

Relato de Caso

Inserção de cateter de Shilley para manejo de grande abscesso do músculo psoas em mulher jovem: relato de caso

Luis Eduardo Sepulveda Mesquita ^{1,*}, Gabriely Lorrany de Oliveira Silva ^{1,*}, Beatriz Ribeiro Carneiro ¹, Bruno Henrique Campos Afonso ¹, Luis Flávio Vilela de Mesquita ¹

¹ Universidade de Uberaba - UNIUBE, Uberaba, MG, Brasil.

* Correspondência: dudusmesquita22@gmail.com.

Resumo: O abscesso de músculo psoas é uma patologia não muito frequente, que está relacionada a uma infecção primária ou secundária que ocasiona a formação de coleção purulenta na anatomia do músculo psoas que pode ocasionar inúmeras consequências. Este trabalho apresenta um caso raro para literatura, analisando a fisiopatologia, diagnóstico e tratamento, dando enfoque no acometimento de paciente do sexo feminino e jovem, além da utilização de Cateter de Shilley para manejo e sua eficácia no caso.

Palavras-Chaves: Abscesso; Psoas; Tratamento; Diagnóstico; Fisiopatologia.

Citação: Mesquita LES, Silva GLO, Carneiro BR, Afonso BHC, Mesquita LFV. Inserção de cateter de Shilley para manejo de grande abscesso do músculo psoas em mulher jovem: relato de caso. Brazilian Journal of Case Reports. 2024 Oct-Dec;04(4):95-100.

Recebido: 4 Abril 2024

Aceito: 29 Abril 2024

Publicado: 7 Maio 2024



Copyright: Este trabalho é licenciado por uma licença Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

O abscesso do músculo psoas (MP) é uma condição que ocorre acúmulo de pus no músculo psoas após uma infecção primária, sendo a via hematogênica mais comum devido à rica vascularização desse músculo, ou secundária quando é a partir de uma infecção de órgãos adjacentes, linfonodos ou corpos vertebrais próximos. Anatomicamente, o músculo psoas se localiza próximo de importantes estruturas abdominais, como órgãos do trato gastrointestinal, dos rins e vias urinárias, grandes vasos e cadeias linfáticas, por isso o acometimento infeccioso de quaisquer dessas muitas estruturas podem se espalhar com facilidade por contiguidade. Ademais, o plexo lombar transcorre a partir do MP, e por isso quando comprometido, muitas vezes pode levar a déficits sensoriais e fraqueza muscular [1, 2].

O acometimento do abscesso do MP se mostra maior no sexo masculino quando comparado ao feminino, e a incidência tem certa variação de acordo com a localização geográfica, sendo que em países desenvolvidos a idade média varia entre 44 e 58 anos, porém fatores como imunossupressão ou uso de drogas injetáveis estão relacionados com a ocorrência em pacientes mais jovens. Já em relação a lateralidade do acometimento, não há diferença significativa, e que o comprometimento bilateral é mais raro, com poucos casos relatados na literatura [3].

O músculo psoas se origina na superfície anterior do processo transversário, no retroperitônio, na borda lateral dos corpos vertebrais de T12 a L5, e se insere no trocânter menor do fêmur. Sabe-se que 70% dos indivíduos é uma estrutura única bilateral denominada de psoas maior, porém em 30% da população existe uma divisão que se encontra anteriormente, chamado de psoas menor. A funcionalidade desse músculo, é basicamente promover a flexão da coxa sobre o quadril, sendo mínima a ação de rotação lateral

e abdução da coxa. Vale ressaltar, a proximidade e envolvimento do músculo íliaco, que forma o compartimento iliopsoas, no qual pode haver a formação do abscesso, porém o abscesso de músculo psoas pode ou não ter envolvimento do músculo íliaco [1, 2, 4].

As evidências relacionadas ao curso da doença são escassas, devido à rara natureza desta doença, sendo que estudos sobre a etiologia, variações de acordo com etnia, história natural e resultados não são precisos. Dessa forma, sabe-se que na maioria dos casos a etiologia do abscesso do músculo psoas, está relacionado com a infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*, porém com o decaimento da tuberculose em alguns países, as infecções gastrointestinais e geniturinárias estão cada vez mais relacionadas, principalmente em imunocomprometidos. Por outro lado, a história natural da doença também não é precisa, pois a apresentação clássica com febre, dor nas costas e claudicação podem nem sempre ocorrerem [2].

Este estudo, tem como objetivo relatar um caso de abscesso do músculo psoas em uma mulher jovem, que foi acometida por uma infecção que levou a um grande acúmulo de conteúdo purulento na anatomia desse músculo à esquerda, que foi necessário intervenção rápida, em um centro acadêmico. Dessa maneira, relatamos o presente caso devido a raridade e a importância de um tratamento efetivo para tal doença, abordando também a fisiopatologia e o seu diagnóstico.

2. Relato de Caso

Trata-se de uma mulher de 25 anos de idade, que iniciou com abaulamento em região de flanco esquerdo, cerca de 1 mês antes de procurar atendimento médico. Referiu que junto ao abaulamento iniciou com uma dor intensa, latejante, progressiva, que aliviava ao uso de uma medicação anti-inflamatória, relaxante muscular e analgésica. Negava fator de piora para o quadro. Negava rubor e calor no local do abaulamento. A paciente relata que o abaulamento e a dor aumentaram progressivamente e passou a apresentar calor e rubor no local da tumoração. Negava náuseas, vômitos, astenia, febre e outras queixas. Além disso, negava picada de insetos e trauma local. Negava também infecções recentes.

A paciente negava doença prévia e medicações de uso contínuo. Estava apenas se medicando com Torsilax para alívio da dor. De procedimentos cirúrgicos anteriores a paciente havia sido submetida a passagem de Cateter JJ, em 2 situações diferentes, desde a identificação da nefrolitíase em 2022. Negava etilismo e uso de drogas. É tabagista de 0,5 Maço ao dia. Negava doenças prévias na família.

Ao exame físico da admissão na internação a paciente apresentava paciente encontrava-se em bom estado geral, auto alo orientada, mucosas coradas, hidratadas, anictéricas e acianóticas e ausência de linfonodos palpáveis em cadeias submandibular, cervical ou demais. Estava afebril. Tireóide normopalpável, de consistência fibroelástica e indolor a palpação. Aparelho respiratório com murmúrio vesicular preservado sem ruídos adventícios, expansibilidade pulmonar preservada e percussão timpânica. Aparelho cardiovascular com bulhas rítmicas e normofonéticas em dois tempos sem presença de sopros ou crepitações. Pulsos carotídeos, radiais, femorais, pediosos e poplíteos amplos e simétricos sem alterações. Aparelho gastrointestinal com ruídos hidroaéreos preservados, indolor à palpação superficial e profunda. Na região dorsal apresentava um abaulamento em região de flanco esquerdo, com rubor, calor, edema e dor ao toque (Figura 1). Presença de múltiplas estrias brancas em região abdominal e flancos. Membros inferiores com ausência de edema.

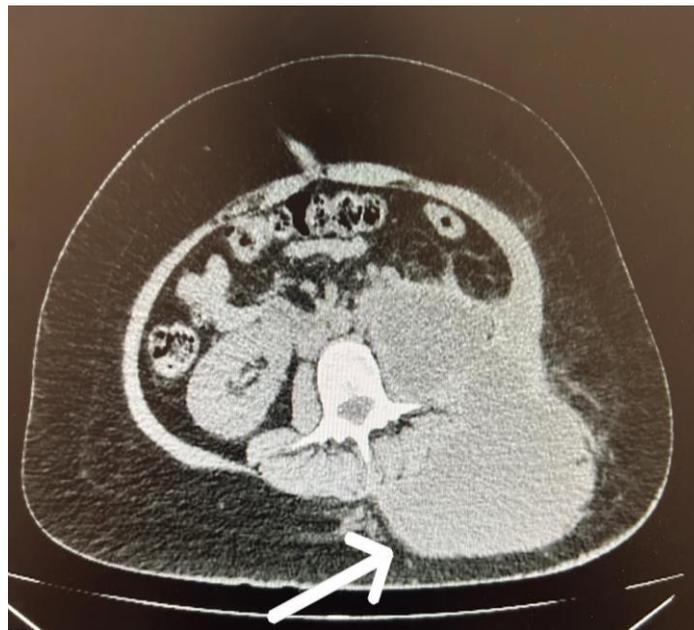
Durante a internação, iniciou-se antibioticoterapia com Ceftriaxona 1G e clindamicina, e foram solicitados exames laboratoriais e de imagem para elucidação da origem do abscesso. Dentre eles, foi realizada uma Tomografia computadorizada de abdome superior com contraste (Figura 2), que teve o seguinte laudo: volumosa coleção concentrada no músculo psoas esquerdo, de paredes espessadas e com leve realce parietal, estende-se para o músculo iliopsoas correspondente e se insinua para a região lombar esquerda pela

topografia do triângulo lombar superior, apresentando densificação dos planos adiposos adjacentes e discretos focos de realce na musculatura paravertebral, lombar e da parede abdominal deste lado. A coleção mede nos maiores eixos aproximadamente 19.1 x 15.6 x 12,2 cm (LxAPxT). A paciente foi avaliada pela equipe cirúrgica e pela ortopedia, e com o diagnóstico fechado de abscesso de músculo psoas, foi indicado a drenagem.

Figura 1. Abaulamento em região lombar esquerda, compatível com a anatomia do Músculo Psoas.



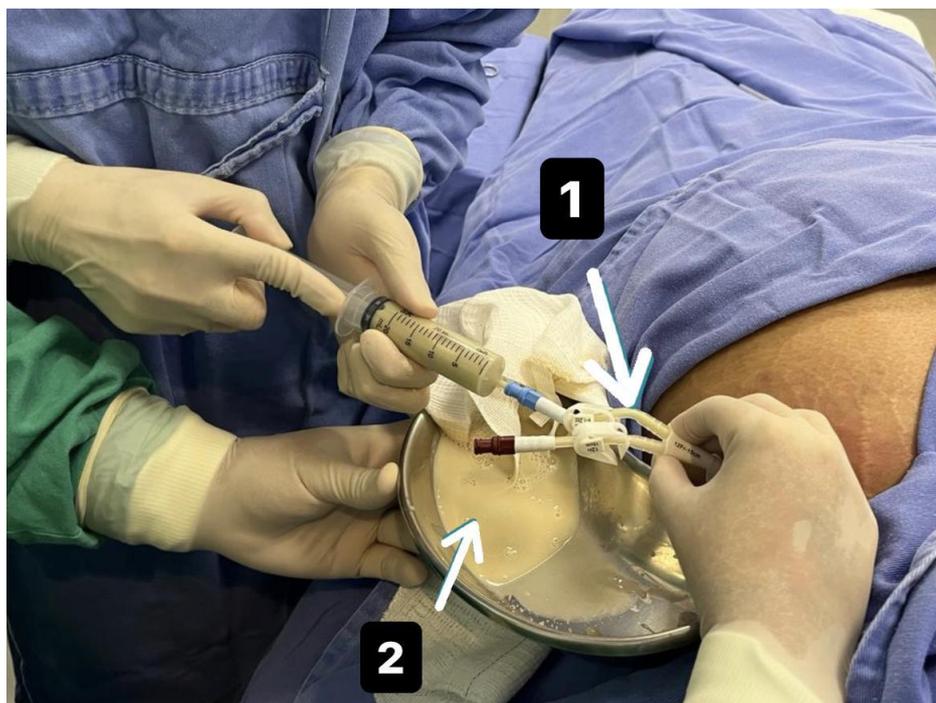
Figura 2. Tomografia Computadorizada do abdome superior com contraste. Seta: Mostra volumosa coleção no Músculo Psoas à esquerda, que mede nos maiores eixos aproximadamente 19.1 x 15.6 x 12,2 cm (LxAPxT).



O caso foi explicado para a paciente que concordou com o procedimento. A cirurgia foi fechada, com drenagem de cerca de 900 Mililitros de secreção com aspecto purulento

durante o procedimento e foi coletada uma amostra para a cultura. Devido a disponibilidade foi inserido um cateter de Schilley de duas vias no local da incisão, para irrigar o abscesso e drenar o restante da secreção que não foi possível retirar com a cirurgia (Figura 3), sendo que esse tipo de cateter é comumente utilizado como opção de via acesso venoso central para realização de hemodiálise por períodos curtos.

Figura 3. Realização de drenagem do abscesso em Músculo Psoas à esquerda em bloco cirúrgico. Seta 1: Utilização de Cateter de Shilley de duas vias. Seta 2: Secreção purulenta em Cuba rim.



A paciente permaneceu internada após o procedimento, com uso do cateter irrigado para drenagem do abscesso, correndo 500 mililitros de soro fisiológico de 8 em 8 horas no abscesso, para auxiliar na drenagem da secreção. Completou 7 dias de antibioticoterapia com Ceftriaxona e 6 dias com Clindamicina, iniciados antes da abordagem cirúrgica. No 5º dia após abordagem cirúrgica, a antibioticoterapia foi guiada de acordo com a Cultura, que evidenciou o crescimento do germe *Proteus spp*, sensível a Ciprofloxacino. A paciente completou 3 dias de uso do antibiótico guiado, teve excelente melhora clínica e foi retirado o dreno com irrigação. Recebeu alta hospitalar na mesma data, 8 dias após o procedimento cirúrgico, com uso de antibiótico via oral, Ciprofloxacino por 7 dias em casa e retorno no ambulatório de cirurgia para reavaliação.

3. Discussão

Após o devido estudo do caso e revisão de literatura, foi percebido que é rara a incidência do abscesso do músculo psoas, sendo mais comum em homens do que em mulheres. A idade média de incidência varia de acordo com a localização geográfica, nos países desenvolvidos, a idade média é de 44-58 anos podem ocorrer em pacientes ainda mais jovens se imunossuprimidos ou em uso de drogas intravenosas. O diagnóstico correto e preciso do abscesso dos psoas é muito importante, pois a taxa de mortalidade na primeira apresentação varia de 5 a 15%. Como visto nesse relato de caso a paciente é do sexo feminino, o que é o comum pelas estatísticas, com 25 anos o que não é o esperado pela sua faixa etária [3].

Observando os estudos, as condições de base que contribuem para que forme um abscesso do músculo Psoas são diversas e inespecíficas. Como causas mais frequentes temos a cateterização da artéria femoral, as doenças genitourinárias, as gastrointestinais, os processos musculoesqueléticos e a realização de bloqueio com utilização de cateteres em região lombar. O caso clínico discutido em questão é de um abscesso do músculo Psoas devido a causa não determinada, paciente relatou que os abscessos surgiram de forma espontânea, não houve trauma, picada de insetos, ferimentos ou qualquer outra porta de entrada que pudesse gerar algum tipo de infecção local [4].

O abscesso do músculo psoas pode apresentar a tríade clássica de febre, claudicação e dor nas costas, porém esses sintomas só são visíveis em 30% dos pacientes. Nesse caso a paciente referia um abaulamento em região de flanco esquerdo que havia iniciado há 30 dias e foi aumentando com o passar do tempo, doloroso, com presença de rubor e calor. Não havia ponto de drenagem de secreção. A paciente se apresentou afebril durante todo o episódio. A dor é o sintoma mais comum. Os pacientes referem dor em região lombar, flancos ou abdômen inferior, podem apresentar também massa inguinal, anorexia, perda de peso, náusea e claudicação. Essa apresentação clínica normalmente varia pois os sinais e sintomas são muito inespecíficos e subagudos, podem permanecer por semanas ou meses. Em casos mais graves os pacientes podem evoluir para uma deterioração aguda devido ao choque séptico, por isso esse estudo é de extrema importância para a detecção precoce e tratamento correto do abscesso do músculo psoas [3].

O uso de antibióticos apropriados em conjunto com a drenagem do abscesso são o tratamento de escolha e é o que foi feito para a resolução do quadro da paciente deste relato de caso. O tratamento é feito com drenagem percutânea guiada por imagem, geralmente com tomografia devido à localização retroperitoneal. Existe a opção da drenagem cirúrgica, aberta ou laparoscópica. As indicações para a drenagem cirúrgica podem incluir acessos multiloculados ou a falha na drenagem percutânea. A paciente do caso fez uso de Ceftriaxona e Clindamicina por 6 dias enquanto aguardava resultado da cultura. Após resultado de cultura foi prescrito Ciprofloxacino endovenoso guiado pela cultura.

A drenagem percutânea requer materiais específicos, perícia e experiência para realizar o procedimento. O procedimento desse relato de caso foi realizado com o cateter de Shilley que normalmente é utilizado em diálise, devido a indisponibilidade de outro cateter no serviço. O tratamento foi bem-sucedido sem necessidade da realização de outra drenagem cirúrgica e sem complicações durante a recuperação da paciente. Assim, concluímos que para esse caso a drenagem com cateter de Shilley realizada por cirurgião com preparo adequado é eficaz e segura [3].

Desse modo, se torna evidente a importância de um diagnóstico correto e em tempo ágil, associado ao uso correto de antibióticos para um bom prognóstico do caso. Além disso, a drenagem percutânea é um procedimento eficaz e seguro para o tratamento de coleções, apresentando alta taxa de resolubilidade, mesmo quando há necessidade de uso de cateteres improvisados, porém a importância de ser realizada por cirurgiões experientes, por isso seu uso deve ser disseminado e incentivado na prática diária dos cirurgiões [5].

4. Conclusão

O abscesso do músculo psoas é uma patologia não muito comum, porém é necessário atenção e cuidados específicos para manejar tal enfermidade, pois percebemos que a taxa de mortalidade está diretamente relacionada com a forma de tratamento. Destaca-se esse caso pela clínica da paciente, de 25 anos e do sexo feminino, que permaneceu afebril durante toda a doença e que não teve nenhuma etiologia bem definida. O uso de antibioticoterapia se mostra crucial no tratamento, assim como solicitação de exames complementares, como a cultura da secreção para melhor direcionamento do manejo clínico e TC para definição da abordagem cirúrgica e delimitação da doença.

Além disso, a intervenção cirúrgica com a colocação de Cateter de Shilley, possibilitou a irrigação e drenagem do abscesso no pós-operatório, permitindo sua drenagem

total e melhora de sintomas, mostrando que mesmo não sendo o de escolha para drenagem de abscessos. quando não há disponibilidade de outros meios sua utilização se mostrou eficaz no caso relatado.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa: Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética pesquisa do Hospital de Clínicas da UFPR sob o CAAE 77291524.1.0000.0096.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de interesse: Nenhum.

Materiais suplementares: Nenhum.

Referências

1. Rodrigues J, Iyyadurai R, Sathyendra S, Jagannati M, Prabhakar Abhilash KP, Rajan SJ. Clinical presentation, etiology, management, and outcomes of iliopsoas abscess from a tertiary care center in South India. *J Family Med Prim Care*. 2017;6(2):270-275.
2. Thakral A, Prasad D, Katyal S, Kumar A. Characteristics and Outcomes of Psoas Abscess: Experience from a Tertiary Care Center in North India. *Cureus*. 2022 Jan 18;14(1):e21197.
3. Vicencio CP, Ruseckaite R, Shah A, et al. Psoas muscle abscess. *Radiopaedia*. Published September 30, 2021. Accessed April 19, 2024. Available from: <https://radiopaedia.org/articles/psaos-muscle-abscess>
4. Kraychete DC, Rocha APC, Castro PACR de. Abscesso do músculo psoas em paciente submetida à analgesia por via peridural: relato de caso. *Rev Bras Anesthesiol*. 2007;57(6):632-636.
5. Schwaab MS. Drenagem percutânea guiada por ultrassom: uma análise de casos de punções realizadas por cirurgiões. *Revista FT*. 2023.