benzatina 15 dias antes do início deste quadro, para tratamento de piodermite.

História Patológica Progressiva: Nega cirurgias ou internações anteriores. Nega alergia medicamentosa. Nega doenças comuns da infância.

História Familiar: Pai com 23 anos, vigia, saudável. Nega etilismo. Nega tabagismo. Mãe com 24 anos, gari, saudável. Nega etilismo. Tabagista. Irmã de 2 anos e 4 meses, saudável.

História Social: Mora em casa própria, 3 cômodos, onde vivem 4 pessoas. Uso de fossa, poço artesiano, coleta de lixo 3 vezes/ semana. Luz elétrica. Quintal cimentado, com um cão, quatro coelhos e um gato.

História Gestacional e do Parto: Mãe GII / PII / AO, todos os partos normais. Gravidez sem intercorrências. Pré-natal completo. Peso ao nascer: 2.950 kg. Estatura ao nascer: 49 cm. Teste do pezinho normal. Foi para alojamento conjunto logo nas primeiras horas de vida e teve alta com a mãe em 24 horas.

História Vacinal: Em dia, segundo a mãe, mas não foi visto o cartão de vacinação.

História Alimentar: Aleitamento materno exclusivo até os 15 dias de vida. Atualmente a alimentação é quantitativa e qualitativamente satisfatória.

História do Desenvolvimento Neuro-psicomotor: Sorriu aos 2 meses; sentou aos 5 meses; engatinhou aos 8 meses; andou aos 10 meses; falou aos 10 meses.

Exame Físico na admissão:

Peso: 18, 5 kg. Regular estado geral, hipocorada ++/4+, hidratada, anictérica, acianótica, febril (38,6° C), nuca livre.

Aparelho Cardiovascular: Ritmo cardíaco regular de 2 tempos. Bulhas normofonéticas, ausência de sopros. Pressão arterial: 120 X 80 mmHg.

Aparelho Respiratório: Murmúrio vesicular audível bilateralmente, sem ruídos adventícios.

Abdome: tenso, pouco depressível, doloroso à palpação superficial, principalmente em hipocôndrio esquerdo, sem visceromegalias, abaulamento em flanco esquerdo sem sinais flogísticos. Giordano positivo à esquerda.

Membros inferiores: flexão da perna esquerda, posição antálgica. Sem edemas.

Menor foi medicada inicialmente com sintomáticos.

Resultados dos exames da admissão:

Hemácias: 3.650.000/ mm³; Hemoglobina: 9,4 g/dL; Hematócrito: 28,8 %; Leucócitos: 23.500,1%

eosinófilo, 1% bastão, 87% segmentados, 10% linfócitos, 1% monócito; Plaquetas: 435.000; Velocidade de hemossedimentação (VHS): 86 mm/ 1ª hora; Uréia: 18mg%; Creatinina: 0,8mg%.

RX de coluna lombo-sacra: Corpos vertebrais de configuração anatômica normal; espaços intervertebrais conservados; pedículos e articulações inter-apofisárias sem alterações; escoliose lombar dextro-posta..

No segundo dia de internação hospitalar, a menor manteve o quadro, mas com agravamento da dor à mobilização do quadril esquerdo. Foram observadas

cicatrizes de impetigo em membros inferiores. Suspeitando-se de um quadro de Osteomielite, iniciou-se tratamento com Oxacilina (EV), na dose de 200 mg / kg/ dia, de 4 em 4 horas. Solicitou-se hemocultura, que foi negativa. Apesar da melhora parcial da dor e do aumento da amplitude dos movimentos da articulação do quadril, evoluiu com manutenção da febre.

No sexto dia de internação hospitalar, a paciente foi submetida a uma ultra-sonografia abdominal total e de quadril esquerdo, que foram normais.



Figura 1.

Importante contratura paravertebral direita apresentada pela paciente.

No 7º dia de internação exames demonstraram: Hemácias: 3.760.000/ mm³; Hemoglobina: 9,3 g/dL; Hematócrito: 29%; Leucócitos: 7.700; 9% eosinófilos, 1% bastão, 45% segmentados, 42% linfócitos, 3% monócitos ; Plaquetas: 509.000/ mm³; VHS: 116 mm/ 1ª hora; PCR<6. No 9º dia de hospitalização, ainda com dor lombar à esquerda e posição antálgica de membro inferior esquerdo, mas já sem febre foi submetida à Tomografia Computadorizada abdominal e pélvica, que demonstrou: aumento volumétrico, heterogeneidade e má definição de contornos dos músculos psoas e íliaco à esquerda com pequenas áreas liquefeitas abscedadas (**figuras 2 e 3**). Programadas reavaliações por tomografia.



Figura 2



Figura 3

No 14º dia de internação foi feita nova TC, que confirmou miosite de psoas esquerdo, com resolução e não passível de drenagem. Foi sugerida a manutenção da antibioticoterapia, que foi utilizada por 21 dias.

Resultados dos exames do 20º dia de internação:

Hemácias: 4.310.000/ mm³; Hemoglobina: 11,3 g/dL; Hematócrito: 34,9 %; Leucócitos: 7.400, 7% eosinófilos, 1% bastão, 60% segmentados, 31% linfócitos, 1% monócito; VHS: 55 mm/ 1ª hora; PCR < 6.

Na alta após 22 dias de internação, seu exame físico foi totalmente normal. Recebeu orientações para reavaliação ambulatorial. Nesta consulta apresentou-se bem, deambulando normalmente, sem dor e com mobilidade da articulação coxofemoral esquerda preservada.

DISCUSSÃO

Os abscessos retroperitoneais freqüentemente envolvem o músculo psoas⁷. A psoíte é uma infecção retroperitoneal, retrofascial, porque envolve os tecidos aponeuróticos que compõem o músculo psoas. Foi descrita em 1881 por Mynter, podendo levar ao óbito em 2,4% dos casos⁸.

O músculo psoas origina-se superiormente dos processos transversais e corpos da 12ª vértebra torácica e de todas as vértebras lombares. Recebe fibras do íliaco e torna-se o músculo ílio-psoas. Após passar sob o ligamento inguinal, insere-se no trocanter menor. Ele flexiona a coxa sobre a pelve, faz um leve movimento de rotação do fêmur para fora e atua, sobre a coluna vertebral e pelve, estabilizando a marcha bípede⁸.

O abscesso do psoas é classificado em: *primário*, quando o agente etiológico atinge, primeiramente, o espaço retroperitoneal, através do sangue ou linfa, e *secundário*, quando originado de trauma abdominal com ruptura ou perfuração de víscera no espaço retroperitoneal, processos inflamatórios, como pielonefrite, pancreatite, apendicite, doença de Crohn com formação de fístulas, processo vertebral (especialmente de origem tuberculosa) e complicação cirúrgica^{1,5,6}. O abscesso, inicialmente localizado de acordo com a origem, se não tratado pode disseminar-se aos espaços subjacentes.

O abscesso primário é mais comum nos países em desenvolvimento (África, Ásia e América Latina), somando 99,5% dos casos⁷. O aumento da prevalência dos abscessos primários pode se dever ao abuso de drogas endovenosas, à infecção pelo HIV e à imunodepressão causada pelo uso de corticóides e imunossupressores para tratamento de neoplasias^{4,6}.

O *Staphylococcus aureus* é o germe responsável pela quase totalidade dos abscessos primários, enquanto

os microrganismos entéricos são os causadores do abscesso secundário^{5,6}. O abscesso primário resulta de disseminação hematogênica de foco distante, freqüentemente a pele. Acomete principalmente crianças e jovens sem doença prévia, enquanto o abscesso secundário acomete indivíduo idoso e com doença pré-existente^{2,5,6}. É importante também lembrar que em pacientes imunocomprometidos podemos encontrar abscessos primários de psoas por germens oportunistas⁶.

Antes do advento da moderna quimioterapia antituberculose, 5% dos pacientes com mal de Pott desenvolviam abscesso do psoas, sendo então a origem mais freqüente deste. Esta etiologia merece ainda ser lembrada nos dias atuais⁹.

No presente caso, o abscesso de psoas parece ter sido determinado por disseminação hematogênica, já que a paciente apresentou episódio de piodermite, 15 dias antes do início do quadro da patologia do psoas. No momento da internação ainda apresentava cicatrizes em membros inferiores, confirmando o passado recente de infecção de pele.

Quanto às manifestações clínicas, a psoíte caracteriza-se por dor em região inguinal, lombar ou no quadril, acompanhada de febre e emagrecimento^{1,3,4}. O paciente adquire postura típica, caracterizada por flexão e rotação externa da coxa do lado afetado acompanhadas pela inclinação do tronco para o mesmo lado⁷.

A marcha é claudicante e difícil, com freqüente impotência funcional. As manobras de pesquisa da função do psoas (extensão, rotação interna e afastamento lateral da coxa) são altamente dolorosas⁸.

Relembrando o exame físico do presente caso, a paciente apresentou-se com dor lombar à esquerda, dificuldade para andar, febre (Tax: 38,6º C), contratura paravertebral direita, abaulamento em flanco esquerdo sem sinais flogísticos e com flexão da perna esquerda sobre a coxa. Todos os achados mencionados podem estar presentes na psoíte, porém sinais e sintomas muitas vezes são vagos, o que leva à demora no diagnóstico e tratamento correto⁷.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com plastrão apendicular, abscesso ou adenopatia íliaca, osteomielite lombo-sacra, hematoma retroperitoneal baixo, cistos renais, hidronefroses, tumores retroperitoneais⁸.

Os exames laboratoriais são de infecção aguda³. O hemograma mostra queda dos níveis de hemoglobina, leucocitose e VHS elevada. Tanto para os abscessos primários quanto para os secundários, a associação das manifestações clínicas com dados laboratoriais de infecção são altamente sugestivos. A paciente teve 23.500

leucócitos/ mm³ e VHS de 86 mm na admissão. No 7º dia de internação, já no sexto dia de tratamento com Oxacilina, os leucócitos caíram para 7.700/ mm³ e o VHS permaneceu alto, 116 mm.

Em relação aos exames de imagem, a radiografia simples do abdome pode evidenciar escoliose, acentuação e alargamento da sombra do psoas e, às vezes, presença de gás. Não foi realizada radiografia de abdome neste caso, mas a radiografia de coluna lombosacra evidenciou escoliose lombar dextro-posta e afastou o envolvimento ósseo da mesma.

O aspecto ultra-sonográfico do abscesso do psoas é variável e o mais usualmente encontrado é o de uma massa complexa com áreas císticas e sólidas com paredes espessas e irregulares com septações⁷. A sensibilidade da ultra-sonografia está em torno de 70%, pelo fato da imagem ser prejudicada pelos gases abdominais. No presente caso ela não definiu a existência de envolvimento do psoas.

A Tomografia Computadorizada é melhor para analisar a extensão e o envolvimento de outros órgãos e não é prejudicada pela presença de gás, ferida cirúrgica e drenos⁷. Ela é mais sensível do que a ressonância nuclear magnética para demonstrar a presença de bolhas de gás⁶. Também é importante a sua utilização no controle da resposta ao tratamento⁶. Constituem sinais de abscesso de ílio psoas: aumento do músculo ílio psoas; reforço dos contornos após administração de contraste intravenoso; obliteração dos planos fasciais adjacentes; destruição óssea; bolhas gasosas⁶. É recomendado o estudo das estruturas adjacentes para delinear o modo e a via de disseminação da infecção nos abscessos secundários⁶.

O diagnóstico de abscesso de psoas no presente caso foi firmado através da TC, que mostrou aumento volumétrico, heterogeneidade e má definição de contornos dos músculos psoas e íliacos à esquerda. Em estudo realizado por Zissin e colaboradores, na Faculdade de Medicina da Universidade de Tel-Aviv em 2000, observou-se que dos 24 pacientes analisados com miosite de psoas, todos apresentaram à tomografia computadorizada uma imagem hipodensa com aumento do músculo ílio psoas⁴.

O acompanhamento da nossa paciente por tomografia evidenciou pequenas áreas liquefeitas abscedadas esparsas, sem necessidade de ressecção cirúrgica, somente sendo indicada continuidade do tratamento clínico, que incluiu: hidratação, analgésico, antitérmico, antibiótico apropriado e calor local.

O abscesso primário é eficazmente tratado com antibióticos ativos contra o *Staphylococcus aureus* e

drenagem, quando necessária, com aproximadamente 97,5% de sucesso⁷.

No abscesso secundário deve-se usar antibióticos com ação aeróbica e anaeróbica, além de controlar a fonte de contaminação⁷. O Gram do material purulento é de grande valor na orientação da antibioticoterapia além de cultura de material de punção e de sangue.

Quando necessário, a drenagem surge como opção no tratamento. Pode ser percutânea, guiada por ultra-som ou tomografia computadorizada, constituindo-se uma excelente modalidade terapêutica; ou cirúrgica^{4,5,6}. A drenagem cirúrgica é indicada quando o procedimento percutâneo falha, quando a TC revela abscesso multiloculado ou quando a patologia de base necessita de procedimento cirúrgico definitivo, como na Doença de Crohn⁴. O acesso cirúrgico dependerá do nível da supuração, se localizada na região lombar, pélvica ou inguinal.

O abscesso secundário possui alta mortalidade, em torno de 18,9%, que pode ser reduzida por um diagnóstico precoce e tratamento adequado, que inclui: drenagem do material purulento, controle da fonte de infecção e antibióticos. A sepse é a principal causa de óbito e está relacionada com a origem no trato gastrointestinal.

Idade acima de 50 anos, insuficiência orgânica sistêmica, hemocultura positiva e sepse persistente são sinais de mau prognóstico.

O presente caso, um abscesso primário clássico, teve tratamento clínico bem sucedido, com uso de Oxacilina por 21 dias. A paciente recebeu alta hospitalar sem apresentar febre há 15 dias e com exame físico normal. Já deambulava sem dificuldade e apresentava mobilidade da articulação coxofemoral esquerda preservada. Foi orientada a procurar serviço de Fisioterapia, para evitar seqüelas futuras.

CONCLUSÃO

Apresentamos um quadro clássico de abscesso de psoas por disseminação hematogênica, provavelmente a partir de piodermite. A clínica conduziu a hipóteses ósteo-articulares, sendo marcada pela dor lombar, claudicação, posição antálgica e febre. Os exames hematológicos confirmaram a natureza infecciosa, sendo a origem demonstrada pela tomografia computadorizada. O tratamento clínico foi bem sucedido. Tal relato ilustra o bom prognóstico do abscesso de ílio psoas na população pediátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Naka EM, Silva CAA, Doria AS, Sallum AME, Liphhaus BL, Campos LMMA, et al. Quadril doloroso em crianças e adolescentes: análise de 52 casos. *Pediatria (São Paulo)* 2001; 23 (4): 290-297.
2. Silva CAA, Liphhaus BL. Diagnóstico do quadril doloroso na infância. *Pediatria (São Paulo)* 2001; 23 (3): 269-270.
3. Frick SL. Evaluation of the child who has hip pain. *Orthop Clin N Am* 2006;37: 133-140.
4. Zissin R, Gayer G, Kots E, Werner M, Shapiro-Feinberg M, Hertz M. Iliopsoas abscess: a report of 24 patients diagnosed by CT. *Abdom Imaging* 2001; 26 (5): 533-539.
5. Santaella RO, Fishman EK, Lipsett PA. Primary vs secondary iliopsoas abscess. Presentation, microbiology, and treatment. *Arch Surg* 1995; 130(12): 1309-1313.
6. Muttarak M, Peh WCG. CT of unusual iliopsoas compartment lesions. *RadioGraphics* 2000; 20: S53-S66.
7. Rocha PRS, Andrade JI, Souza C. *Abdome agudo*. 2ª ed. São Paulo: Editora Medsi; 1993.
8. Silva AL. *Cirurgia de Urgência*. 2ª ed. São Paulo: Editora Medsi; 1994.
9. Maron R, Levine D, Dobbs TE, Geisler WM. Two cases of pott disease associated with bilateral psoas abscesses: case report. *Spine* 2006; 31 (16): E 561-564.