

Abcesso Primário do Psoas numa Criança com Anemia de Fanconi – Caso Clínico

ESTER GAMA, MARIA MANUEL ZARCOS, ARLETE CRISÓSTOMO

*Serviço de Pediatria
Hospital Santo André*

Resumo

O abcesso do psoas é uma situação relativamente rara, requerendo um elevado grau de suspeição para o seu diagnóstico. Os autores descrevem o caso de uma criança de 5 anos de idade que apesar de apresentar uma clínica sugestiva de abcesso do psoas, este diagnóstico não é evocado na data da admissão. A ecotomografia abdominal sugere o diagnóstico que é confirmado pela tomografia axial computadorizada abdominal que também excluiu causas secundárias. Procedeu-se a drenagem cirúrgica do abcesso, sendo isolado um *Staphylococcus aureus* na cultura do pús e assistindo-se a evolução clínica favorável. Este caso tem também a particularidade de ter surgido numa criança com Anemia de Fanconi, diagnóstico feito durante o internamento, sugerido pela baixa estatura, hipoplasia do polegar, hiperpigmentação da pele, anemia megaloblástica e trombocitopenia. Confirmou-se posteriormente pela demonstração de instabilidade cromossómica induzida pelo diepoxibutano em cultura de linfócitos.

Palavras-Chave: Abcesso do psoas, primário, criança.

Summary

Primary Psoas Abscess in a Child with Fanconi's Anaemia - A Clinic Case

Psoas abscess is a relatively rare situation that requires a high level of suspicion for the diagnosis. The authors describe the case of a five years old child that although it shows a suggestive symptomatology of psoas abscess, this diagnosis is not made on admission. Abdominal ultrasonography suggested the diagnosis which was confirmed by the abdominal computerized

tomography, which excludes also some causes of secondary abscess. Operative drainage was proceeded, *Staphylococcus aureus* was isolated from the pus culture and a favourable clinical course was observed. This case is particular because it appeared in a child with Fanconi anemia. This diagnosis was made during the hospitalization, it was suggested by the short stature, hypoplasia of the thumb, skin hyperpigmentation, megaloblastic anemia and thrombocytopenia observed. This diagnosis was confirmed lately by demonstration of chromosomal instability induced by the diepoxibutane in lymphocyte culture.

Key-Words: Psoas abscess, primary, child.

Introdução

Descrito pela primeira vez em 1881 por Mynter, o abcesso do psoas é uma entidade pouco frequente ^(1, 2). Os abscessos do psoas podem ser primários ou secundários.

Os abscessos secundários resultam da propagação por contiguidade de um processo infeccioso/inflamatório abdominal ou retroperitoneal ^(1, 2, 3). No início do século surgiam associados a espondilodiscite tuberculosa. Com o uso dos antibacilares as patologias do foro gastroenterológico (D. Crohn e apendicite retrocecal) e nefro-urológica (abscessos renais e perirenais) tornaram-se as causas mais frequentes de abscessos secundários ^(4, 5).

A etiologia do abcesso primário permanece especulativa. A disseminação hematogénea a partir de uma fonte oculta de infecção parece ser o mecanismo mais provável ^(1, 6).

Dada a sua raridade e a localização num espaço de difícil acesso que é o retroperitoneu, é necessário um elevado nível de suspeição para o seu diagnóstico.

A descrição deste caso tenta ilustrar esse facto e alertar para a existência desta situação.

Correspondência: Ester gama
Serviço de Pediatria do Hospital Santo André
Olhalvas. Pousos
2410 Leiria

Aceite para publicação em 23/11/98.

Entregue para publicação em 23/12/98.

Caso Clínico

Trata-se de uma criança do sexo masculino com 5 anos de idade, de etnia cigana que recorreu ao serviço de urgência por febre, dor abdominal e claudicação. Pertence a uma família de muito baixo nível socio-económico, filho de pais consanguíneos em primeiro grau. Dos 9 irmãos, um tinha hipoplasia do polegar e falecera aos 3 meses de idade, sendo a causa de morte desconhecida.

É o 9.º filho, de uma gravidez não vigiada, sem vigilância médica regular e sem vacinas.

Quinze dias antes da data de internamento, surge supuração de uma ferida no terço superior da face interna da coxa esquerda com resolução espontânea. Esteve aparentemente bem até à data de internamento quando inicia febre não quantificada, dor abdominal e claudicação à esquerda.

À observação era uma criança com aspecto doente, com temperatura axilar de 38,8°C e palidez das mucosas. A coxa esquerda encontrava-se flectida e em rotação externa, referindo dor à extensão da mesma. Evidenciava ferida no terço superior da face interna da coxa esquerda de cor violácea e crosta central. A nível abdominal palpava-se massa na fossa ilíaca e região inguinal esquerda, com 4 x 5 cm de diâmetro, de superfície nodular e dolorosa. Apresentava hiperpigmentação da pele, hipoplasia do polegar esquerdo, peso (P) e estatura (E) abaixo do percentil 5, estando a relação P/E no percentil 25.

Colocadas as hipóteses diagnósticas de abscesso inguinal ou abscesso da parede abdominal.

Laboratorialmente tinha: hemoglobina de 9,5 g/dl, volume globular médio de 105 fl, concentração de hemoglobina corpuscular média de 35,2 g/dl, leucócitos 9400 (6000 neutrófilos e 2800 linfócitos) e plaquetas 65000. A velocidade de sedimentação (VS) era de 140 mm na 1.ª hora e a proteína C reactiva de 270 mg/l. A hemocultura e intradermoreacção de mantoux foram negativas. Fez ecotomografia abdominal que revelou imagem hipocogénica de estrutura heterogénica sugerindo septação, com cápsula delimitante e com topografia correspondendo ao psoas esquerdo (Fig. 1). A tomografia axial computadorizada (TAC) abdominal realizada 2 dias depois mostrava alargamento do psoas-ilíaco com colecção líquida septada com 6 cm de maior diâmetro compatível com abscesso do músculo psoas-ilíaco e imagens sugestivas de adenopatias na região inguinal esquerda; rins e coluna normais (Fig. 2). O exame radiológico da coluna vertebral (frente e perfil) foi normal. A radiografia da mão esquerda mostrava hipoplasia dos ossos do polegar.

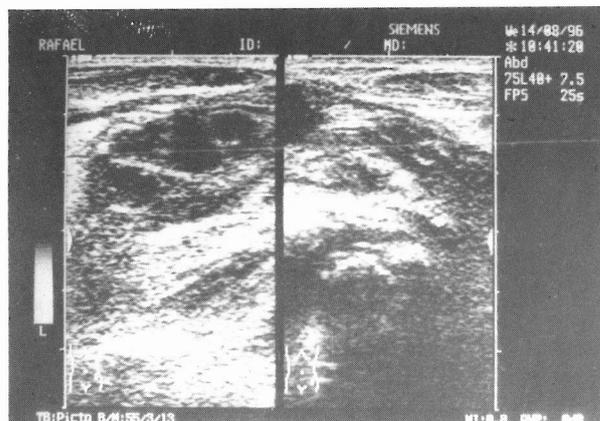


FIG. 1 – Ecotomografia mostrando imagem hipocogénica com topografia correspondente ao psoas esquerdo.

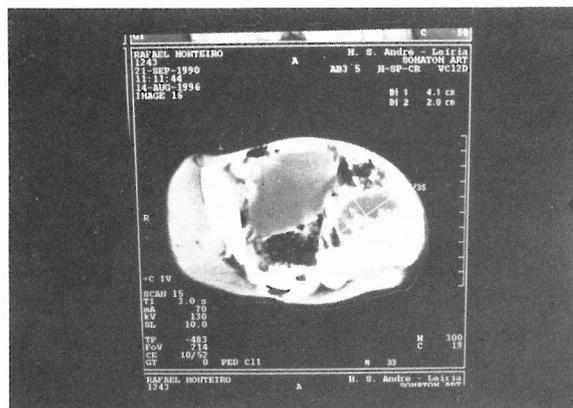


FIG. 2 – TAC abdominal evidenciando alargamento do psoas esquerdo e colecção líquida septada compatível com abscesso.

No 1.º dia de internamento iniciou cefuroxime endovenoso ao qual foi associada clindamicina no terceiro dia. Procedeu-se à drenagem cirúrgica no 4.º dia dando saída a 40 ml de pús, sendo identificado na cultura *Staphylococcus aureus*. Ficou apirético 24 horas após drenagem com melhoria do estado geral, desaparecimento gradual da claudicação e da flexão da coxa, vindo a recuperar completamente sem qualquer limitação da mobilidade do membro inferior esquerdo.

Foi à Consulta de Hematologia do Hospital Central onde efectuou medulograma que evidenciou fragmentos normo e hipocelulares; eritropoiese presente com maturação megaloblastóide com deseritropoiese; mielopoiese presente com alterações displásicas moderadas; raros megacariócitos com alteração da lobulação. O cariótipo com estimulação com diepoxibutano (DEB) veio a demonstrar sensibilidade cromossómica elevada a este agente.

Discussão

Os sintomas clássicos do abscesso do psoas são febre, dor abdominal ou do flanco e claudicação. Outros sintomas incluem astenia, anorexia, emagrecimento e por vezes a existência de massa dolorosa no flanco ou fossa ilíaca. Estes doentes adoptam uma postura em flexão e rotação externa da anca, despoletando-se dor à extensão e rotação interna da mesma (sinal do psoas). Esta clínica pode muitas vezes mimetizar uma artrite séptica da anca, situação clínica com que se deve fazer o diagnóstico diferencial^(1, 2, 7). O nosso doente apresentava muitos dos sinais e sintomas descritos.

Quando ocorre drenagem espontânea do abscesso, esta dá-se habitualmente acima da parte externa do ligamento de Poupart ou na parte proximal da coxa^(1, 6, 7). No nosso caso supomos que a ferida no terço superior da coxa que supurou 15 dias antes da data de internamento tenha sido o local de drenagem do abscesso que já então existiria mas que por drenagem insuficiente refez-se surgindo a sintomatologia típica.

Laboratorialmente os doentes com abscesso do psoas apresentam anemia, leucocitose com neutrofilia e aumento da VS, sugerindo processo infeccioso mas pouco útil para orientação diagnóstica. O diagnóstico é feito por ecotomografia ou TAC abdominal. A ecotomografia tem sido defendida como bom método diagnóstico por ser inócua e de fácil acesso^(6, 8, 9) embora alguns autores advoguem a TAC como melhor meio de avaliação com uma sensibilidade de 95% a 100%^(3, 5). Neste caso o diagnóstico é sugerido pela ecotomografia e confirmado pela TAC. Este último exame juntamente com o exame radiológico da coluna vertebral excluíram causas de abscesso secundário. Na cultura do pús isolou-se um *S. aureus* que é o germen isolado predominantemente nos casos de abscesso primário^(1, 2, 10), enquanto que bactérias gram negativas e anaeróbios são os agentes geralmente implicados nos abscessos secundários.

O tratamento consiste em cobertura antibiótica apropriada e na drenagem quer por via percutânea quer cirúrgica. A drenagem percutânea sob controlo ecotomográfico ou por TAC tem sido referida como tratamento de eleição⁽²⁾ embora haja autores que recomendem a drenagem cirúrgica por considerarem o método mais eficaz⁽¹⁰⁾. Com o tratamento adequado o prognóstico é bom, sendo a taxa de mortalidade do abscesso primário de 2,4% e do abscesso secundário de 18,9%⁽²⁾.

A ocorrência de abscessos primários em países sub-desenvolvidos tem sido bem documentada e parece estar associada às más condições socio-económicas e nutricionais das crianças^(1, 2, 10).

A anemia de Fanconi (AF) é uma doença autossómica recessiva com frequência de homocigóticos estimada em

1-3/milhão. As manifestações clínicas são variadas podendo incluir malformações congénitas do esqueleto (displasia do polegar e rádio), renais e de outros órgãos e ainda anomalias da pigmentação da pele e atraso do crescimento estatural^(11, 12). A pancitopenia é a alteração hematológica típica que ocorre habitualmente entre os 5-10 anos, podendo apresentar-se inicialmente apenas como trombocitopenia, surgindo posteriormente a granulocitopenia e anemia^(11, 12). Neste caso o diagnóstico foi sugerido pela hiperpigmentação da pele, displasia do polegar e baixa estatura associadas a anemia megaloblástica e trombocitopenia e a confirmação baseou-se na demonstração da instabilidade cromossómica induzida pelo DEB.

A evolução do abscesso foi favorável mas o prognóstico é reservado em relação à anemia de Fanconi pois que estes doentes morrem de anemia aplásica severa ou leucemia mielóide aguda, sendo o melhor tratamento o transplante medular alogénico⁽¹¹⁾ que nesta criança será sempre uma opção difícil.

Bibliografia

1. Finnerty RV, Vordermark JS, Modarelli RO, Buck AS. Primary psoas abscess: case report and review of literature. *J Urol* 1981; 126: 108-109.
2. Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O. Psoas abscess: case report and review of the literature. *J Urol* 1992; 147: 1624-1626.
3. Thomas A, Albert AS, Bhat S, Sunil KR. Primary psoas abscess – diagnostic and therapeutic considerations. *Br J Urol* 1996; 78: 358-360.
4. Santaella RO, Fishman EK, Lipsett PA. Primary vs secondary iliopsoas abscess: presentation, microbiology and treatment. *Arch Surg* 1995; 130: 1309-1313.
5. Córdoba J, Pigran C, Pahissa A, Almirante B, Gasser I, Martinez VJM. Abscesso de psoas: utilidad diagnóstica y terapéutica de la ecografía y de la tomografía computadorizada. *Med Clin Barc* 1992; 99: 568-570.
6. Malhotra R, Singh KD, Bhan S, Dave PK. Primary pyogenic abscess of the psoas muscle. *J Bone and Joint Surg* 1992; 74-A: 278-284.
7. Stevenson EOS, Ozeran RS. Retroperitoneal space abscesses. *Surg Gynec Obst* 1969; 128: 1202-1208.
8. Masso-Misse P, Yao GS, Essomba A, Moukour M, M'Benti A, Tietche, Oyono JMB, Malonga E. Abscesses primaires du psoas. Affection courante en milieu tropical: a propos de 87 cas. *J Chir Paris* 1994; 131 (4): 201-204.
9. Royston DD, Cremin BJ. The ultrasonic evaluation of psoas abscess (tropical pyomyositis) in children. *Pediatr Radiol* 1994; 24: 481-483.
10. Brown RA, Cywer S. Abdominal wall and psoas abscesses in children. *Pediatr Surg Int* 1990; 5: 402-404.
11. Joenje H, Mathew C, Gluckman E. Fanconi anaemia research: current status and prospects. *Eur J Cancer* 1995; 31-A (2): 268-272.
12. George JN. Thrombocytopenia due to diminished or defective platelet production. In: Williams, Beutler E, Lichtman M, Coller B, Kipps T, ed. Hematology. New York: Mc Graw Hill, 1995: 1281-1282.