



Abcesso do músculo psoas ilíaco

Helena Rego, Teresa Jacinto, Raquel Amaral, Carlos Duarte

Serviço de Pediatria, Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Resumo

O abcesso do músculo psoas ilíaco é uma entidade rara em Pediatria, associada à imunodeficiência. Apresenta-se o caso de um adolescente de treze anos, portador de diabetes mellitus tipo um, com febre, dor na coxa e joelho esquerdo com sete dias de evolução. Apresentava sinais inflamatórios no joelho esquerdo e parâmetros laboratoriais de inflamação elevados. Foi iniciada antibioterapia com vancomicina e cefotaxime por suspeita de artrite séptica, após artrocentese. Por apresentar agravamento clínico, foi realizada tomografia computadorizada abdomino-pélvica, que revelou abcesso do músculo psoas-iliaco esquerdo. Posteriormente reiniciou febre, acompanhada de pancitopenia e citólise hepática, que após exclusão de outras etiologias, foram interpretadas como febre medicamentosa. Substituíram-se os antibióticos em curso, com melhoria clínica e laboratorial. O relato deste caso visa salientar a inespecificidade desta complicação infecciosa e a iatrogenia das terapêuticas actualmente disponíveis.

Palavras-chave: Abcesso músculo psoas ilíaco; *staphylococcus aureus*; vancomicina; febre medicamentosa

Acta Pediatr Port 2013;44(6):336-8

Abscess of the iliopsoas muscle

Abstract

Iliopsoas abscess is a rare entity in children, associated with immunodeficiency. A thirteen year-old boy with type one *diabetes mellitus* was admitted to the emergency room with fever and pain in the left thigh and knee for seven days. Inflammatory signs in the left knee and elevated inflammatory blood tests were noticed. Antibiotherapy with vancomycin and cefotaxime was started because of suspected septic arthritis. Due to clinical deterioration, abdomino-pelvic computed tomography was issued revealing iliopsoas abscess. Afterwards, fever resumed along with pancitopenia and elevated aminotransferases. Other etiologies were excluded and

those findings were understood as drug fever. Antibiotherapy was changed with clinical and laboratorial improvement. We intend to highlight this entity's inespecific symptomatology and the iatrogeny of the current available therapeutics.

Key words: Iliopsoas abscess ; *staphylococcus aureus*; vancomycin; drug fever

Acta Pediatr Port 2013;44(6):336-8

Introdução

O abcesso do músculo psoas-iliaco (AMPI) pode ser classificado como primário ou secundário.^{1,2} O AMPI primário é mais frequente em Pediatria, com etiologia desconhecida, possivelmente relacionada com traumatismo e/ou bacteriemia.³ O principal factor de risco é a imunossupressão, e o *staphylococcus aureus* (SA) é o microorganismo mais vezes isolado, independentemente da idade.

A febre, a anorexia, a dor lombar, na coxa e/ou abdominal são sintomas frequentes. Ao exame objectivo o doente pode, entre outras, adoptar uma posição antiálgica com flexão da articulação coxo-femoral, apresentar massa palpável no flanco ipsilateral ao processo infeccioso.

A sintomatologia inespecífica e a evolução insidiosa são factores que contribuem para o diagnóstico tardio desta entidade, sendo necessário um elevado índice de suspeição. A confirmação do diagnóstico é realizada por métodos de imagem como a ecografia, a tomografia computadorizada (TC) ou a ressonância magnética nuclear (RM). O diagnóstico etiológico é obtido pela cultura de material de punção ou drenagem do abcesso e/ou através da hemocultura.³

Relato de caso

Trata-se de um adolescente, do sexo masculino, com treze anos de idade, natural e residente nos Açores, portador de diabetes mellitus tipo um desde 2008, que se encontrava controlada. Em Julho de 2009, iniciou queixas de coxalgia

Recebido: 02.05.2013

Aceite: 08.01.2014

Correspondência:

Helena Rego
helenarego@hotmail.com

esquerda com irradiação para a região inguinal ipsilateral, e no quarto dia de doença apresentou febre baixa acompanhada de edema, rubor, calor e dor do joelho esquerdo, e incapacidade funcional progressiva do membro inferior esquerdo (MIE). Negava história de traumatismo ou de outra sintomatologia associada. Ao exame objectivo à admissão no Serviço de Urgência apresentava-se febril, com sinais inflamatórios do joelho esquerdo, posição antálgica do MIE, sem limitações nos movimentos, com abdómen livre e sem massas palpáveis.

A avaliação laboratorial revelou anemia normocítica normocrômica, leucocitose com neutrofilia absoluta, PCR de 11,5 mg/dl e VS de 56 mm/S. As radiografias da bacia e do joelho esquerdo e a ecografia do joelho esquerdo não revelaram alterações.

A artrocentese do joelho esquerdo permitiu a colheita de pequena quantidade de líquido intra-articular (com aparência de transudado), iniciando empiricamente flucloxacilina (150mg/kg/dia) e cefotaxime (200mg/kg/dia) endovenosos.

O exame cultural do líquido intra-articular foi negativo e na hemocultura isolou-se SA sensível à terapêutica em curso. Por persistência da febre, ao 4º dia de internamento, foi substituída a flucloxacilina por vancomicina (35mg/kg/dia) e realizada ecografia abdomino-pélvica que revelou imagem sugestiva de abscesso, confirmada por TC abdomino-pélvico (Figura)



Figura. Abscesso do músculo psoas ilíaco: volumosa coleção, multiloculada (13x7x5cm), na região adjacente ao osso ilíaco esquerdo

Foi submetido a drenagem cirúrgica do AMPI e confirmada a etiologia com isolamento de SA no exame cultural do material colhido cirurgicamente. Apresentou apirexia 36 horas após a cirurgia e início da vancomicina, com melhoria clínica. Ao décimo quarto dia de internamento, a RM realizada mostrou abscesso ilíaco esquerdo residual, pelo que foram mantidas as terapêuticas em curso.

Ao 18º dia de internamento (18º dia de cefotaxime e décimo quinto dia de vancomicina) verificou-se o reaparecimento de febre elevada, sem outros sintomas ou sinais ao exame físico. A avaliação laboratorial revelou pancitopenia (Hb 9,7 mg/dl, leucócitos 2700 u/ com 2017 u/L neutrófilos, 128000 u/L plaquetas), elevação das transaminases (cinco vezes o valor normal) e PCR negativa. Foi repetido o estudo imagiológico que não mostrou agravamento do foco infeccioso primário.

Os exames culturais de sangue e serologias virais foram consistentemente negativos. O doseamento de vancomicina revelou valores terapêuticos. Após exclusão de etiologia infecciosa colocou-se a hipótese diagnóstica de febre medicamentosa, pelo que foi suspensa a antibioterapia em curso, e iniciado tratamento com meropenem (50mg/kg/dia) com resolução do quadro febril em 24 horas e normalização progressiva do hemoleucograma.

Cumpriu sete dias de terapêutica com meropenem completando no total 26 dias de antibioterapia endovenosa., tendo alta no 28º dia de internamento, melhorado e medicado com flucloxacilina *per os*, que manteve até completar seis semanas de antibioterapia.

Discussão

No AMPI primário, um dos mecanismos possíveis é a disseminação hematogénea, favorecida pela imunodepressão de base.⁴ O diagnóstico diferencial inclui a artrite séptica, a sinovite transitória da anca, a osteomielite, a apendicite aguda, infecções retroperitoneais, e doença reumatológica.⁵

A presença de edema e dor referida a outra articulação próxima não é infrequente, podendo ser um factor de confusão e contribuir para um atraso diagnóstico, como no presente caso. A evolução clínica indolente com agravamento progressivo apesar da antibioterapia em curso e sem foco infeccioso articular definido na investigação inicial tornou necessária a investigação com meios de imagem para exclusão de foco intra-abdominal e/ou ósseo, permitindo o diagnóstico do AMPI.

O tratamento médico preconiza antibioterapia com cobertura do SA, ajustada de acordo com os exames culturais e testes de sensibilidade. O tratamento implica também a drenagem cirúrgica como controlo de foco primário, sendo fundamental para o sucesso da terapêutica antibiótica. A drenagem pode ser realizada por via percutânea ou cirúrgica.⁵ A opção pela laparotomia baseou-se nas características do abscesso (extenso, multiloculado). Concomitantemente optou-se por substituir a flucloxacilina por vancomicina, dado o agravamento clínico do doente.

A febre medicamentosa é uma reacção adversa caracterizada por febre sem exantema, mecanismo de acção pouco conhecido, e incidência aproximada de 10 %. Pode surgir até duas semanas após início da terapêutica e desaparecer 24-72 horas após a sua interrupção. Ocorre mesmo com doses terapêuticas dos fármacos e pode cursar com hepatite, pancitopenia, arritmias, entre outros,

nunca sendo identificado um foco infeccioso.^{6,7}

Neste caso observamos reinício de febre, após um período de apirexia sustentada, com boa resposta clínica e laboratorial. Foram excluídos agravamento do AMPI e etiologia infecciosa. A febre alta, associada à pancitopenia e à citólise hepática foram interpretadas como possível febre de origem medicamentosa associada a um dos dois antibióticos em curso. É difícil ou mesmo impossível inferir com algum grau de segurança qual destes fármacos foi responsável por esta entidade, visto que em ambos estão descritas reacções de aplasia medular.

Este caso constituiu um desafio para os clínicos, quer pela apresentação, processo diagnóstico face à mesma, pelas intercorrências no decurso do tratamento médico, com necessidade de adaptação constante e elevado índice de suspeição.

Referências

1. Kraychete DC, Rocha APC, Castro PACR. Abscesso do músculo psoas em paciente submetida à analgesia epidural por via peridural. Caso clínico. *Rev Bras Anesthesiol* 2007; 57:2:195-8.
2. Mallick I.H, Thoufeeq MH, Rajendran, TP. Iliopsoas abscesses. *Postgrad Med J* 2004; 80:459-62.
3. Pires AMB, Reis AGAC, Grisi, SJFE. Abscesso de músculo psoas em crianças. *J Pediatr (RJ)*.1996; 72: 263-6.
4. Yalci A, Piskin N, Aydemir H, Gürbüz Y, Türkyilmaz FR. A case with psoas abscess caused by *Citrobacter freundii*. *Turk J Gastroenterol* 2006;17: 248-9.
5. Song J, Letts M, Monson R. Differentiation of psoas muscle abscess from septic arthritis of the hip in children. *Clin Orthop Relat Res* 2001;391: 258-65.
6. Coates TD. Drug induced neutropenia and agranulocytosis. In: UpToDate, Boxer LA (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2012.
7. Coates TD. Overview of neutropenia. In: UpToDate, Boxer LA (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2012. Overview of neutropenia
8. Lago P, Rocha A. Abscesso do psoas: complicação clássica mas rara da doença de Crohn. *Cad Form Gastroenterol* 2007; 14:95-6.