

ABSCESSO DO PSOAS. RELATO DE UM CASO E REVISÃO DA LITERATURA *

Psoas muscle abscess. A case reported and literature review

* Trabalho realizado no Hospital Municipal de Santo André - Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC.

Caporale, Julio Cesar **
Sarni, Carlos Roberto Luís ***
Waisberg, Jaques ***
Schmillevitch, Joel ****
Speranzini, Mânlio Basílio *****

RESUMO: Os autores apresentam um caso de abscesso do músculo psoas e fazem revisão bibliográfica a respeito dos abscessos retroperitoneais e retrofasciais. É analisada a anatomia destes espaços e suas relações com os órgãos neles contidos. Enumeram as principais etiologias, onde se destacam como causas mais freqüentes as complicações de doenças do trato gastrointestinal e em particular do cólon, e a pielonefrite.

Os abscessos primários são infreqüentes. São analisados os principais sinais e sintomas mas sendo os mais comuns a febre e dor lombar, abdominal ou em flanco. Os principais microorganismos envolvidos são Gram negativos (*E. coli*), havendo também destaque para o *S. aureus* e *M. tuberculosis*. O principal método diagnóstico é a ultrassonografia. O tratamento preconizado é a antibioticoterapia de largo espectro ou, se necessário, drenagem cirúrgica e antibioticoterapia baseada no resultado da cultura do material do abscesso.

No caso apresentado, a dor local, a febre e a posição antálgica característica, permitiram a suspeita diagnóstica, confirmada pela ultrassonografia, e através desse exame foi possível acompanhar a evolução da afecção. A cura se deu pela drenagem cirúrgica. A ausência de crescimento bacteriano na cultura foi atribuído ao uso prévio de antibióticos.

PALAVRAS CHAVE — Espaço Retroperitoneal
— Abscesso
— Cirurgia

SUMMARY: The authors examine a case of the psoas' muscle abscess and review the literature on retroperitoneal and retrofascial abscesses in order to analyse the anatomy of those spaces and their relations with adjacent organs.

They present a survey of the principal etiologies which can lead to those abscesses and identify as their commoner cause the complications of the gastrointestinal pathologies, mainly the colon diseases. Another very common cause is the pyelonephritis. The primary abscess is rare.

The authors study the main signals and symptoms, such as fever and lumbar, abdominal and flank pain. The principal micro-organisms involved in those abscesses are the Gram negative (*E. coli*) as well as with some cases showing an outstanding presence of *S. aureus* and *M. tuberculosis*. The chief diagnostic technique is ultrasonography. The treatment suggested in all literature is the drainage combined with a proper antibiotic therapy based on the result of the culture of the abscess material.

In this case reported, the local pain, fever and characteristic antalgic position allowed the diagnostic suspicion which was confirmed by ultrasonography. Through this examination was possible to follow its evolution. The cure was achieved by surgical drainage. The absence of bacterial growth in the culture occurred by the previous employment of antibiotics.

KEY-WORDS — Retroperitoneal Space
— Abscess
— Surgery

INTRODUÇÃO

Os abscessos retroperitoneais e retrofasciais constituem uma afecção pouco freqüente, de curso clínico insidioso e de difícil diagnóstico. Durante muitos anos os métodos diagnósticos para localização dos processos inflamatórios retroperitoneais e retrofasciais basearam-se na utilização do raio X simples do abdômem, urografia excretora e exames contrastados do trato gastrointestinal, os quais se mostraram pouco efetivos. Hoje, com o desenvolvimento da ultrassonografia e do mapeamento com

radioisótopos, sua localização e diagnóstico se tornaram mais precisos. Por outro lado, o sucesso do tratamento desta afecção baseia-se no diagnóstico precoce e instituição de drenagem cirúrgica e antibioticoterapia adequadas. Tivemos a oportunidade de acompanhar um caso de abscesso do músculo psoas, tratado clinicamente de início e posteriormente submetido à drenagem cirúrgica, tendo sido seu diagnóstico e acompanhamento realizados através de ultrassonografia. Pareceu-nos, deste modo, relevante descrever o caso e realizar uma revisão deste assunto.

** Ex-Residente de Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina do ABC.

*** Auxiliar de Ensino.

**** Médico do Serviço de Ultrassonografia.

***** Professor Titular.

RELATO DO CASO

A.S.C., masculino, 22 anos, solteiro, preto, procedente de São Paulo, R.G. 69353. Na internação (05/05/84) o paciente apresentava dor no membro inferior esquerdo há 6 dias, principalmente na face medial da coxa, com piora à deambulação, melhorando com a flexão do quadril. Acompanhavam o quadro febre e sudorese intensa. Negava traumatismo em região lombar ou em membro inferior esquerdo. Referia que, há um ano, teve a mesma sintomatologia em membro inferior direito, sendo submetido à drenagem de abscesso perirrenal direito. Não havia história de disúria ou hematuria.

No exame físico geral destacava-se a presença de febre (38°C). No exame do abdômem, havia dor à palpação profunda em flanco, fossa ilíaca e região lombo-sacral esquerda. Não se palpou tumoração. O paciente permanecia em flexão do quadril esquerdo e havia piora da dor quando o membro inferior esquerdo era estendido.

Os exames subsidiários mostravam leucocitose de 20.500/mm³ (7B, 78S), VHS de 38 mm e sedimento urinário com proteinúria, leucocitúria e cilindrúria.

Feita a hipótese diagnóstica de abscesso do psoas, o paciente foi submetido à ultrassonografia que confirmou o diagnóstico (fig. 1).

Como o paciente estava com estado geral conservado, optou-se por tratamento clínico com antibioticoterapia de largo espectro. O paciente manteve leucocitose em sua evolução e um novo exame ultrassonográfico revelou aumento das dimensões da coleção no músculo psoas (fig. 2). Diante do insucesso do tratamento conservador, o paciente foi submetido à cirurgia realizando-se a drenagem do abscesso do psoas através de incisão ampliada de Mc Burney à esquerda. Encontrou-se abscesso do psoas, procedendo-se à retirada do material purulento e lavagem exaustiva da loja abscedada e drenagem por contra-abertura com dreno túbulo-laminar. A cultura da secreção não mostrou crescimento bacteriano. Após sete dias o paciente recebeu alta curado e em bom estado. Durante o pós-operatório, o paciente permaneceu sob cobertura antibiótica e afebril, tendo drenagem de secreção purulenta mínima durante três dias, quando então o dreno foi retirado.

COMENTÁRIOS

De acordo com os estudos de Altemeier e Alexander (1), o espaço retroperitoneal é o espaço potencial entre o peritônio e a "fascia transversalis". Estende-se superiormente desde o diafragma até a margem verdadeira da pelvis, e inferiormente e lateralmente até as bordas laterais do músculo quadrado lombar. É dividido em anterior e posterior. O espaço retroperitoneal posterior ou perine-

frético, por sua vez, é dividido pela fáscia renal, em compartimento anterior e posterior. Esta fáscia renal, que envolve os rins e os grandes vasos, é fechada superiormente, pois se funde com o diafragma, e é aberta inferiormente, favorecendo a disseminação da infecção na direção da pelve, uma vez que a gordura perirenal faz continuação com a gordura pélvica. Ambos os espaços (anterior e posterior) se estendem além da linha mediana, embora a maioria das infecções limitadas a um ou outro lado. O espaço retroperitoneal inclui, além dos rins e grandes vasos, o cólon descendente e ascendente, a porção descendente do duodeno, o pâncreas, os ureteres e os vasos espermáticos ou ovarianos.

O espaço compreendido entre a fáscia transversalis e a musculatura da parede posterior, chamado espaço retrofascial, é ocupado pelo músculo iliopsoas e pela coluna vertebral. O espaço retrofascial é dividido em três outros, cada um contendo um músculo, um nervo e a fáscia muscular: o espaço retrofascial do músculo psoas, espaço retrofascial lombar e espaço retrofascial ilíaco (12). O espaço retrofascial do músculo psoas tem forma de funil e se estende do mediastino posterior até o terço proximal da coxa, formando um canal direto entre estas estruturas. Contém o músculo psoas, o nervo gêmeo-femoral, e tecido areolar e linfático. O músculo psoas se origina na 12.ª vértebra torácica e se insere no trocânter menor do fêmur, tendo sua fixação na coluna vertebral, pelvis e fêmur. Superiormente passa por debaixo do ligamento arqueado do diafragma, posteriormente descansa sobre a coluna vertebral e o músculo quadrado lombar, e anteriormente, sobre a "fascia transversalis".

Os abscessos retroperitoneais anteriores são, na grande maioria das vezes, secundários e lesões de órgãos adjacentes ou à doenças primárias destes, uma vez que abscessos primários desta área são raros (4). Posada de la Paz e col. (11) analisando 15 casos de abscessos retroperitoneais, verificou-se que somente 5 eram primários.

Da casuística de Altemeier e Alexander (1) de 84 casos de abscessos retroperitoneais anteriores, em 67 casos a lesão era do trato gastrointestinal (apendicite retrocecal em 15; lesão do cólon em 26; lesão do pâncreas em 12; lesão do duodeno e vias biliares em 8; doença inflamatória do íleo em 3 e lesão do estômago em 8). A mesma constatação foi feita por Posada de La Paz e col. (11) em sua casuística de 75 casos, nos quais eram devidos à patologia primária do trato gastrointestinal (11).

Por sua vez, os abscessos retroperitoneais posteriores ou perinefréticos foram secundários a trauma ou infecção renal na grande maioria dos casos (4,5). No estudo de Altemeier e Alexander (1) de 76 casos de abscessos retroperitoneais posteriores, 44 destes eram secundários à pielonefrite. Stevenson e Ozeran (13) relataram 18 casos de

abscessos retroperitoneais posteriores dos quais 15 eram secundários e pielonefrite. Podem também determinar abscessos retroperitoneais posteriores: hematoma espontâneo ou pós-traumático (10), pancreatite e abscesso prostático.

Já os abscessos retrofasciais se originam, em grande parte, de lesões ósseas ou por contiguidade do espaço retroperitoneal, principalmente lesões de cólon (5). Altemeier e Alexander (1) observaram que, de 29 casos de abscessos retrofasciais, 15 eram secundários à tuberculose da coluna vertebral. Posada de La Paz e col. (11) em 75 casos observaram 10 abscessos retrofasciais dos quais 5 eram secundários à tuberculose, etiologia também, muito freqüente, na opinião de Harris (5), Stevenson e Ozeran (13), Daviglius (3) e Rhode (12).

Outras causas de abscessos do músculo psoas são: adenite ilíaca supurativa, ruptura dos rins, cálculo ureteral, empiema pleural, metástase e trauma. Daviglius (3) em 45 casos, observou que em 30 casos a infecção primária estava, presumidamente, distante ou não aparente; em 12 a fonte de infecção foi complicação de doença do cólon (em 7 apendicite perfurada e em 5 diverticulite perfurada); 2 pacientes tiveram ruptura de ureter e 1 paciente teve perfuração de úlcera duodenal de parede posterior. No presente caso relatado, embora não se tenha conseguido identificar a origem da infecção, parece válido suspeitar de uma origem renal, uma vez que já havia antecedente de abscesso perinefrético à direita e o paciente apresentava alterações do sedimento urinário. O sintoma mais freqüente nos abscessos retroperitoneais é a dor, presente em 80 a 89 por cento dos casos (10); localiza-se no abdômen ou flancos, podendo ser referida na pele, de acordo com a distribuição dos nervos ílio-inguinal, gêmito-femoral ou nervo femoral-cutâneo lateral. Tal irradiação metamérica pode levar o examinador ao falso diagnóstico de doença do quadril, hérnia inguinal ou crural (12). Outros sintomas comumente associados são: calafrios, febre, anorexia, perda de peso e vômitos. Na casuística de Posada de La Paz e col. (11), o sintoma mais freqüente foi a febre, presente em 85 por cento dos casos e, a seguir, a dor lombar e abdominal em 52 por cento.

Quando o músculo psoas é acometido, a dor se apresentará à extensão do quadril ou quando o indivíduo caminha, simulando artrite séptica (5). A dor pode ser referida ainda na coxa ou no joelho correspondente, com ou sem queixa de dor abdominal ou nos flancos. A dor neste caso é aliviada com a flexão do quadril, devido ao relaxamento do músculo psoas, assumindo o paciente uma posição característica, como ocorreu neste caso relatado.

Ao exame físico, o achado mais freqüente é uma massa palpável no local do abscesso (37 por cento dos casos), com ou sem edema cutâneo (11).

A área acometida apresenta sensibilidade aumentada (11).

Os abscessos retrofasciais contêm material purulento dentro das suas fáscias, porém à medida que há aumento do abscesso, o material é canalizado para uma área distante mais fraca e superficial. Dessa forma, um abscesso retrofascial lombar pode se insinuar através do triângulo de Petit; o do espaço retrofascial ilíaco pode atingir a região inguinal ou a coxa e o abscesso do espaço retrofascial do músculo psoas pode infiltrar a região antero-medial próximo da coxa (12).

Os abscessos retrofasciais podem, ainda, se apresentar como massa palpável na virilha, no flanco ou ao toque retal (5). Nos abscessos retrofasciais, a pressão sobre a área para-vertebral ou costo-vertebral pode resultar em dor referida na coxa ou em área inguinal (5).

No caso de abscesso perinefrético, a dor costuma se localizar nas costas e o paciente pode apresentar sintomas tais como disúria e polaciúria.

Podem ocorrer escoliose e imobilidade da coluna vertebral devido ao espasmo dos músculos paravertebrais e do músculo psoas. Distensão abdominal, icterícia e choque são achados menos comuns (5).

O tempo de sintomatologia previamente ao diagnóstico é bastante variável. Stevenson e Ozeran (13) relataram períodos de 4 dias a 10 meses, com média de 53 dias, onde 25 por cento dos pacientes apresentavam, antes do diagnóstico, sintomatologia por 1 a 2 semanas e 50 por cento acima de 3 semanas. Estes achados são semelhantes aos de Daviglius (3), onde a duração dos sintomas desde o seu início até o diagnóstico variou de 2 dias a 2 meses. Estes dados refletem a dificuldade para o diagnóstico desta afecção.

Os exames laboratoriais embora de valor, não são conclusivos. A anemia e a leucocitose, com predominância de polimorfonucleares constituem a regra; porém, segundo Altemeier e Alexander (1) encontram-se em alguns casos, leucopenia e, em outros, reações leucemóides. Nos pacientes com abscessos perinefréticos, o exame de urina costuma apresentar albuminúria com ou sem piúria. Segundo Thorley e col. (14), a análise da urina está alterada somente em dois terços dos casos; destes, dois terços tem piúria, o restante protelnúria e apenas 10 por cento tem hematória.

A cultura do material do abscesso costuma evidenciar flora polibacteriana constituída, na maior parte das vezes, por estafilococos, estreptococos e bacilos coliformes (1). Segundo Stevenson e Ozeran (13) a bactéria mais comum foi *E. coli* e, em segundo lugar, *Staphilococos aureus* coagulase positivo e *Proteus vulgaris*. Nos 75 casos de abscessos retroperitoneais de Posada de La Paz e col. (11), 72 casos (96 por cento) apresentavam culturas po-

sitiva, sendo que em 21 casos a flora foi polibacteriana, 9 culturas eram constituídas por bactérias Gram negativas, sendo a bactéria mais freqüente a *E. coli* (29 casos) seguida por *Proteus morgani* (14 casos); em 27 culturas Gram positivas, a bactéria mais freqüente foi *Staphilococcus aureus* (12 casos); duas culturas mostraram flora anaeróbica. Em várias séries um dos agentes etiológicos foi o *M. tuberculosis* (3, 5, 12, 13). No caso do nosso paciente, não houve crescimento bacteriano no material do abscesso, sendo que o paciente permaneceu, aproximadamente, por três semanas sob cobertura antibiótica de largo espectro, o que deve ter contribuído decisivamente para a ausência de crescimento bacteriano na cultura.

Os achados radiológicos podem mostrar dados indiretos da existência de massa abdominal. No raio X simples de abdômen, os sinais indiretos são: alteração na sombra ou perda da imagem do psoas; aumento ou calcificação da área renal ou ainda, zona de densidade aumentada no abdômen (11). Um sinal radiológico característico, embora tardio, é a presença de bolhas de ar ou ar livre no retroperitônio. São também descritas alterações ósseas na coluna vertebral, ao nível da 12.^a vértebra, em casos de abscessos retroperitoneais ou retrofaciais (1, 11).

A urografia excretora é útil na suspeita de abscesso perinefrético, podendo evidenciar deslocamento de rim ou de ureter, defeito de enchimento renal, limites renais imprecisos ou ainda, aumento da área renal (11). O extravazamento de contraste para dentro do abscesso, embora raro, é sinal característico.

O estudo contrastado do trato digestivo ou o enema baritado podem demonstrar a continuidade das vísceras abdominais com o abscesso evidenciando extravazamento de contraste para o seu interior. No estudo de Stevenson e Ozeram (13) sinais indiretos ao EED ou ao enema baritado, como deslocamento de uma víscera, apareceram em 33 por cento dos casos. O raio X de tórax pode demonstrar elevações da cúpula diafragmática com ou sem derrame pleural, ou ainda, atelectasia de base (5). A fluoroscopia mostra diminuição da mobilidade e até paresia do diafragma. A ultrassonografia vem apresentando importância crescente no diagnóstico das lesões inflamatórias retroperitoneais. Através deste exame, pode-se avaliar o deslocamento de órgãos adjacentes à coleção, imobilidade do rim ou do diafragma, assimetria do retroperitônio e presença de áreas líquidas. Embora o exame ultrassonográfico não tenha a capacidade de diferenciar as várias formas de líquidos retroperitoneais (sangue, urina, pus, etc...), oferece dados que, conjuntamente com as informações clínicas, permitem um diagnóstico correto (6). No caso deste relato, o diagnóstico e o acompanhamento do tratamento clínico foram feitos através da ultrassonografia que demonstrou inicialmente área hiper-

cóide com predominância líquida. O tratamento dos abscessos do músculo psoas baseia-se em drenagem cirúrgica eficiente e antibioticoterapia adequada.

A taxa global de mortalidade de pacientes com abscessos retroperitoneais é de 47 por cento (13). Em 68 pacientes com suspeita clínica e que foram tratados, precocemente, com drenagem cirúrgica e antibioticoterapia, a taxa de mortalidade foi de 16 por cento (13). Caso ocorra retardo no diagnóstico e na drenagem cirúrgica, várias são as complicações relatadas na literatura: ruptura na cavidade peritoneal, mediastino, cavidade pleural, cólon, delgado, vagina e veias ilíacas; disseminação ao longo dos planos fasciais envolvendo a parede abdominal anterior, coxa, quadril, músculo psoas, espaços subdiafragmáticos e tecido celular subcutâneo do flanco (1, 13, 14).

Altemeier e Alexander (1) relataram 15 por cento de óbitos em 46 casos de abscessos retroperitoneais anteriores, 22 por cento de óbitos em 18 casos de abscessos retroperitoneais posteriores e nenhum óbito em 4 casos de abscessos retrofaciais com a drenagem cirúrgica associada à antibioticoterapia orientada pela cultura e antibiograma.

Segundo Harris e col. (5), nos casos de abscessos retroperitoneais posteriores ou perinefréticos, quando o rim está muito envolvido, com cálculos ou abscessos intraparenquimatosos, às vezes se faz necessária a nefrectomia. Thorley e col. (14) em 37 abscessos perinefréticos realizaram 17 nefrectomias.

Segundo Lam e Hodgson (7) para a drenagem cirúrgica dos abscessos do músculo psoas, a incisão mais indicada é a de Mc Burney ampliada, com dissecação da musculatura até o peritônio, o qual é rebatido medialmente, permitindo continuar a dissecação extraperitoneal até o local do abscesso. No caso do nosso paciente, adotamos a incisão ampliada de Mc Burney à esquerda, com dissecação extraperitoneal, alcançando-se facilmente o músculo psoas, o que permitiu uma drenagem ampla do abscesso.

No caso relatado o paciente foi inicialmente, tratado clinicamente com antibióticos; porém, ao cabo de três semanas, o paciente continuou mantendo febre e leucocitose; a ultrassonografia de controle mostrou aumento da área do abscesso; a partir daí, indicou-se a drenagem cirúrgica o que permitiu a recuperação total do paciente, que se encontra assintomático, após um ano de cirurgia.

Do exposto queremos ressaltar a importância da realização do exame ultrassonográfico para o diagnóstico do abscesso do músculo psoas e também de se proceder à drenagem cirúrgica associada à antibioticoterapia e tratamento da afecção determinante do abscesso, quando for possível a sua identificação.



Fig. 1 — Ultrassonografia mostrando músculo psoas esquerdo com área hiperecôide mista, com predominância líquida, com dimensões de 4,6 x 2,2 cm.

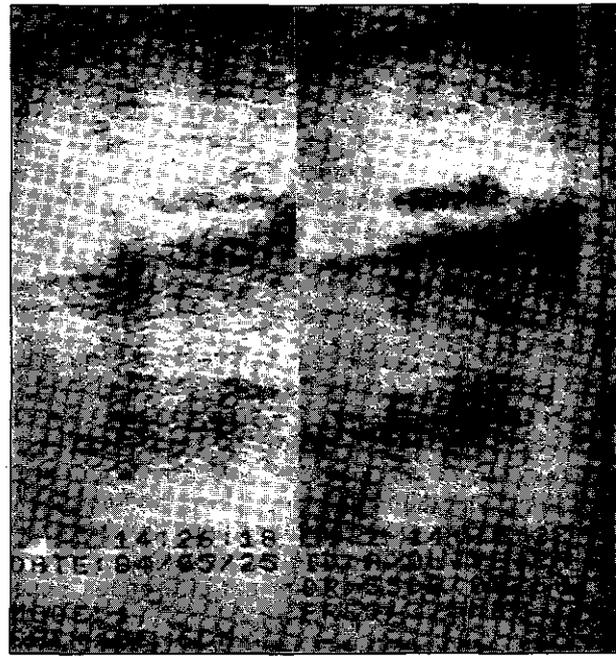


Fig. 2 — Ultrassonografia notando-se, em plano esquerdo, músculo psoas aumentado de volume, com 6,6 x 6,0 cm, e textura alterada, com áreas líquidas irregulares no seu interior.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALTEMEIER, W. A. & ALEXANDER, J. W. — Retroperitoneal abscess. *Arch. Surg.* 85: 512-24, 1961.
2. BEHMAN, S. — Non-spinus psoas abscess. *Lancet* 219: 297-8, 1930.
3. DAVIGLUS, G.F. & RUSH, B. F. — Retroperitoneal abscess. *Arch. Surg.* 83: 180-186, 1961.
4. HARDCASTLE, J. D. — Acute non tuberculous psoas abscess. *Brit. J. Surg.* 57: 103-5, 1970.
5. HARRIS, F. L. & SPARKS, J. E. — Retroperitoneal abscess. Case report and review of the literature. *Dig. Dis. Sci.* 25: 392-95, 1980.
6. LAING, F. C. & JACOBS, R. D. — Value of Ultrasonography in the detection of retroperitoneal inflammatory masses. *Radiology*, 123: 169-72, 1977.
7. LAM, S. F. & HODGSON, A. R. — Non Spinal pyogenic psoas abscess. *J. Bone Joint Surg.* 48: 867-77, 1966.
8. MAULL, K. I. & Sachatello, C. R. — Retroperitoneal iliac fossa abscess. A complication of suppurative iliac lymphadenitis. *Amer. J. Surg.* 127: 270-4, 1974.
9. MOULONGUET, A. & VILLEY, G. — Les abcès rétropéritonéaux aujourd' hui. Revue générale à propos de trois observations. *Ann. Chir.* 37: 637-42, 1983.
10. O'KEEFE, T. J. — Retroperitoneal abscess. A potentially fatal complications of closed fracture of the pelvis. *J. Bone Joint Surg.* 60: 1117-21, 1978.
11. PAZ, M. P. de La; LETONA, J. M. L. de; VASQUEZ, C. M.; MAESTU, R. P.; ALVAREZ, R. P.; GALIANA, J. R.; GARCIA, F. D.; XAMPER, G. J. — Abscessos retroperitoneales. Revisión de 75 casos. *Rev. Clin. Esp.* 171: 11-14, 1983.
12. RHODE, C. M. & JENNINGS, W. D. — Retroperitoneal retrofascial space infections. *Am. Surg.* 30: 799-810, 1964.
13. STEVENSON, E. O. S. & OZERAN, R. S. — Retroperitoneal space abscesses. *Surg. Gynecol. Obstet.* 128: 1202-08, 1969.
14. THORLEY, J. D.; JONES, S. R.; SANFORD, J. P. — Perinephric abscess. *Medicine* 53: 441-51, 1974.