



RELATO DE CASO

Abscesso de músculo psoas em crianças

Psoas muscular abscess in children

Adriana M.B. Pires¹, Amelia G.A.C. Reis², Sandra J.F.E. Grisi³

Resumo

Os sintomas de abscesso de músculo psoas em crianças são inespecíficos, e o diagnóstico diferencial se faz principalmente dentre as doenças que compõem a síndrome do quadril doloroso na infância, sendo necessário métodos de imagem para confirmação diagnóstica.

Durante o primeiro semestre de 1995, foram atendidas 48.550 crianças no Pronto Socorro do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sendo que quatro crianças tiveram o diagnóstico de abscesso de músculo psoas (2 do sexo feminino e 2 do masculino). A idade variou de 1 a 12 anos. Todas apresentavam quadro clínico de longa duração e sintomas inespecíficos, sendo o diagnóstico confirmado por ultra-som e/ou tomografia abdominal. Em 3 delas, foi isolado o *Staphylococcus aureus* como agente etiológico. Os dados observados são semelhantes aos da literatura.

J. pediatr. (Rio J.). 1996; 72(4):263-266: abscesso, músculo psoas, criança, síndrome do quadril doloroso.

Introdução

O músculo psoas encontra-se no espaço retroperitoneal e tem relação anatômica com outras estruturas como o trato gastrointestinal, rins e vias urinárias e articulação coxofemural. Assim sendo, processos infecciosos que envolvem o músculo psoas podem se manifestar com sintomas semelhantes a outras síndromes infecciosas agudas que acometem o abdome, além de pertencer ao grupo

Abstract

Symptoms of psoas muscular abscess in children are non-specific and differential diagnosis is made among diseases included in children's acute hip pain syndrome, imaging tests being necessary for diagnostic confirmation.

During the first semester of 1995, 48550 children were examined in Pronto Socorro do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, four of them diagnosed as having psoas muscular abscess (2 females and 2 males, ages varying from 1 to 12 years). All of them had nonspecific clinical features and diagnosis was confirmed by abdominal ultrasound and/or computerized tomography. *Staphylococcus aureus* was isolated as the etiologic agent in 3 children, findings similar to the ones in literature.

J. pediatr. (Rio J.). 1996; 72(4):263-266: abscess, psoas muscle, children, acute hip pain syndrome.

de moléstias que compõem a Síndrome do Quadril Doloroso¹.

Com base na etiopatogenia, pode-se classificar o abscesso de psoas como primário quando não está associado a outro foco infeccioso concomitante e como secundário quando associado a quadro infeccioso de estruturas adjacentes ao músculo, sendo mais freqüente o trato gastro intestinal. O abscesso primário é a apresentação mais freqüente da doença, mas tem patogenia ainda incerta possivelmente relacionada a trauma local e/ou bacteremia^{1,2}.

Os principais sintomas de abscesso de psoas são febre acompanhada por dor em coxa, dor abdominal e lombar e posição antálgica em flexão coxofemural com livre movimentação da articulação¹⁻⁵. A inespecificidade dos sintomas associada a lenta evolução da doença contribuem para que o diagnóstico seja tardio.

-
1. Médica em regime de Complementação Especializada na Área de Emergência do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
 2. Médica Chefe do Pronto Socorro do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Fac. de Medicina da Universidade de São Paulo e Mestre em Pediatria pela Fac. de Medicina da Universidade de São Paulo.
 3. Diretora da Área de Emergência do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Fac. de Medicina da Universidade de São Paulo e Livre Docente em Pediatria pela Fac. de Medicina da Univ. de São Paulo. Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

A confirmação do diagnóstico é feita por métodos de imagem como ultra-sonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética. O diagnóstico etiológico é obtido pela cultura de material de punção ou drenagem do abscesso e/ou através da hemocultura.

Casuística

São descritos quatro casos de abscesso de músculo psoas em crianças atendidas no Pronto Socorro do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas, no primeiro semestre de 1995.

Caso 1 - I.A.S., 1 ano e 5 meses, masculino, P:11.300Kg, com dificuldade para deambular e dor em quadril direito há dez dias. Esteve internado, por vinte dias, por pneumonia e recebeu alta uma semana antes. Segundo a mãe da criança, este sintoma já estava presente por ocasião da alta hospitalar. Há um dia, mantém o membro inferior direito em flexão. A criança apresentava-se eutrófica, eupnéica, com expansibilidade pulmonar normal, sem ruídos adventícios e com presença de massa palpável em hipocôndrio e flanco direitos, sem sinais inflamatórios em quadril. Demonstrava dor à extensão da perna. Os movimentos de adução, abdução e rotação do membro correspondente eram livres. O RX de quadril não revelou alterações. A ultra-sonografia indicou massa de ecotextura heterogênea de aproximadamente 9,5 cm x 6,5 cm em flanco direito, sugerindo abscesso em psoas (figura 1). O hemograma demonstrou 22400 leucócitos, sendo 61% de segmentados. A hemocultura foi negativa. Foi realizada drenagem cirúrgica do abscesso, e a cultura revelou *Proteus mirabilis* e *Escherichia coli*. A criança recebeu Amicacina na dose de 15 mg/kg/dia por quatorze dias.

Caso 2 - A.S.C., 4 anos e 7 meses, feminino, P:14Kg, sofreu queda accidental com trauma em região lombar direita há dezesseis dias. Refere dor no local a partir desta ocasião. Há uma semana, passou a apresentar febre e, há um dia, a mãe notou aumento de volume sem hiperemia ou calor na região lombar direita. Ao exame físico, criança apresentava-se em bom estado, eutrófica, com massa palpável em região paravertebral lombar direita, sem sinais inflamatórios. O RX de abdômen era normal, e a ultra-sonografia revelou massa de ecotextura heterogênea de aproximadamente 5 cm x 6 cm, em plano muscular psoas. O hemograma demonstrou 13.600 leucócitos, com 72% de segmentados. Foi realizada a drenagem do abscesso, e a cultura revelou *Staphylococcus aureus*. A criança recebeu cefalexina na dose de 200 mg/kg/dia por vinte e um dias.

Caso 3 - N.F.M., 11 anos e 3 meses, feminino, P:32.500Kg, com queixa de febre, dor na região da articulação coxofemural esquerda e dificuldade para deambular há duas semanas. Referia que os sintomas se agravaram nos últimos dias. Nega trauma ou qualquer fator desencadeante. Mantinha o membro inferior esquerdo em flexão. A paciente apresentava-se hipoativa, descorada, sem sinais inflamatórios na região do quadril esquerdo ou na região lombar. A adução, abdução e rotação do membro inferior esquerdo eram livres e indolores. O RX de quadril não revelou anormalidade, e a ultra-sonografia demonstrou aumento de volume do músculo psoas com área ecotextura heterogênea de difícil delimitação. A tomografia computadorizada (figura 2) revelou aumento de volume do músculo psoas com coleção encistada desde a região justa sacral até a inserção pélvica. O hemograma demonstrou 10,7 g de hemoglobina, 34% de hematócrito

e 19.500 leucócitos, sendo 88% segmentados. A hemocultura foi negativa. Foi realizada drenagem cirúrgica isolando-se com recuperação de *Staphylococcus aureus* no material drenado. O tratamento constou de oxaciclina na dose de 200 mg/kg/dia por via endovenosa por dez dias, seguido de cefalexina, na mesma dose, até completar vinte e um dias de tratamento.

Caso 4 - C.A.O.B., 12 anos, masculino, P:35Kg, apresentava queixa de dor abdominal em fossa ilíaca esquerda e febre há quinze dias. Houve piora da dor nos últimos três dias, referindo melhora quando mantinha perna esquerda em flexão. Negava qualquer fator desencadeante. Ao exame físico, constatava-se abdome muito doloroso à palpação, com descompressão brusca negativa, reação dolorosa à extensão da perna esquerda e articulação coxofemoral livre à movimentação. O RX de abdome e de quadril esquerdo eram normais, a ultra-sonografia revelou aumento de volume do músculo psoas esquerdo com suspeita de abscesso, e a tomografia computadorizada confirmou coleção de aproximadamente 5 cm x 6 cm. O hemograma demonstrou 18.800 leucócitos com 66% de segmentados. Foi indicada drenagem cirúrgica, em que foi isolado *Staphylococcus aureus* no material de drenagem. O tratamento constou de oxaciclina na dose de 200 mg/kg/dia por sete dias e a seguir cefalexina na dose de 100 mg/Kg/dia por mais quatorze dias.

Discussão

O abscesso de músculo psoas é um processo infeccioso bacteriano supurativo e faz parte do grupo de doenças conhecidas como miosite tropical⁷, por ser mais freqüente

em países tropicais. Embora seja descrita por vários autores como doença incomum na faixa etária pediátrica, há referência de incidência de 1 a 2 casos por 4.000 atendimentos em serviços de emergência⁶. Em nosso serviço, foram constatados 4 casos no primeiro semestre de 1995, num total de 34.275 atendimentos.

O abscesso de psoas acomete mais freqüentemente crianças maiores de 2 anos⁸, e há descrição na literatura de apenas 3 casos no período neonatal^{7,8}. Não é relatada diferença em relação a sexo.

O músculo psoas origina-se nos corpos e processos transversos a partir de T12, de todas as vértebras lombares e do 12º arco costal. Desce lateralmente à coluna vertebral, por baixo do ligamento inguinal, indo inserir-se no trocânter menor da cabeça do fêmur, onde se une ao músculo ilíaco. Há uma fascia que envolve o músculo, separando-o do espaço retroperitoneal. Dessa forma, é incomum que processos do músculo se propaguem para o espaço retroperitoneal, mas possibilita a propagação do processo caudalmente, levando ao acometimento da articulação coxofemoral.

O abscesso de psoas pode ser classificado como primário e secundário, de acordo com a fisiopatologia. Pelas características anatômicas do músculo psoas, observa-se que ele tem relações com outras estruturas como aparelho urinário, trato gastrointestinal, órgãos reprodutores, articulação coxofemoral, espaços intervertebrais e ossos adjacentes. Processos infecciosos dessas estruturas podem, por contiguidade, atingir o músculo psoas originando o abscesso secundário de psoas. Esse tipo de abscesso é mais comum em adultos, sendo raro em crianças. Em adultos há descrições da ocorrência dessa complicação na evolução da doença de Crohn⁹.

O abscesso primário de psoas é a forma de apresentação da doença mais comum, tanto em adultos quanto em crianças. A fisiopatologia dessa forma de doença ainda é incerta mas possivelmente está relacionada com disseminação hematogênica. Vários autores descrevem trauma local com formação de hematoma como fator predisponente do processo. Em nosso estudo, observamos quatro abscessos primários, apenas um deles com história de trauma. Parbho e col.¹ estudaram 24 crianças em um período de três anos, com diagnóstico de abscesso de músculo psoas. Todos eram primários, e apenas três apresentavam história de trauma local. Dowd e cols.² descreveram um caso de abscesso de psoas com história de trauma prévio.

Os principais dados de história e exame físico que levam à suspeita diagnóstica da doença são febre, dificuldade à deambulação, dor e/ou massa palpável em flanco ipsilateral ao processo, posição antálgica em flexão da articulação coxofemural, sem limitação de movimentos e piora da dor à extensão do membro¹⁻⁵. Em nosso estudo, a massa abdominal foi observada em apenas um caso. No entanto, em duas crianças foi observada massa em região paravertebral, dado este pouco descrito.

A evolução do abscesso em músculo psoas é arrastada. O tempo de intervalo entre o início da sintomatologia e o diagnóstico é geralmente superior a uma semana. Como os sintomas são inespecíficos, outras patologias fazem parte do diagnóstico diferencial como a artrite séptica do quadril, apendicite aguda, sinovite transitória do quadril, fraturas, osteomielite, infecções retroperitoneais e doenças reumatológicas como a artrite reumatóide juvenil. A principal delas é a artrite séptica do quadril.

A suspeita de abscesso de psoas é clínica, e a confirmação diagnóstica é feita por métodos de imagem. Destes, a ultra-sonografia tem se mostrado apropriada para investigação, principalmente em crianças. Trata-se de exame com boa resolução para esta patologia, além de não apresentar contra-indicações. O ultra-som de abdome pode falhar em detectar alterações precoces e ser prejudicado pela presença de gases em alças intestinais¹⁰.

Daly e col.¹⁰ compararam a eficácia do ultra-som, tomografia computadorizada e ressonância magnética no diagnóstico de abscesso de psoas. O ultra-som não conseguiu fazer diagnóstico em quatro de oito pacientes submetidos ao exame, dois deles pela presença de gases no intestino. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética apresentaram 100% de resolutividade nesse trabalho.

A tomografia é mais segura para delimitar a extensão do processo, assim como o acometimento de estruturas adjacentes¹⁰. Em nosso estudo, o diagnóstico foi feito por ultra-som nas quatro crianças, sendo que a tomografia foi necessária para delimitar melhor o processo em dois casos. O *Staphylococcus aureus* é o principal agente etiológico do abscesso primário de músculo psoas em qualquer faixa

etária⁷. Dowd e col. descreveram incidência de 77% para *Staphylococcus aureus* em abscesso primário². Encontramos apenas um relato de abscesso por *Haemophilus influenzae* em um lactente de 4 meses⁴ e outro por *Streptococcus beta hemolítico*¹. Em nosso estudo, observou-se incidência semelhante a relatada na literatura, com o *Staphylococcus aureus* sendo isolado em três dos quatro pacientes. Em um paciente, houve crescimento de flora bacteriana mista: *Proteus mirabilis* e *Escherichia coli*.

O tratamento consiste em antibioticoterapia associada à punção guiada por ultra-som ou drenagem cirúrgica do abscesso. Há geralmente boa evolução. Todos os quatro pacientes relatados evoluíram sem intercorrências.

Assim, em crianças com quadro clínico de dificuldade de deambulação, febre de longa duração, em posição antálgica de flexão de articulação coxofemural, deve ser sempre aventada a hipótese de abscesso de músculo psoas. Isso implicará na realização precoce de exames complementares de imagem como o ultra-som abdominal, permitindo diagnóstico e conseqüente tratamento.

Referências bibliográficas

1. Parbhoo A, Govender S. Acute pyogenic psoas abscess in children. J Pediatr Orthop 1992; 12:663-6.
2. Dowd MD, Hegenbarth MA, Seidel FG. Case 01-1992: an 11-year-old boy with fever and a painful hip. Pediatr Emerg Care 1992; 8:366-9.
3. Bresee JS, Edwards MS. Psoas abscess in children. Pediatr Infect Dis J 1990;9:201-6.
4. Davies D, King SM, Parekh RS, D'Angelo G. Psoas abscess caused by *Haemophilus influenzae* type B. Pediatr Infect Dis J 1991; 10:411-2.
5. Sathyamoorthy P. Primary psoas abscess: case report and review of the literature. Singapore Med J 1992; 33:201-3.
6. Renwick SE, Ritterbusch JF. Pyomyositis in children. J Pediatr Orthop 1993; 13:769-72.
7. Singer J. Neonatal psoas pyomyositis simulating pyarthrosis of the hip. Pediatr Emerg Care 1993; 9:87-9.
8. Edgar KA, Schlesinger AE, Royster RM, Deeney, VF. Ilio-psoas abscess in neonates. Pediatr Radiol 1993; 23:51-2.
9. Walsh TR, Reilly JR, Hanley E, Webster M, Peitzman A, Steed DL. Changing etiology of iliopsoas abscess. Am J Surg 1992; 163:413-6.
10. Daly BD, McPhillips M, Leung AW, Evans RM, Metreweli C. Ultrasound, computed tomography and magnetic resonance in the investigation of iliopsoas compartment disease. Australas Radiol 1992;36:294-96.

Endereço para correspondência :

Dra. Adriana Monteiro de Barros Pires
Rua Alberto de Faria, 417 - Alto de Pinheiros
São Paulo, SP
Fone: (011) 211-3927 - Fax: (011) 851-1131