

## Abscesso de músculo psoas de provável origem em coluna lombossacral: relato de caso

*Psoas muscle abscess of probable origin in the lumbosacral spine: case report*

Mateus Soares da SILVA<sup>1</sup>, Marco Aurélio NISIIDE<sup>1</sup>, Paulo Henrique de Oliveira Rodrigues RODRIGUES<sup>2</sup>

**PALAVRAS-CHAVE:** Abscesso psoas. Dor lombar. Cirurgia.  
**KEYWORDS:** Psoas abscess. Low back pain. Surgery.

### INTRODUÇÃO

Os abscessos retroperitoneais, embora menos comuns que os intraperitoneais, recobrem-se de especial importância por conta de sua elevada mortalidade.<sup>1</sup> Um dos mais importantes é o do músculo psoas que tem apresentado incremento em seu número de diagnósticos ao longo dos últimos anos, provavelmente atrelado à disseminação e maior acessibilidade de tomografia computadorizada nas últimas décadas.<sup>2</sup>

O abscesso de psoas pode ser descrito como rara complicação resultante da instalação e progressão de processo infeccioso local<sup>3</sup> levando à formação de coleções de pus. Pode ser classificado como primário, quando o agente etiológico chega ao compartimento muscular advindo de alguma região corporal distante<sup>2</sup>, ou secundário, nas ocasiões em que ocorre a disseminação do micro-organismo por contiguidade através de estruturas anatómicas adjacentes.<sup>4,5,6</sup>

O diagnóstico do abscesso de psoas geralmente é difícil por conta da falta de especificidade dos sintomas em sua fase inicial.<sup>7,8</sup> A mortalidade pode atingir valores elevados quando há retardo em sua abordagem<sup>1</sup>, o que torna indispensável seu rápido diagnóstico e manejo.<sup>9</sup>

### RELATO DO CASO

Mulher de 54 anos, parda, chega para avaliação médica fazendo uso de cadeira de rodas e queixando-se de dor intensa associada à parestesia no membro inferior esquerdo. Inicialmente manifestou-se através de dor de forte intensidade e rápida progressão em região lombar que passou a irradiar ao membro inferior esquerdo. Foi subjetivamente descrita como uma sensação de esmagamento, até níveis inferiores à articulação do joelho. Os sintomas acentuavam-se mediante a realização dos movimentos de flexão e extensão das articulações do quadril e joelho esquerdos,

e amenizavam consideravelmente quando exercida alguma forma de compressão externa sobre as regiões acometidas, especialmente o compartimento anterior da coxa, onde a sintomatologia era mais intensa. Ao longo dos 2 dias de evolução até que procurasse ajuda médica, os sintomas agravaram-se de tal modo que lhe tornaram incapaz de deambular.

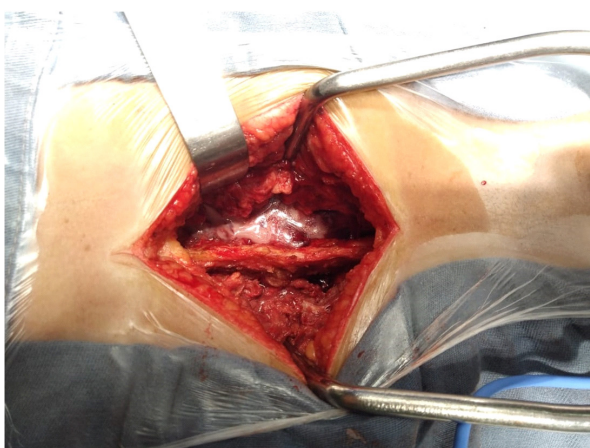
A paciente referia encontrar-se previamente hígida, sem déficits motores ou sintomas neurológicos prévios; negava também episódios recentes de febre ou cefaleia, assim como de quadros infecciosos ou processos inflamatórios. Fazia uso apenas de medicação anti-hipertensiva (losartana) e inibidor da bomba de prótons (omeprazol) e negava histórico de traumatismos recentes ou lesões de contiguidade locais. Como antecedentes de relevância, possuía apenas anterolistese lombar de L5 sobre S1 que havia sido diagnosticada por ressonância magnética há cerca de 2 meses (Figura 1) para a qual vinha fazendo acompanhamento expectante com sessões de fisioterapia.

A paciente foi admitida clinicamente estável e orientada; ao exame físico não foram observadas linfonodomegalias, ausculta cardíaca e respiratória sem particularidades e sinal de Lasègue positivo à esquerda, sem manifestações correspondentes no membro inferior contralateral. Os exames laboratoriais evidenciaram anemia microcítica e normocrômica (hemácias: 3,63 milhões/mm<sup>3</sup>, hemoglobina: 9,9 g/dl, hematócrito: 27,9% e VCM: 76,9), leucocitose com desvio à esquerda (28.600/mm<sup>3</sup>), plaquetose (556.000/mm<sup>3</sup>), aspartato aminotransferase de 87 e VHS também aumentado (93). Os testes rápidos de HIV, VDRL, HCV, HbsAg e a amostra de sangue coletada para hemocultura apresentaram todos resultados negativo.



**FIGURA 1** - Exame de ressonância magnética demonstrando anterolistese de vértebra L5 sobre S1

Em seguida, baseando-se na rápida piora clínica, com dor radicular intensa característica, e levando em consideração o fato de que já vinha fazendo acompanhamento para espondilolistese com indicação de tratamento cirúrgico, optou-se pela realização dessa intervenção. Foi realizada incisão lombar longitudinal e dissecação subperiosteal dos corpos vertebrais acometidos (L5-S1) tendo sido nesse momento observada grande quantidade de pus proveniente da pelve que drenava pelos forames obturados (Figura 2).

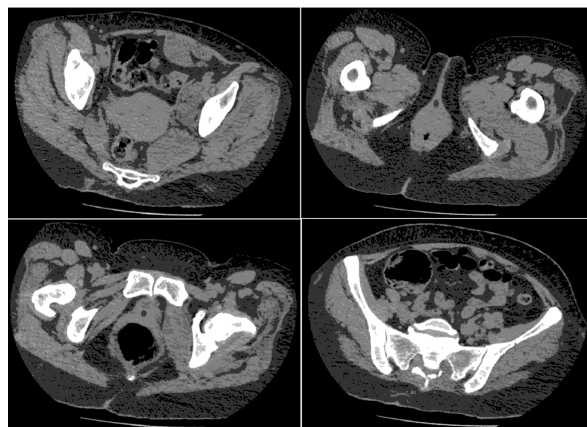


**FIGURA 2** - Coleções de pus encontradas em região correspondente aos corpos vertebrais de L5 e S1.

Amostra desse material foi coletada e encaminhada à cultura, não sendo observado o crescimento de micro-organismos. Por fim, foi realizada laminectomia da vértebra S1 e estabilização da coluna lombossacra por meio de artrodese das vértebras L5 e S1, em seguida foi prescrita antibioticoterapia empírica com cobertura para gram-positivos e micro-organismos entéricos.

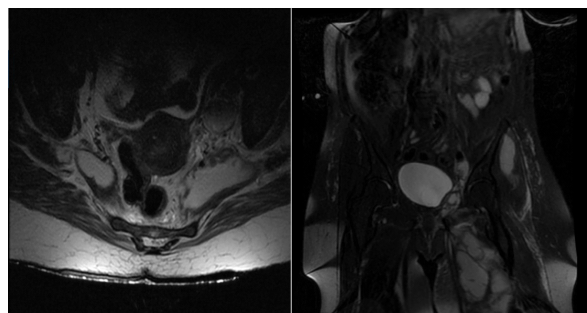
No pós-operatório imediato foi solicitada tomografia computadorizada de abdome em que se demonstrou a presença de sinais indicativos de coleções de pus remanescentes no compartimento pélvico pré-sacral,

que se estendem aos forames obturatórios e à região do quadril bilateralmente, chegando ao terço médio do compartimento posterior da coxa esquerda, entremeando a musculatura glútea proximalmente e também adjacente à região inferior da parede abdominal anterior à esquerda (Figura 3).



**FIGURA 3** - Tomografia computadorizada demonstrando diversas coleções de pus em compartimentos variados.

Além disso, observou-se também a extensão das coleções ao compartimento paravertebral esquerdo (entremeando o músculo psoas). Tais achados foram também confirmados através de exame de ressonância magnética (Figura 4).

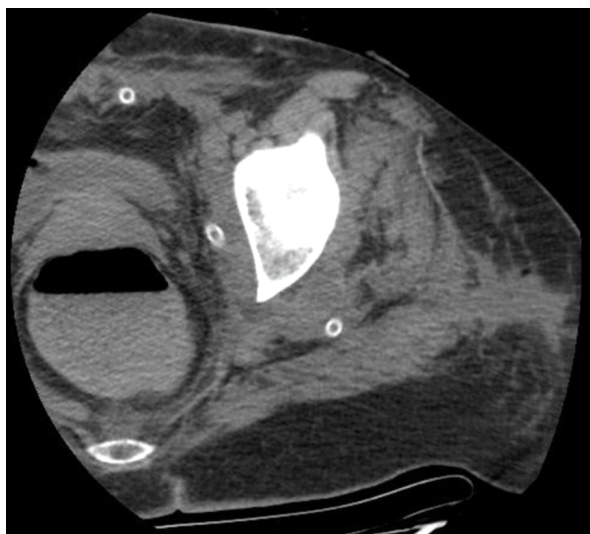


**FIGURA 4** - Ressonância magnética comprovando a presença de coleções residuais de pus

Realizou-se então laparotomia pélvica extraperitoneal para drenagem dessas abundantes coleções e investigação da eventual etiologia do processo, sem achados conclusivos. Além disso, realizou-se também incisão junto à loja muscular profunda da região lateral da coxa esquerda onde observou-se o nervo isquiático contido no interior da coleção pus, realizou-se então o acompanhamento do trajeto desse dissecando-o e drenando seu leito até a região distal da coxa, chegando-se às adjacências da fossa poplíteica. Ao final da abordagem foram alocados drenos nos compartimentos abdominal e proximal da coxa esquerda (Kocher Langenbeck) (Figura 5).

A paciente permaneceu internada, queixando-se ainda de dor intensa no pós-operatório imediato, e fazendo uso de antibioticoterapia. Ao longo dos dias seguintes de internamento observou-se a normalização no nível de leucócitos que coincidiu com a remissão gradual da dor, embora persistisse o quadro de paresia do

membro inferior esquerdo. Recebeu alta com prescrição de analgésicos e antibióticos, sessões de fisioterapia para reabilitação da função do membro e agendamento de retorno ambulatorial para o acompanhamento de sua evolução clínica.



**FIGURA 5** - Tomografia computadorizada pós-operatória demonstrando a alocação dos drenos em compartimento abdominal e na coxa esquerda.

## DISCUSSÃO

Embora sejam relativamente raros os abscessos do músculo psoas possuem grande importância pelo fato de apresentarem índice de mortalidade que pode atingir até 18,9% quando há retardo em seu diagnóstico e tratamento.<sup>1</sup> Levando em consideração o sítio de origem do agente infeccioso os abscessos podem ser considerados primários (menos comuns, cerca de 30% dos casos<sup>10</sup>), quando esse se origina de alguma região corporal distante e alcança o compartimento muscular em questão por meio de propagação hematogênica/linfática ou secundários, nos quais ocorre disseminação do micro-organismo por contiguidade através de estruturas adjacentes.<sup>4,5,6</sup> Além disso, observa-se que nos abscessos primários os indivíduos acometidos frequentemente são portadores de alguma condição causadora imunossupressora.<sup>11</sup> Nos secundários, por sua vez, a principal entidade associada ao processo é a doença de Crohn.<sup>11</sup> Além disso, a anatomia do músculo psoas o coloca em íntima relação com vísceras e outras estruturas desde o mediastino até a coxa fazendo com que diversos eventos inflamatórios locais como apendicites, diverticulites e espondilodiscites lombossacrais possam desencadear o processo.<sup>12</sup> A paciente, entretanto, não referia história de qualquer evento infeccioso ou inflamatório que pudesse ser relacionado, exceto sua espondilolistese.

Sabe-se que uma das principais causas associadas a quadros de peritonite secundária e formação de abscessos abdominais é o abdome agudo perforativo.<sup>13</sup> Dessa forma, uma das hipóteses diagnósticas para a origem do processo seria também tumor invasor da parede posterior das alças ascendente ou descendente do cólon; porém, em momento algum, foram encontrados

achados sugestivos de tal condição e nem de outras possíveis desencadeantes como, por exemplo, doença de Crohn.<sup>11,14</sup>

Uma vez instalado o processo infeccioso no compartimento do músculo psoas sua progressão faz com que geralmente ocorra sintomatologia inespecífica em que a tríade de dor lombar, claudicação e febre é observada em 30% dos casos.<sup>12</sup> A dor, por sua vez, é o sintoma mais frequentemente relatado e guarda relação com a inervação do músculo psoas que é proveniente das raízes L2, L3 e L4. É comum, portanto, que essa se irradie aos flancos, quadril, coxa e à região anterior da bacia<sup>11</sup>, manifestando-se especialmente na extensão do membro inferior correspondente e fazendo com que o paciente comumente assumira posição antálgica.<sup>15</sup> Além disso, as queixas de parestesia e dor no compartimento anterior da coxa esquerda que foram referidas pela paciente podem ser explicadas por provável extensão do abscesso ao nervo femoral, que guarda íntima relação com o músculo psoas.<sup>16</sup> Esse nervo origina-se também da confluência de ramos das raízes nervosas L2, L3 e L4, emitindo ramos motores e sensoriais responsáveis pela inervação da musculatura que integra o compartimento anterior da coxa<sup>16</sup> (onde as queixas eram mais intensas).

No que se refere aos micro-organismos associados ao desenvolvimento do abscesso de psoas, observa-se que nos primários - embora o sítio de partida do agente infeccioso geralmente seja desconhecido -, *Staphylococcus aureus* (80%)<sup>9</sup> e gram-negativos são os principais representantes isolados em amostras de cultura.<sup>2</sup> Nos secundários, pelo fato da disseminação dos micro-organismos ser proveniente de estruturas adjacentes infectadas ou colonizadas<sup>9</sup>, os principais agentes são bactérias entéricas, sendo a *Escherichia coli* a principal representante.<sup>4</sup> Além disso, existem relatos nos quais o abscesso do músculo psoas é originado da propagação de micro-organismos advindos especificamente da coluna lombossacra, situação essa em que o principal agente isolado nas culturas é o *Mycobacterium tuberculosis* (o que caracteriza a chamada doença de Pott<sup>3</sup>). Embora tal mecanismo talvez tenha sido o observado na paciente do caso, entretanto, tanto as culturas de sangue quanto de pus realizadas apresentaram resultados negativos.

Também são descritas na literatura a verificação de alterações em outros exames laboratoriais inespecíficos que ajudam na suspeição do quadro. Dentre esses cita-se, por exemplo, leucocitose e anemia que são observadas em 83% e 42,6%, respectivamente.<sup>7</sup> A velocidade de hemossedimentação também é outro parâmetro que se apresenta frequentemente elevado (>50 em 73% das ocasiões), assim com a aspartato aminotransferase (>40 em 38% dos casos).<sup>3,7</sup> A paciente do caso, por exemplo, apresentou tais alterações em seus exames.

Todavia, ainda assim o diagnóstico do abscesso de psoas é de difícil realização dada à falta de especificidade dos sintomas iniciais.<sup>11</sup> A investigação do quadro geralmente parte das queixas clínicas e os exames de imagem são importantes ferramentas. Nesses casos a radiografia simples de abdome apresenta valor limitado uma vez que alterações características são observadas

em apenas 30%.<sup>11</sup> A ultrassonografia de abdome, por sua vez, é capaz de estabelecer o diagnóstico em 60%, e é útil também quanto a indicação e execução da conduta terapêutica menos invasivas (como punções ou drenagens).<sup>11</sup> A tomografia computadorizada de abdome é a técnica de maior acurácia para detecção do abscesso de psoas, apresentando sensibilidade de aproximadamente 100%.<sup>11</sup>

O tratamento do abscesso de psoas reside em 2 pontos fundamentais: drenagem e antibioticoterapia.<sup>9</sup> A escolha do antibiótico é inicialmente empírica e baseia-se na cobertura dos patógenos mais comumente associados devendo, necessariamente, abranger *Staphylococcus aureus* e micro-organismos entéricos (tanto aeróbios quanto anaeróbios).<sup>9</sup> Posteriormente a terapêutica deve ser readequada de acordo com as culturas e testes de sensibilidade que serão realizados.<sup>9</sup> Em relação à abordagem do abscesso observa-se atualmente maior predileção por técnicas minimamente invasivas, como a drenagem guiada por ultrassom, além destas estarem relacionadas a menor trauma e tempo de internamento.<sup>17</sup> Todavia, em casos mais avançados (sepse grave, coleções abundantes) sugere-se a realização de intervenções cirúrgicas abertas.<sup>18</sup>

#### Trabalho realizado no

<sup>1</sup>Departamento de Medicina, Campus Toledo, Universidade Federal do Paraná, Toledo, PR, Brasil;

<sup>2</sup>Departamento de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

#### Correspondência:

Mateus Soares da Silva  
Email: mss-soares1@hotmail.com

Conflito de interesse: Nenhum  
Financiamento: Nenhum

#### Contribuição dos Autores

Conceito, design e análise dados: Mateus Soares da Silva; Marco Aurélio Nisiide; Paulo Henrique de Oliveira Rodrigues

Redação e revisão crítica: Mateus Soares da Silva; Marco Aurélio Nisiide; Paulo Henrique de Oliveira Rodrigues

Aprovação da versão final: Mateus Soares da Silva; Marco Aurélio Nisiide; Paulo Henrique de Oliveira Rodrigues

## REFERÊNCIAS

- 1) Riyad M, Sallam M, Nur A. Pyogenic psoas abscess: discussion of its epidemiology, etiology, bacteriology, diagnosis, treatment and prognosis – case report. *Kuwait Med. J.* 2003;35(1):44-47.

- 2) Leão A, Amaral R, Abud T, Demarchi G, Freire E, Novack P, et al. Patologias do compartimento iliopsoas: avaliação radiológica. *Rad. Bras.* 2007;40(4):267-72. <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-39842007000400013>.
- 3) Vilar F, Neves F, Colares J, Fonseca B. Tuberculose vertebral (doença de Pott) associada a abscesso de psoas: relato de dois casos e revisão da literatura. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2006;3(39):278-82.
- 4) Santaella R, Fishman E, Lipsett P. Primary vs Secondary Iliopsoas Abscess. *Archives Of Surgery.* 1995;130(12):1309. <http://dx.doi.org/10.1001/archsurg.1995.01430120063009>.
- 5) Franco-Paredes C, Blumberg H. Psoas Muscle Abscess Caused by Mycobacterium tuberculosis and Staphylococcus aureus: case report and review. *The American Journal Of The Medical Sciences.* 2001;321(6):415-17. <http://dx.doi.org/10.1097/00000441-200106000-00008>.
- 6) Buttaró M, González D, Piccaluga F. Abscesso de psoas associado a artroplastia total de quadril infectada. *J Arthroplasty.* 2002;17:230-4.
- 7) Chang C, Ko W, Lee H, Chen Y, Chuang Y. Abscesso de Klebsiella pneumoniae psoas: predomínio em pacientes diabéticos e grave prognóstico nos casos de formação de gases. *J. Microbiol. Immunol. Infect.* 2001;34(4):201-6.
- 8) Silva F, Mizoguchi F, Saito R, Souza J. Psoíte secundária: relato de caso em indivíduo com aids e revisão de literatura. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2008;3(41):332-38.
- 9) Kraychete D, Rocha A, Castro P. Abscesso do músculo psoas em paciente submetida à analgesia por via peridural: relato de caso. *Revista Brasileira de Anestesiologia.* 2007;57(2):195-98. <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-70942007000200009>.
- 10) Chawla K, Souza A, Bhat N, Mukhopadhyay C. Primary tubercular psoas abscess: a rare presentation. *J Infect Dev Ctries.* 2012;6(1):86-8.
- 11) Araújo P, Barbosa M, Melo F, Melo H, Brandão E. Abscesso do músculo psoas associado à infecção por Mycobacterium tuberculosis em paciente com Aids. *Medicina Ribeirão Preto (Online).* 2016;1(41):86-89. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v49i1p86-89>
- 12) Souza A, Teixeira J, Drumond D. Iliopsoas abscess in puerpera - case report. *Revista Médica de Minas Gerais.* 2014;24(4):542-44. <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20140148>.
- 13) Coelho J, Baretta G, Okawa L. Seleção e uso de antibióticos em infecções intra-abdominais. *Arq Gastroenterol.* 2007;1(44):85-90.
- 14) Habr-Gama A et al. Doença de Crohn intestinal: manejo. *Rev Assoc Med Bras.* 2011;1(57):10-13.
- 15) Pires A, Reis A, Grisi S. Abscesso de músculo psoas em crianças. *Jornal de Pediatria.* 1996;72(4):263-66.
- 16) MOORE, Keith L.; Dalieu, Arthur F.; AGUR, Anne M.R.; *Anatomia orientada para a clínica.* 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- 17) Martins D, Cavalcante F, Falsarella P, Rahal A, Garvia R. Percutaneous drainage of iliopsoas abscess: an effective option in cases not suitable for surgery. *Einstein (São Paulo).* 2018;16(3):1-5.
- 18) Sartelli M. A focus on intra-abdominal infections. *World Journal Of Emergency Surgery.* 2010;5(1):9.