

ABCESSO DE MÚSCULO PSOAS EM PACIENTE COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO E ARTRITE REUMATÓIDE

ABCESS OF MUSCLE PSOAS IN A PATIENT WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOUS AND ARTHRITIS RHEUMATOID

Samuel KOSMINSKY¹, Maria de Fátima MENEZES², Maria Roberta MELO³, Juliana Maria TRINDADE³, Roberto AMORIM⁴ e Maria Rosângela Cunha Duarte COELHO⁵

RESUMO

Introdução: abscesso do músculo psoas é uma complicação infecciosa infreqüente que se associa à imunodeficiência. **Objetivo:** relatar as manifestações clínicas, diagnóstico e evolução de uma paciente com síndrome de sobreposição de Lúpus Eritematoso Sistêmico e Artrite Reumatóide.

DESCRITORES: psoas, lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatóide.

INTRODUÇÃO

Abscesso do músculo ileopsoas (AMI) é uma doença incomum que afeta predominantemente adultos jovens. Nos últimos anos, a descrição dessa doença tem aumentado, estando relacionada à imunodeficiência^{1,2}. O abscesso classifica-se de acordo com o mecanismo patogênico, em primário e secundário^{3,4}. Na forma primária, origina-se de disseminação hematogênica, favorecida por uma imunodepressão de base (diabetes mellitus, alcoolismo, neoplasias, artrite reumatóide, colagenoses, senilidade e AIDS). O principal agente etiológico é o *Staphylococcus aureus* (88%), seguido de *Streptococcus spp* (5%) e *Escherichia coli*.^{5,6}

A forma secundária ocorre por extensão de estruturas vizinhas infectadas como coluna vertebral (mal de Pott), articulações sacroilíacas, aparelho digestivo (doença de Chron) e genitourinário, sendo também favorecidas por situações de imunossupressão e pós-operatório. Culturas são

frequentemente mistas, com predomínio de *Escherichia coli* e *Bacteróides spp*.^{2,3,5}.

Ainda não está claro porque o músculo psoas é susceptível a essas infecções. O plexo venoso rico ao redor e sua proximidade com os linfonodos podem ser as razões³.

O quadro clínico em geral apresenta evolução insidiosa, caracterizada por febre, dor lombar que pode se irradiar para região anterior da coxa do mesmo lado e virilha, com impotência funcional. Febre pode ser acompanhada de astenia, anorexia e perda de peso considerável. Uma massa palpável em fossa ilíaca e escoliose podem estar presentes. Os principais sinais são vistos no quadril acometido, que está frequentemente em flexão mantida, abduzido e rotação externa. Mobilidade do quadril está preservada, mas bastante dolorosa que pode diferenciar a psoíte de outras doenças do quadril. Pacientes em uso de esteróides e imunossupressores podem apresentar poucos sinais e sintomas, mesmo com um curso de até dois anos de doença. Proteína C

Recebido em 12.06.2007 – Aprovado em 19.09.2007

¹ Prof. Dr. Reumatologista do Departamento de Medicina Clínica, CCS-UFPE

² Profa. Mestre em Reumatologia do Departamento de Medicina Clínica, CCS-UFPE

³ Residente em Reumatologia do Hospital das Clínicas da UFPE

⁴ Especializando em Reumatologia do Hospital das Clínicas da UFPE

⁵ Profa. Dra. do Departamento de Fisiologia e Farmacologia, CCB-UFPE

reativa (PCR) é utilizada no seguimento da doença para avaliação de cura e reconhecimento de recidivas³.

O diagnóstico, difícil clinicamente, foi favorecido pelos atuais métodos de imagem como a ultra-sonografia e tomografia computadorizada. Radiografia simples do abdome pode revelar apagamento da linha do psoas, escoliose ipsilateral e, eventualmente, efeito de massa. Ultra-sonografia (USG) analisa com precisão o músculo ileopsoas, definindo ecotextura das fibras musculares, presença de zona heterogênea com baixa ecogenicidade, correspondente ao abscesso, sua extensão e acompanha sua evolução durante o tratamento. O melhor método para visualização é a tomografia computadorizada que mostra relação do abscesso com estruturas adjacentes ao retroperitônio, como rins, estruturas ósseas e cavidade abdominal. Através da USG e tomografia pode ser realizada a punção com finalidade terapêutica, e para estabelecer sua etiologia¹.

O tratamento consiste no uso de antibióticos e drenagem, por via percutânea ou cirúrgica. Atualmente, a drenagem cirúrgica é preferida quando existe foco de infecção associado que necessite intervenção ou na impossibilidade de realização da drenagem percutânea. Esta tem a vantagem de ser menos invasiva que a drenagem cirúrgica, porém parece aumentar o período de internamento hospitalar. Antibióticos podem ser dados inicialmente com base na coloração pelo Gram, e posteriormente por hemoculturas e cultura do abscesso. Os antibióticos administrados empiricamente devem cobrir *Staphylococcus aureus* nos casos de abscesso de psoas primário e, anaeróbios e aeróbios nos secundários. A antibioticoterapia deve ser individualizada e baseada em critérios clínicos, envolvimento de outras estruturas e testes laboratoriais; deve ser mantida por pelo menos duas ou três semanas após resolução da febre ou drenagem cirúrgica^{5,7-9}.

RELATO DE CASO

Anamnese

Mulher de 31 anos com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e Artrite Reumatóide (AR) desde março de 2006. Foi admitida com história de perda de peso importante e dor com intensidade progressiva em região coxo-femural esquerda, que dificultava deambulação há 15 dias. Referia surgimento de massa abdominal em fossa ilíaca esquerda com picos febris há dois dias. Estava em uso de metotrexate (15mg/semana) e prednisona (30mg/dia).

Exame físico

Apresentava-se caquética, hipocorada, com tumoração visível em flanco e fossa ilíaca esquerda, bastante dolorosa à palpação. A articulação coxo-femural esquerda estava em flexão mantida com muita dor à mobilização, principalmente à extensão. Não apresentava sinais clínicos de atividade de suas doenças.

Exames subsidiários

Na investigação laboratorial, foi encontrada anemia normocítica e normocrômica e PCR elevada (63,9). O exame de Raio-X de tórax e coluna lombosacra não apresentava anormalidades. Realizou USG e Tomografia de abdome e articulação coxofemural esquerda que evidenciaram volumosa formação heterogênea, predominantemente cística se estendendo desde a fossa ilíaca esquerda até raiz de coxa esquerda, ocupando território do psoas esquerdo (Figuras 1 e 2).

Conduta

Na aspiração percutânea, foi evidenciado conteúdo purulento, sendo indicada drenagem cirúrgica. O procedimento realizado sem intercorrências, sendo encontrada grande quantidade de material purulento, que foi retirado e enviado para o exame de cultura. Neste foi isolado o *Staphylococcus aureus* sensível a ciprofloxacina, assim como nas hemocultura; mantidos os antibióticos iniciados empiricamente antes das culturas (ciprofloxacina e clindamicina) por seis semanas.

Evolução

Paciente evoluiu no pós-operatório sem picos febris, com melhora da dor em articulação coxo-femural esquerda e normalização da PCR (<6,0).

DISCUSSÃO

Neste trabalho, descrevemos um caso de síndrome de sobreposição, Artrite Reumatóide e Lúpus Eritematoso Sistêmico, sem sinais de atividade da doença, associado ao abscesso do psoas. No LES e AR há imunodepressão, que pode ser inerente à própria doença, assim como às medicações usadas para o tratamento, tornando esta paciente mais susceptível a essa infecção. Conforme revisão da literatura, as manifestações clínicas não foram típicas, pois a paciente apresentou um quadro consuptivo, episódios febris, com massa em fossa ilíaca e comprometimento do quadril.

A incidência de abscesso do psoas nas doenças reumatológicas não é alta, sendo encontrado na literatura 0,54% para LES.

Em nossa revisão encontramos apenas cinco casos de abscesso de psoas em LES, três deles por tuberculose e um por infecção estafilocócica. Um estudo de série de 552 casos de abscesso de psoas, encontrou quatro casos em pacientes com LES^{2,10,12}.

Assim, nos pacientes com LES é importante fazer o diagnóstico diferencial com a miosite focal, através da biópsia para distinguir inflamação asséptica e infecção.

Casos de psoíte em pacientes com AR foram encontrados apenas quatro^{2,3,10,11}.

Nos pacientes com AR assim como também os de LES, é importante incluir a psoíte no diagnóstico diferencial de dor lombar e dor no quadril, particularmente quando acompanhados de febre^{2,3}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O abscesso do psoas não é visto com frequência, devendo ser lembrado principalmente por reumatologistas que lidam com doenças e drogas imunossupressoras. Na maioria das vezes, o diagnóstico não está aparente. Entretanto, é importante que o mesmo seja estabelecido o mais rápido possível para reduzir morbidade e mortalidade.

SUMMARY

ABCESS OF MUSCLE PSOAS IN A PATIENT WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOUS AND ARTHRITIS RHEUMATOID

Samuel KOSMINSK, Maria de Fátima MENEZES, Maria Roberta MELO, Juliana Maria TRINDADE, Roberto AMORIM e Maria Rosângela Duarte COELHO

Introduction: the abscess of the muscle psoas is an infrequent infectious complication that if associates the immunodeficiency situations. **Objective:** the authors present the clinical manifestations, diagnostic and evolution of a patient with syndrome of Systemic lupus erythematosus overlapping and Arthritis rheumatoid.

KEY-WORDS: psoas, systemic lupus erythematosus, arthritis rheumatoid

REFERÊNCIAS

1. NETO AS, TORRE MB, SCHWARTZ AD, BOGUS LCN, ANDRADE MR, MARQUES H. Abscesso do ileopsoas- diagnóstico por imagem. *Pediatrics*. 1995; 17 (3):159-161.
2. HERNÁNDEZ FJ, ROMÁN JS, MEDINA CO. Absceso del músculo iliopsoas y lupus eritematoso sistémico. *An. Med. Internal*. 2003; 20(4):198-200.
3. ISDALE AH, FOLEY DF, BUTT WP, WRIGHT V. Psoas abscess in rheumatoid arthritis-an inperspicuous diagnosis. *Brit. J. Rheumatol*. 1994; 33(9):853-858.
4. LOWE BA, SMITH AY. Primary psoas abscess. *J. Urol*. 1987; 137(3):485-6.
5. BERGE VM, MARIE S, KUIPERS T, JANSZ AR, BRAVENBOER B. Psoas abscess: report of a series and review of the literature. *Neth. J. Med*. 2005; 63(10):413-6
6. RICCI MA, ROSE FB, MEYER KK. Pyogenic psoas abscess: worldwide variations in etiology. *World Surg*. 1986; 10(5): 834-43.
7. SANTAELLA RO, FISCHMAN EK, LIPSETT PA. Primary vs Secondary iliopsoas abscess. *Arch. Surg*. 1995; 130(12): 1309-13.
8. GORDIN F, STAMLER C, MILLS J. Pyogenic psoas abscesses: noninvasive diagnostic techniques and review of the literature. *Rev. Infect. Dis*. 1983; 5(6): 1003-11.
9. PSOAS ABCESS. An up-dated perspective. *Enferm. Infec. Microbiol. Clin*. 2006; 24(5):313-318.

10. KIM ES, PARK BK, LEE SJ, RUE JI, AHN HJ, HAN SH, LEE YW. A case of bilateral psoas abscesses in a patient with rheumatoid arthritis. *Korean J. Med.* 2001; 61 (5):567-571.
11. BELZUNEGUI J, PLAZAOLA I, URIARTE E, PEGO JM. Primary tuberculosis muscle abscess in a patient with systemic lupus erythematosus. *Brit. J. Rheumatol.* 1995; 34(12):1177-1178.
12. WALSH TR, REILLY JR, HANLEY E, WEBSTER M, PEITZMAN A, STEED DL. Changing etiology of iliopsoas abscess. *Am. J. Surg.* 1992; 163(4):413-6.

Endereço para Correspondência:

Samuel KOSMINSKY
Rua Guedes Pereira, 77 – Apto. 1701
Parnamirim – 52060-150 – Recife-PE
Fone: (81) 3268-8314
e-mail: circek@uol.com.br



Figura 2. Tomografia do abdome mostrando abscesso do psoas e sua proximidade com a coluna vertebral