

RELATO DE CASO**ABSCESO ILIOPSSOAS: UM RELATO DE CASO**

Iliopsoas abscess: a case report

Angélica Gomes de Carvalho¹; Heloyse Nascimento Lima¹; Clara Leticia Rocha Silva¹; Pedro Miranda Portugal Junior¹; Júlia Artiaga de Carvalho Coelho¹; Pedro Cuellar¹.

RESUMO

O abscesso de Iliopsoas (AI) é uma condição rara que afeta predominantemente os adultos jovens. É uma coleção purulenta que se forma dentro do músculo iliopsoas por várias razões. A forma primária ocorre devido à disseminação hematogênica ou linfática e a forma secundária, devido a expansão direta de um foco infeccioso próximo ao músculo iliopsoas. É uma doença insidiosa com curso clínico arrastado, apresentando febre, dor na coxa associada a dor abdominal e / ou lombar e pode haver limitação de movimentos na articulação do quadril. O objetivo deste estudo é demonstrar um caso de AI em uma paciente de 32 anos, internada no Hospital Público Geral de Palmas (HGPP), após o tratamento evoluiu com melhora sintomática e bom resultado clínico.

PALAVRAS-CHAVE: Iliopsoas; Abscesso; Drenagem

**ACESSO LIVRE**

Citação: Carvalho AG, Lima HN, Silva CLR, Junior PMP, Coelho JAC, Cuellar P. (2020) Abscesso iliopsoas: um relato de caso. Revista de Patologia do Tocantins, 7(2):.

Instituição: ¹Acadêmico (a) do curso de Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Palmas, Tocantins, Brasil; ² Medico Docente Universidade Federal do Tocantins, Palmas, Tocantins, Brasil.

Autor correspondente: Angélica Gomes de Carvalho; Endereço eletrônico: gelica.carvalho@gmail.com; Endereço postal: 77001 – 048

Editor: Carvalho A. A. B. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 18 de outubro de 2020.

Direitos Autorais: © 2020 Carvalho et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

ABSTRACT

Iliopsoas Abscess (IA) is a rare condition that predominantly affects young adults. It is a purulent collection that forms inside the iliopsoas muscle for several reasons. The primary form is due to hematogenous or lymphatic dissemination and the secondary form is the direct expansion of an infectious focus near the iliopsoas muscle. It is an insidious disease with a dragged clinical course, presenting with fever, thigh pain associated with abdominal and / or lower back pain, and there may be limitation of movements in the hip joint. The aim of this study is to demonstrate a case of IA in a 32-year-old female patient, admitted to the Palmas General Public Hospital (HGPP), after treatment, the patient evolved with symptomatic improvement and good clinical outcome.

KEY-WORDS: Iliopsoas; Abscess; Drainage

INTRODUÇÃO

O músculo psoas encontra-se, anatomicamente, no espaço retroperitoneal, e apresenta relação direta com estruturas do mediastino até a coxa como o trato gastrointestinal (cólon sigmoide, ceco, apêndice vermiforme, pâncreas e jejuno), sistema urinário (rins e vias excretoras), coluna vertebral e articulação coxofemoral (1). O Abscesso do Músculo Iliosoas (AMI) é uma patologia rara, que incide, predominantemente, em adultos jovens (2,3). Trata-se de uma coleção purulenta que se forma no interior do compartimento do músculo psoas (4).

Os indivíduos mais propensos a desenvolver essa patologia são os portadores de imunodeficiências, indivíduos que sofreram trauma direto no músculo iliopsoas e gestantes que apresentem hematomas infectados no pós parto ou aquelas que durante o parto se submetem a episiotomia (5,6,7,8).

O AMI pode ser classificado em primário e secundário a depender da existência de patologia de base. Na forma primária, o mecanismo patogênico se dá por disseminação hematogênica ou linfática, a qual é facilitada pela presença de comorbidades como diabetes mellitus, síndrome da imunodeficiência humana adquirida, alcoolismo e neoplasias. Por outro lado, a forma secundária resulta da expansão direta de um foco infeccioso próximo ao musculo iliopsoas. Dentro os focos principais, destacam-se a coluna vertebral (mal de pott), articulação sacroilíacas, sistema genital (Infecção do trato urinário) e aparelho digestivo (doença de Crohn, apendicite, retocolite ulcerativa e diverticulite) (9,10).

A doença é insidiosa e apresenta curso clínico arrastado, apresentando como principais queixas febre, dor em coxa associada a dor abdominal e/ou lombar, pode haver ainda limitação dos movimentos na articulação do quadril. Sintomas inespecíficos de astenia, fraqueza, anorexia e perda de peso também podem ser encontrados nos indivíduos portadores dessa afecção (11).

O objetivo deste relato foi descrever o caso de uma paciente que deu entrada no Hospital geral de Palmas no mês de junho de 2019 e foi diagnosticada com Abscesso no músculo iliopsoas.

RELATO DE CASO

M. S. B., 32 anos, solteira, branca, auxiliar de cozinha, natural de Altamira – PA, procedente de Palmas – TO, sem comorbidades, foi admitida no Hospital Geral Público de Palmas, com história de dor de forte intensidade em fossa ilíaca direita com irradiação para membro inferior direito associada a anorexia, náuseas e vômitos há cerca de 4 dias

sem melhora com uso de analgésicos. Negava sintomas urinários, corrimento vaginal, atraso menstrual. Relatou apendicectomia há 2 anos. Apresentava-se em regular estado geral, hidratada, afebril, anictérica, acianótica, normocorada. Abdome apresentava-se flácido, com ruídos hidroaéreos presentes, dor a palpação superficial e profunda em fossa ilíaca direita e flanco direito e presença de massa palpável em fossa ilíaca direita. Blumberg positivo. Foram solicitados exames laboratoriais na admissão e uma tomografia de abdome com contraste, a qual evidenciou coleção em região de flanco direito. (figura 1, figura 2 e figura 3)

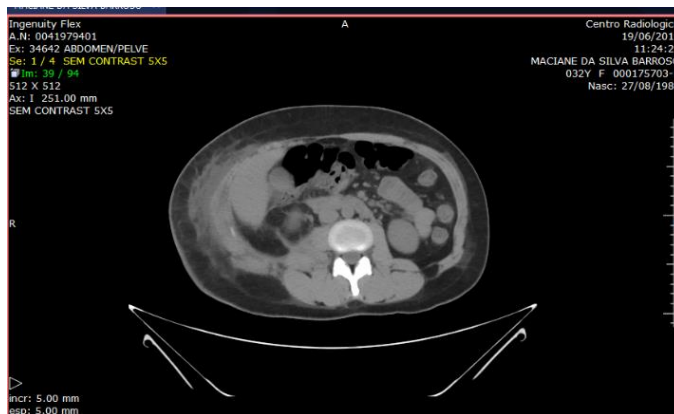


Figura 2

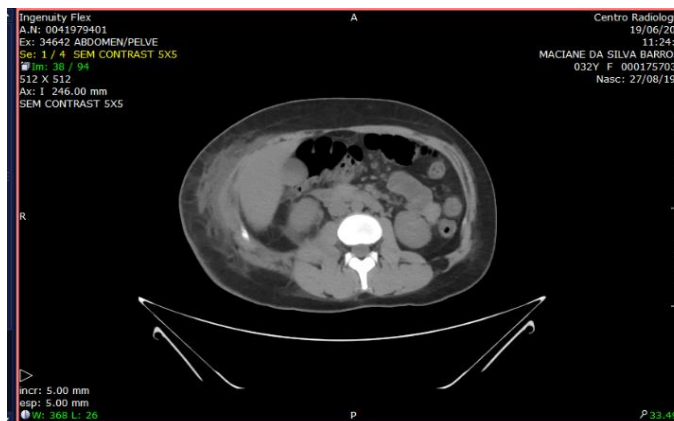


Figura 3

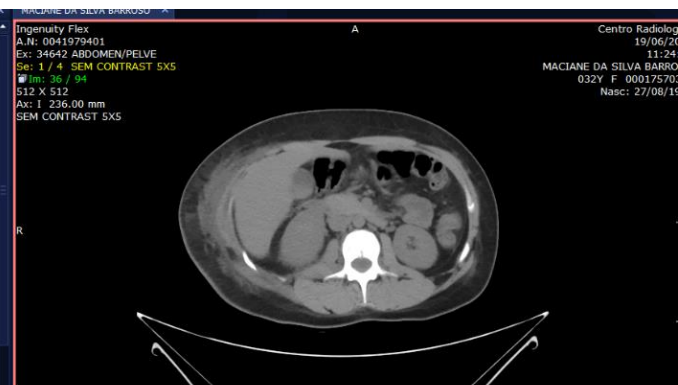


Figura 1

Após resultado de exames associado ao exame físico e história clínica a paciente foi diagnosticada com Abscesso do músculo Psoas. Foi submetida então a uma drenagem cirúrgica do abscesso, sendo drenado da cavidade cerca de 150 ml de liquido purulento e fétido, sendo colocado um dreno de Portovack para auxiliar na drenagem de secreções remanescentes. No pós-operatório, paciente evoluiu sem febre, com melhora da dor em fossa ilíaca direita, ferida operatória com ótimo aspecto sem sinais flogísticos. Realizada antibioticoterapia com Metronidazol 500mg associado a Ceftriaxona 1g. O dreno portovack foi retirado em quarto dia de pós-operatório, com debito insignificante, recebendo alta no mesmo dia, após melhora clínica e laboratorial.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A evolução do AIM é lenta, podendo se arrastar por semanas, e como sua sintomatologia é bem inespecífica, diagnóstico diferencial com outras doenças se faz pertinente, como Apendicite, Artrite séptica e osteomielite. O diagnóstico é feito com base na suspeita clínica e confirmação com exames de imagens, ultrassonografias, tomografias, sendo este de melhor acurácia, e ressonância magnética (12). Diante de um quadro, em que se confirma o AIM deve-se imediatamente instituir o tratamento, com drenagem do abscesso, e uso de antibióticoterapia (13). Quando não drenado, pode levar a sepse com mortalidade que varia de 50% a 80% (14). A abordagem terapêutica pode ser realizada por cirurgia convencional ou por meio de métodos minimamente invasivos, como drenagem percutânea, drenagem guiada por tomografias, diminuindo morbimortalidade e menor tempo de internação hospitalar (15).

Os agentes infecciosos mais comumente associado é o *S. aureus*, mas podem ser encontrados também: *Escherichia coli*, *Bacterioides sp*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Streptococcus viridans*, *Enterococcus faecalis*, *Peptoestreptococcus* e *S. viridans* (16), sendo necessário um antibiótico de amplo espectro.

O AIM é uma patologia rara, mais comumente encontrado em paciente imunossuprimidos, por se tratar de uma variabilidade de agentes infecciosos, o diagnóstico precoce é extremamente importante, evitando assim complicações serias, como sepse. A conduta terapêutica se baseia em antibioticoterapia e drenagem do abscesso, os pacientes em sua maioria evoluem bem após o tratamento

11. Daly BD, McPhillips M, Leung AW, Evans RM, Metreweli C. Ultrasound, computed tomography and magnetic resonance in the investigation of iliopsoas compartment disease. *Australas Radiol* 1992;36:294-96.
12. 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(1):83-8.
13. Duani H, Nunes VR, Assumpção AB, Saraiva IS, Rosa RM, Neiva AM, et al. Bilateral paracoccidioidomycotic iliopsoas abscess associated with ileo-colonic lesion. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2012;45(5):649-51
14. Puri SK, Panicker H, Narang P, Kumar N, Dhali A, Gupta SB. Percutaneous drainage of tuberculous abscesses. *Muskuloskelatal Radiol*. 2001;11(1):13-6.
15. Danaci M, Belet U, Akan H, Selcuk MB, Karaismailoglu TN, Elmail E, et al. Treatment of tuberculous and nontuberculous psoas abscesses with percutaneous catheter drainage. *Omu Tlp Dergisi*. 1999;16:55-61.
16. Ricci MA, Rose FB, Meyer KK. Pyogenic psoas abscess: worldwide variations in etiology. *World J Surg*. 1986;10:834-43.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adam F, Jaziri S, Chauvin M — Psoas abscess complicating femoral nerve block catheter. *Anesthesiology*, 2003;99:230-231.
2. NETO AS, TORRE MB, SCHWARTZ AD, BOGUS LCN, ANDRADE MR, MARQUES H. Abscesso do ileopsoas-diagnóstico por imagem. *Pediatria*. 1995; 17 (3):159-161.
3. HERNÁNDEZ FJ, ROMÁN JS, MEDINA CO. Absceso del músculo iliopsoas y lupus eritematoso sistémico. *An. Med. Internal*. 2003; 20(4):198-200
4. Mallick IH, Thoufeeq MH, Rajendran TP. Iliopsoas abscesses. *Postgrad Med J*. 2004;80(946):459-62. Review.
5. 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.
6. Walsh TR, Reilly JR, Hanley E, Webstwer M, Peitzman A, Steed DL. Changing etiology of iliopsoas abscess. *An J Surg*. 1992;163(4):413-6.
7. Agraewal SN, Dwivedi AJ, Khan M. Primary psoas abscess. *Dig Dis Sci*. 2002;47:2013-5.
8. Shahabi S, Klein JP, Rinaudo PF. Primary psoas abscess complicating a normal vaginal delivery. *Am Coll Obstet Gynecol*. 2002;99(5):906-9.
9. Parbhoo A, Govender S. Acute pyogenic psoas abscess in children. *J Pediatr Orthop* 1992; 12:663-6.
10. Dowd MD, Hegenbarth MA, Seidel FG. Case 01-1992:an 11year-old boy with fever and a painful hip. *Pediatr Emerg Care* 1992; 8:366-9.