

Abscesso de iliopsoas em puérpera – relato de caso

Iliopsoas abscess in puerpera – case report

Amanda Baraldi de Souza¹, Jairo Cerqueira de Almeida Teixeira¹, Domingos André Fernandes Drumond²

DOI: 10.5935/2238-3182.20140148

RESUMO

O abscesso de iliopsoas (AIP) é entidade rara, podendo acometer mulheres em sua fase puerperal. Devido à anatomia peculiar do músculo iliopsoas, suas manifestações podem ser de forma insidiosa e inespecífica. Seu tratamento precoce pode diminuir significativamente a mortalidade, com base na antibioticoterapia de largo espectro e sua drenagem.

Palavras-chave: Abscesso do Psoas; Abscesso do Psoas/terapia; Abscesso do Psoas/cirurgia; Músculos Psoas/cirurgia; Período Pós-Parto.

¹ Médico(a). Residente de Cirurgia Geral e do Trauma do Hospital João XXIII da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Médico-Cirurgião. Chefe do Serviço de Cirurgia Geral e do Trauma do Hospital João XXIII – FHEMIG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

ABSTRACT

Iliopsoas abscess (IPA) is a rare entity that may affect women in the puerperal stage. Due to the peculiar anatomy of the iliopsoas muscle, its manifestations can be insidious and nonspecific. Its early treatment based on broad-spectrum antibiotics and drainage can significantly decrease mortality.

Key words: Psoas Abscess; Psoas Abscess/therapy; Psoas Abscess/cirurgia; Psoas Muscles/cirurgia; Postpartum Period.

INTRODUÇÃO

O abscesso de iliopsoas (AIP) é entidade rara que corresponde à formação de uma coleção purulenta na intimidade do ileopsoas. Pode ser primário ou secundário. O AIP primário ocorre devido à disseminação hematogênica ou linfática de foco à distância. O AIP secundário resulta da expansão direta de um processo inflamatório/infeccioso próximo do iliopsoas.^{1,2} A doença mais comum associada ao AIP secundário é a doença de Crohn.³ Contudo, há outras condições associadas, incluindo apendicite, colite ulcerativa, diverticulite e carcinoma colorretal, infecção do trato urinário (ITU) e instrumentação das vias urinárias superiores.^{4,5}

São mais propensos os portadores do vírus da imunodeficiência humana^{6,7} e de trauma direto do musculo ileopsoas.³ Em gestantes, pode estar associado a pequeno hematoma infectado após parto,^{1,6} especialmente, associado à contaminação por contiguidade decorrente da episiotomia.^{8,9}

A anatomia peculiar do musculo psoas e de sua fásia o coloca em relação direta com estruturas do mediastino até a coxa. As fibras musculares ficam próximas de vísceras como sigmoide, apêndice, jejuno, ureteres, rins, pâncreas, coluna, linfonodos e ilíacos e qualquer doença subdiagnosticada nesses órgãos pode se manifestar como abscesso de psoas.¹⁰

Recebido em: 10/10/2014
Aprovado em: 15/11/2014

Instituição:
Hospital João XXIII – FHEMIG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Amanda Baraldi de Souza
E-mail: amandabaraldi@hotmail.com

RELATO DO CASO

Primípara, com 30 anos de idade, no 30º dia de pós-parto, há uma semana foi atendida em unidade de pronto-atendimento com dor em glúteo direito, irradiada para a coxa ipsilateral, iniciada no pós-parto imediato e desde então, sem melhora espontânea. Foi submetida à tomografia computadorizada (TC) de coluna toracolombar, que não revelou qualquer alteração, sendo encaminhada para acompanhamento em ambulatório, em uso de anti-inflamatório não esteroide.

Foi encaminhada ao Hospital de Pronto-Socorro João XXIII com as mesmas queixas da semana anterior, após avaliação ginecológica normal. Foi admitida para internação hospitalar, sendo observados aumento da intensidade da lombociatalgia, marcha parética, limitação funcional e edema de membro inferior, sem sinais flogísticos locais. O exame neurológico estava normal.

Apuraram-se, no terceiro dia de internação, edema bilateral, pior à direita, sinal de Homans negativo, edema endurecido em região sacral direita. A ultrassonografia (US) com doppler de membros inferiores não revelou sinais de trombose venosa profunda.

No quarto dia após a sua admissão hospitalar, houve mais intensidade da dor, com sinal de Thompson positivo, Lasèqué negativo, sem alterações sensitivas ou síndrome da cauda equina.

O edema tornou-se mais intenso e estendeu-se até o terço médio da coxa direita, acompanhado de temperatura axilar de 39°C, leucocitose (50.400 leucócitos/mm³ e desvio até mielócitos), tendo sido realizada nova TC (Figura 1) da região lombossacra, que permitiu estabelecer o diagnóstico de abscesso de psoas direito. Iniciada antibioticoterapia de largo espectro e drenagem da coleção, com exteriorização de grande volume de secreção purulenta inodora. Foram realizadas duas incisões amplas com coleta de secreção para cultura e posicionados drenos. Houve melhora clínica progressiva. A cultura da secreção coletada da região do psoas revelou o crescimento de *S. agalatie*. A antibioticoterapia foi mantida por 14 dias.

DISCUSSÃO

A mortalidade associada ao abscesso de psoas é de 2,5%, atingindo 18,9% em caso de retardo em seu tratamento.¹¹ Desde a sua descrição inicial, por Herman Mynter, em 1881, foram descritos cerca de 400

casos,^{8,9,12} sendo poucas as descrições de abscesso primário de psoas após parto vaginal.⁹

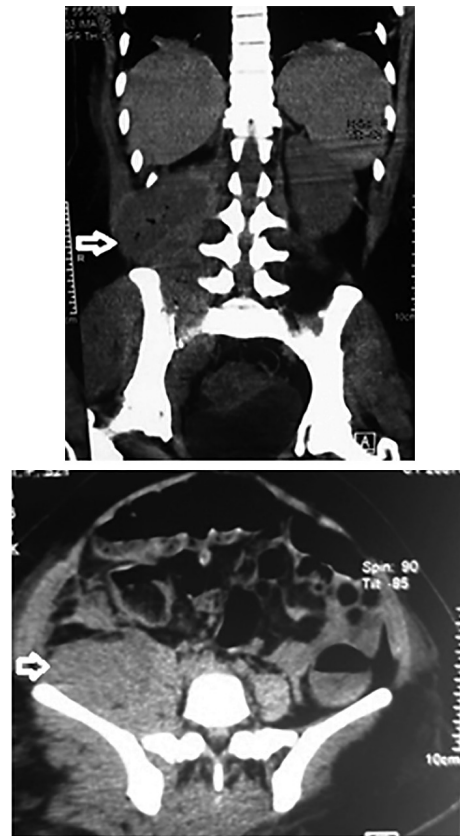


Figura 1 - TC evidenciando coleção de iliopsoas.

O abscesso do psoas foi caracterizado inicialmente¹² pela tríade de dor lombar, claudicação e febre, que é encontrada em 30% dos casos.¹³

A maior parte dos pacientes apresenta sintomatologia insidiosa e não específica, como mal-estar e queimação, que pode evoluir com mais especificidade, como os descritos classicamente, o que dificulta o seu diagnóstico.

Nesse caso descrito, a sintomatologia era tão inespecífica que, em determinado momento, foi acompanhada por clínicas diferentes (Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Ortopedia, Neurocirurgia) com hipóteses diagnósticas distintas.

É importante considerar a inervação do músculo psoas (L2, L3 e L4) e associá-la à queixa de dor do paciente. Além disso, o abscesso do psoas é afecção que deve ser considerada no pós-parto associada à episiotomia e com dor em membro inferior e dificuldade de deambulação.

O microrganismo mais comumente associado é o *S. aureus*¹⁴, mas podem ser encontrados também:

Escherichia coli, *Bacterioides sp*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Streptococcus viridans*, *Enterococcus faecalis*, *Peptoestreptococcus* e *S. viridans*.¹⁴

O recurso propedêutico mais amplamente aceito para o diagnóstico de abscesso do psoas, com 80 a 100% de especificidade para identificar sua presença, é a TC.¹⁵ A US apresenta apenas 50 a 60% de sensibilidade para o diagnóstico dessa afecção retroperitoneal.¹⁶

O tratamento deve ser feito com antibióticos de largo espectro, com cobertura para *S. aureus*.¹⁷ Tradicionalmente, o tratamento de escolha é a drenagem cirúrgica aberta.¹⁸ A drenagem percutânea guiada pode ser alternativa efetiva e segura.¹⁹

Neste relato, após início de dificuldades de diagnóstico foi possível obter o diagnóstico de abscesso de psoas em que a TC foi decisiva e a intervenção antibiótica e a drenagem cirúrgica fundamentais para sua recuperação.

CONCLUSÃO

O AIP é raro, possui várias causas e pode se manifestar de forma variável. Pode se tornar grave se não diagnosticado e tratado precocemente. Acredita-se haver relação com os procedimentos obstétricos cirúrgicos do períneo (episiotomia) ou condições adquiridas em partes moles do assoalho pélvico no momento da expulsão fetal (hematoma).⁸

O diagnóstico é mais bem estabelecido pelo uso de exames de imagem, preferencialmente a TC, e a suspeição aguçada do médico assistente se faz necessária para seu diagnóstico precoce.

O tratamento de escolha é antibioticoterapia de largo espectro com cobertura para *S. Aureus*, associada à drenagem efetiva da coleção.

REFERÊNCIAS

- Ruiz de la Hermosa A, Amunategui-Prats I, Hurtado Caballero E, Cortese S, Munoz-Calero Peregrin A. Psoas abscesso due to *Pasteurella multocida*. *Rev Gastroenterol Mex*. 2011 Oct; 76(4):366-9.
- Adelekan MO, Taiwo SS, Online BA. A review of psoas abscesso. *Afr J Clin Exp Microbiol*. 2004 Jan; 5(1):55-63.
- Agraewal SN, Dwivedi AJ, Khan M. Primary psoas abscess. *Dig Dis Sci*. 2002; 47:2013-5.
- Taiwo B. Psoas abscesses: a primer for the internist: case report. *South Med J*. 2001; 94:78-80.
- Van Dongen LM, Lubbers EJC. Psoas abscess in Crohn's disease. *BJS*. 1982 Oct; 69(10):589-90.
- van den Berge M, de Marie S, Kuipers T, Jansz AR, Bravenboer B. Psoas abscess: report of a series and review of the literature. *Neth J Med*. 2005 Nov; 63(10):413-6.
- Walsh TR, Reilly JR, Hanley E, Webster M, Peitzman A, Steed DL. Changing etiology of iliopsoas abscess. *An J Surg*. 1992; 163(4):413-6.
- Shahabi S, Klein JP, Rinaudo PF. Primary psoas abscess complicating a normal vaginal delivery. *Am Coll Obstet Gynecol*. 2002; 99(5):906-9.
- Young OM, Werner E, Sfakianaki AK. Primary psoas muscle abscess after an uncomplicated spontaneous vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 2010; 116(2): 477-9.
- Mallick I, Thoufeeq M, Rajedran T. Iliopsoas abscesses. *Postgrad Med*. 2004, 80:459-62.
- Riyad MN, Sallam MA, Nur A. Pyogenic psoas abscess: discussion of its epidemiology, etiology, bacteriology, diagnosis, treatment and prognosis – case report. *Kuwait Med J*. 2003; 35:44-7
- Mynter H. Acute psoitis. *Buffalo Med Surg J*. 1881; 21:201-10
- Chern CH, Hu SC, Kao WF, Tsai J, Yen D, Lee CH. Psoas abscess: making an early diagnosis in the ED. *Am J Emerg Med*. 1997; 15:83-8.
- Ricci MA, Rose FB, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess: worldwide variations in etiology. *World J Surg*. 1986; 10:834-43.
- Bhattacharya R, Gobrial H, Barrington JW, Isaacs J. Psoas abscess after uncomplicated vaginal delivery: an unusual case. *J Obstet Gynaecol*. 2008; 28:544-6.
- Desadre AR, Cottone FJ, Evers ML. Iliopsoas abscess: etiology, diagnosis and treatment. *Am Surg*. 1995; 61:1087-91.
- Navarro Lopez V, Ramos JM, Meseguer V, Perez Arellano JL, Serrano R, Garcia ordonez MA, et al. Microbiology and outcome of iliopsoas abscesso in 142 patients. *Medicine (Baltimore)*. 2009 Mar; 88(2):120-30.
- Yacoub W, Sohn H, Chan S, Petrosyan M. Psoas abscess rarely requires surgical intervention. *Am J Surg*. 2008 Aug; 196(2):223-7.
- Dinc H, Ahmetoglu A, Baykal S, Sari A, Saryl O, Gumele HR. Image guided percutaneous of tuberculous iliopsoas and spondylodiskitic abscesses: midterm results. *Radiology*. 2002; 225:353-8.