

PSOÍTE – NECROSE DO PSOAS.**CASE REPORT – PSOITIS.**

Igor Matheus Shikasho **NAGIMA**¹, Valério Bruno **PATEL JUNIOR**¹,
Nélis George Garcia **CATOSSE**², Tatiana Pasqualini **CATOSSE**³.

Rev. Méd. Paraná/1353

Nagina IMS, Patel Junior VB, Catossi NGG, Catossi TP. Relato de Caso: Psoíte – Necrose do Psoas. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2014;72(1):36-8.

RESUMO - A psoíte é um quadro clínico incomum que pode ser subdiagnosticada por apresentar sinais e sintomas clínicos inespecíficos. Quadro clínico de evolução insidiosa, caracterizada por febre, dor lombar que pode se irradiar para região anterior da coxa e virilha com impotência funcional. Pela inespecificidade, o diagnóstico demora em média 45 dias. O tratamento consiste no uso de antibióticos de amplo espectro e drenagem. Paciente feminina de 17 anos, com insuficiência renal crônica, apresenta quadro de dor em articulação coxofemoral esquerda há 6 dias e piora a extensão de membro e sem alívio com uso de analgésico. A paciente apresentava membro inferior esquerdo fletido, doloroso à movimentação ativa e passiva. Sem outras alterações em membro. Após investigação clínica de duas semanas, foi solicitado tomografia que identificou psoíte. Realizada abordagem cirúrgica por via extra peritoneal, encontrando necrose em quase toda extensão do psoas, associado a pequenos hematomas locais sem sinais de infecção e realizado drenagem e desbridamento local. Com boa evolução paciente recebeu alta da cirúrgica 10 dias após cirurgia e alta hospitalar com 37 dias de internamento, 20 da cirurgia e ciclo de 21 dias de antibiótico. A psoíte é um diagnóstico diferencial que deve ser lembrada em casos de pacientes com imunodeficiência com dor indeterminada em membros inferiores ou abdominal, pode estar associada com febre. Lembrando que o melhor prognóstico deve-se a um diagnóstico precoce.

DESCRIPTORIOS - Psoíte, Infecção, Psoas, Inflamação, Necrose, Abscesso.

INTRODUÇÃO

A psoíte é um quadro clínico incomum e pode estar sendo subdiagnosticada por apresentar sinais/sintomas clínicos inespecíficos, dificultando o diagnóstico. Diversas bactérias estão associadas ao quadro, as mais comuns são o *Staphylococcus aureus* e o *Streptococcus*. Apresentam-se com etiologia primária ou secundária: aquela devido a imunodeficiência – HIV, insuficiência renal, DM – e disseminação hematogênica; a última por continuidade – TB, abscessos abdominais.^{1,2,3,4}

O quadro clínico tem evolução insidiosa, caracterizada por febre, dor lombar que pode irradiar-se para a região anterior da coxa e virilha ipsilateral, com impotência funcional – paciente mantém flexão mantida, abdução e rotação externa. Não há restrição em amplitude de movimentos, porém são

dolorosos. Outros sintomas associados são astenia, anorexia, perda de peso, massa palpável em fossa ilíaca e escoliose. Devido à inespecificidade do quadro, o diagnóstico dificilmente é rápido e fácil de ser realizado - em média 45 dias² Pacientes em uso de esteróides e imunossupressores são oligosintomáticos.

Os métodos de imagem auxiliam no diagnóstico. A radiografia simples do abdome pode apresentar apagamento da linha do psoas, escoliose ipsilateral e efeito de massa. A ultra-sonografia (USG) define ecotextura das fibras musculares, presença de zona heterogênea com baixa ecogenicidade, correspondente ao abscesso, sua extensão e evolução durante o tratamento. A tomografia computadorizada (TC) é o exame padrão-ouro, mostra a relação

Trabalho Realizado no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa.

1 - Cirurgia Geral formado pelo serviço de residência médica do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa.

2 - Preceptor de Cirurgia Geral do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa.

3 - Preceptor de Cirurgia Geral do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa e chefe do programa de residência médica de cirurgia geral do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais.

do abscesso com as estruturas adjacentes; exame contrastado a sensibilidade chega a 100%. Os dois últimos podem ser utilizadas para a realização de punção guiada.^{1,6}

A proteína C reativa (PCR) pode ser utilizada no seguimento da doença para avaliação de cura e reconhecimento de recidivas.^{2,5}

O tratamento baseia-se no uso de antibióticos e drenagem do abscesso, seja ela por via percutânea, considerada a técnica de escolha, ou cirúrgica. O antibiótico empírico deve cobrir *Staphylococcus aureus* nos casos de abscesso de psoas primário e anaeróbios e aeróbios nos secundários. Sempre que possível, a antibioticoterapia deve ser guiada por cultura e antibiograma e mantida por pelo menos duas ou três semanas após resolução da febre ou drenagem cirúrgica.^{1,2}

RELATO DE CASO

Em 2013, uma paciente feminina, 17 anos, em tratamento dialítico por insuficiência renal crônica – glomerulonefrite crônica (GNPE) – procura atendimento médico por dor em articulação coxo-femoral esquerda com 6 dias de evolução. Refere piora da dor com extensão de MIE, sem alívio com uso de paracetamol. Possuía radiografia de membro afetado com laudo normal.

História de patologias progressas contava com ooforectomia, transplante renal, rejeição de transplante, nefrectomia, enxertectomia, herniorrafia incisional, cirurgia cardíaca. Em hemodiálise há 5 anos. História de diálise peritoneal na infância.

Paciente apresentava-se com membro fletido, com dor à movimentação ativa e passiva de membro. Sem alterações em pulsos distais, coloração e temperatura de membro.

PA 120x80 || P: 80 || SpO2 99% ar ambiente
Tórax e abdome sem particularidades.

Tomografia de articulação coxo-femoral com sinais de inflamação e derrame articular. Com suspeita diagnóstica de artrite asséptica e TB. Realizado internamento para investigação e tratamento com ATB empírico - fez uso de vancomicina, ceftazidima e clindamicina - e analgesia.

Avaliação de ortopedia descartou artrite asséptica. Não apresentava melhora do quadro e o diagnóstico de artrite de etiologia a esclarecer não fora descartado.

Solicitada uma ecografia de abdome com pequena quantidade de líquido livre intra abdominal, músculo íleo-psoas esquerdo espessado e heterogêneo, com pequenas coleções – sugestivo de psóite.

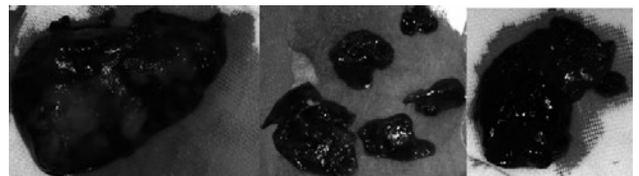
Para elucidação do caso foi realizada tomografia de abdome cujo laudo mostrou: músculo íleo-psoas esquerdo com dimensões aumentadas em todo seu trajeto e com densificação de planos adiposos adjacentes, identificando-se diminutas coleções hipodensas no seu interior. A coleção maior medindo cerca de 9x6x4 cm no seu terço superior médio, multisseptada. Compatível com psóite. Líquido livre intra abdominal na goteira parieto-cólica esquerda e espaço para-renal (Figura 1).

FIGURA 01



Solicitada avaliação à cirurgia geral no décimo quinto dia de internamento, momento em que a doente possuía um abdome doloroso à palpação de fossa ilíaca direita sem sinais de irritação peritoneal. Após revisão de prontuário sugeriu-se abordar coleção por punção guiada. Com falhas das tentativas de punção, foi realizada marcação cutânea por meio do USG para orientar abordagem cirúrgica. No mesmo dia foi realizada, por meio de incisão em linha axilar posterior, próximo ao flanco esquerdo, para acesso retroperitoneal ao psoas. Encontrada necrose em quase toda extensão do músculo psoas, associada a pequenos hematomas e ausência de secreção purulenta. Realizada drenagem, debridamento, lavagem do músculo e locado dreno de Penrose número 4. Enviado material para anatomopatológico e cultura (Figura 2).

FIGURA 02



Resultado da cultura foi negativo para crescimento de colônias. No 3º pós operatório (PO), a paciente apresentou anemia (VG10), tratado com transfusão de 4 concentrados de hemácias, durante a infusão, evoluiu com edema agudo de pulmão necessitando de cuidados intensivos, onde permaneceu por 3 dias. Com diminuição progressiva do débito do dreno de penrose, foi iniciada tração do dreno no 5º PO e retirada total no 9º PO. Apresentando boa evolução pós drenagem, paciente recebeu alta da cirurgia geral no 10º PO. Foram retirados pontos de pele após três dias. A alta hospitalar foi no 37º DI, 20º PO e completado 21 dias de antibioticoterapia.

Retornou no ambulatório de cirurgia geral no 48º PO com o resultado do anatomopatológico que evidenciou apenas coágulos sanguíneos. Com boa cicatrização e sem queixa de dor, paciente recebeu alta ambulatorial no mesmo dia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A psoíte é um diagnóstico diferencial que deve ser aventado frente a pacientes com imunodeficiência apresentando-se com dor indeterminada em membros inferiores ou abdominal, por vezes associada de febre. Vale lembrar que um melhor prognóstico está diretamente relacionado a um diagnóstico e início de tratamento precoces.

Nagina IMS, Patel Junior VB, Catossi NGG, Catossi TP. Case Report - Psoitis. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2014;72(1):36-8.

ABSTRACT - Psoíte is an unusual clinical situation that may be underdiagnosed by presenting nonspecific signs and clinical symptoms. Clinical symptom of insidious evolution, characterized by fever, low back pain that may radiate to thigh and groin with functional impotence. The diagnosis takes on average of 45 days. The treatment consists in the use of antibiotics and surgical drainage. A female patient of 17 years, with chronic renal failure, with pain in the left hip for 6 days and the pain worsens with the limb extension and presents no relief with analgesics. The patient presented with left leg bent, painful to the active and passive movements. No other symptoms. After two weeks of clinical research, the tomography identified psoitis. An extraperitoneal approach finding necrosis in almost entire length of the psoas associated with small haematomas with no signs of local infection and conducted drainage and local debridement was performed. With good evolution of the surgical procedure the patient left the hospital with 37 days of hospitalization, 20 days of surgery and 21 days with antibiotic. The psoitis is a differential diagnosis that should be considered in cases of immunodeficiency patients with indeterminate or abdominal pain in the lower limbs, may be associated with fever. Remember that the best prognosis due to early diagnosis.

KEYWORDS - Psoitis, Psoas, Infection, Inflammation, Necrosis, Abscesses.

REFERÊNCIAS

1. KOSMINSKY S, MENEZES MF, MELO MR et al. Abscesso de músculo PSOAS em paciente com lúpus eritematoso sistêmico e artrite reumatóide. Rev. Para. Med., set. 2007, vol.21, no.3, p.59-62. ISSN 0101-5907.
 2. SILVA FP, MIZOGUSHI FM, SAITO RY, SOUZA JCL. Psoíte secundária: Relato de caso em indivíduo com AIDS e revisão de literatura. Medicina (Ribeirão Preto) 2008; 41 (3): 332-8.
 3. GARNER JP, MEIRING PD, RAVI K, GUPTA R. Psoas abscess – not as rare as we think? Colorectal dis 2007; 9(3):269-74.
 4. MALLICK IH, THOUFEEQ MH, RAJENDRAN TP. Iliopsoas abscesses. Postgrad med j 2004;80:459-62
 5. ISDALE AH, FOLEY DF, BUTT WP, WRIGHT V. Psoas abscess in rheumatoid arthritis-an inperspicuous diagnosis. Brit. J. Rheumatol. 1994; 33(9):853-858
 6. NETO AS, TORRE MB, SCHWARTZ AD, BOGUS LCN, ANDRADE MR, MARQUES H. Abscesso do ileopsoas- diagnóstico por imagem. Pediatría. 1995; 17 (3):159-161
-