

Abscesso do músculo psoas associado à infecção por *Mycobacterium tuberculosis* em paciente com Aids

Psoas muscle abscess associated with Mycobacterium tuberculosis infection in patient with AIDS

Paulo Sérgio R. de Araújo¹, Marcelia S. Barbosa², Fábio Melo³, Heloísa Ramos L. de Melo⁴, Eduardo Brandão³

RESUMO

Abscesso do músculo psoas é uma condição rara de difícil diagnóstico clínico, pois apresenta sinais e sintomas inespecíficos. No presente relato de caso, ilustramos um exemplo de abscesso do músculo psoas associado ao *Mycobacterium tuberculosis* em paciente do sexo feminino, 48 anos, com diagnóstico de Aids há cinco anos. O exame físico da paciente evidenciou massa palpável em região lombar que foi confirmada pela ultrassonografia e tomografia computadorizada. A baciloscopia do líquido obtido da punção do abscesso demonstrou a presença de bacilos álcool-ácido resistentes. Após iniciado esquema terapêutico combinado, com drogas antituberculosas, a paciente evoluiu com melhora clínica. Apesar de raro, o abscesso de músculo psoas é uma enfermidade que tem sido mais frequentemente observada em pacientes imunocomprometidos, principalmente aqueles que apresentam a co-infecção HIV-tuberculose. Neste caso, a identificação do agente etiológico associado ao abscesso foi fundamental para garantir a conduta terapêutica adequada e conseqüentemente a boa evolução do quadro clínico.

Palavras-chave: Abscesso. Músculos Psoas. *Mycobacterium tuberculosis*. Aids.

ABSTRACT

Psoas muscle abscess is a rare condition difficult to diagnose clinically, as have non-specific signs and symptoms. In this case report, we illustrate an example of psoas muscle abscess associated with *Mycobacterium tuberculosis* in female patient, 48 years old, with diagnosis of AIDS five years ago. Physical examination showed the patient's palpable mass in the lower back which was confirmed by ultrasonography and computed tomography. The smear obtained from the abscess puncture liquid showed the presence of resistant acid-fast bacilli. After combined treatment regimen started with antituberculosis drugs, the patient improved clinically. Although rare, the psoas muscle abscess is a disease that has been most frequently observed in immunocompromised patients, especially those with HIV-tuberculosis co-infection. In this case, the identification of the etiologic agent associated with the abscess was critical to ensure an adequate therapeutic conduct and consequently the good progression of the disease.

Key-words: Abscess. Psoas Muscles. *Mycobacterium tuberculosis*. AIDS.

1. Professor Doutor. Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias, Hospital de Clínicas Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Departamento de Parasitologia, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (FIOCRUZ), Recife / PE, Brasil.
2. Residente. Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias, Hospital de Clínicas (UFPE).
3. Pesquisador Doutor. Departamento de Parasitologia, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (FIOCRUZ), Recife / PE.
4. Professora Doutora. Departamento de Medicina Clínica, Hospital de Clínicas (UFPE).

Correspondencia
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
Departamento de Parasitologia
Campus da UFPE, S/N, Cidade Universitária
CEP.: 50670-420. - Recife - PE.
E-mail: psergio@cpqam.fiocruz.br

Recebido em 06/02/2015
Aprovado em 13/05/2015

Introdução

Abscesso de psoas é uma condição clínica subdiagnosticada, caracterizada por coleção de pus no compartimento do músculo íliopsoas.¹ Foi descrito pela primeira vez por Mynter em 1881.² As causas dessa enfermidade são inúmeras, desde bactérias entéricas Gram negativas a *Mycobacterium tuberculosis*. Pacientes imunodeprimidos, como, por exemplo, indivíduos HIV positivos apresentam maior risco de desenvolvê-la.³

A clínica do abscesso de psoas é variável e inespecífica, sendo a dor em quadril um importante sinal.^{3,4} Entretanto, mesmo quando presente, a confirmação diagnóstica é realizada mediante a utilização de técnicas de diagnóstico por imagem, como a ultrassonografia e a tomografia computadorizada.³⁻⁶

Relato de caso

Mulher de 48 anos, procedente da região metropolitana de Recife, foi internada no Serviço de Infectologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Diagnosticada com Aids há cinco anos e em uso regular de antirretrovirais, havia sido encaminhada do serviço de emergência com história de diarreia profusa e vômitos iniciados há 15 dias. Na admissão, apresentava diminuição de força nos membros inferiores que havia se iniciado há uma semana.

Os exames mais recentes apontavam para um bom controle viral (PCR-HIV < 40 cópias/mL) e um bom status imunológico (CD4=833, 32,2%). No exame físico foi percebido a presença de massa palpável em região lombar, indolor a palpação e sem sinais inflamatórios. Não havia relato de febre. Exames laboratoriais revelaram níveis séricos de potássio e magnésio de 2 mEq/L e 1 mEq/L, respectivamente. Após correção destes eletrólitos, a paciente apresentou boa evolução com resolução do quadro de diminuição de força em membros inferiores. Passou a receber regime antimicrobiano empírico com Ceftriaxona e Metronidazol. A tomografia computadorizada do abdome com contraste demonstrou volumosa coleção em topografia do músculo psoas esquerdo, com volume estimado em 759 mL, se estendendo por toda a musculatura e tecido celular subcutâneo, causando abaulamento da parede abdominal além de linfonodomegalias

retroperitoneais, mesentéricas, ilíacas e inguinais com áreas centrais sugestivas de necrose caseosa. Foi então realizada punção aspirativa da coleção guiada por ultrassonografia (Figura 1), com drenagem de aproximadamente 1500 mL de líquido de aspecto purulento. O material foi encaminhado ao laboratório para realização da baciloscopia e cultura para *Mycobacterium tuberculosis*, com antibiograma. A análise microbiológica identificou a presença de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR), complexo *Mycobacterium tuberculosis*, sensível a Estreptomina, Isoniazida, Rifampicina e Etambutol. Foi então iniciada terapia combinada com drogas antituberculosas com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol. Paciente recebeu alta e evoluiu com melhora clínica.

Discussão

O abscesso de psoas pode ser classificado como primário (30% dos casos) ou secundário (70% dos casos) a depender da presença ou ausência de doença de base.⁷⁻⁸ O abscesso primário ocorre provavelmente devido à disseminação hematogênica do processo infeccioso e é mais frequente em pacientes portadores de diabetes *mellitus*, usuários de drogas intravenosas, portadores do HIV, nefropatas ou naqueles que possuam algum tipo de imunossupressão. Doença de Crohn é a mais comum causa de abscesso de ileopsoas secundário. Outras possíveis causas são diverticulite, apendicite, câncer colorretal, infecção do trato urinário, osteomielite, artrite séptica e endocardite.⁷

Doença mais comum entre os jovens, o abscesso de psoas é relatado mais frequentemente em homens do que em mulheres. O *Staphylococcus aureus* é o agente etiológico observado em cerca de 88% dos pacientes com abscesso primário. No entanto, em países onde a tuberculose é endêmica o *Mycobacterium tuberculosis* é um agente infeccioso bastante observado.⁷ No entanto, a ocorrência de abscesso no músculo psoas como apresentação principal da tuberculose, como no caso clínico relatado, sem nenhum foco infeccioso ativo em outro lugar, tem sido pouco documentado.⁸

Nas últimas décadas, infecção por HIV tem contribuído para um aumento substancial na incidência de tuberculose. As alterações no sistema imune causados pelo HIV podem mudar a história



Figura 1: USG de abdômen total evidenciando abscesso com conteúdo heterogêneo em fossa ilíaca direita. A seta indica o abscesso.

natural da tuberculose, aumentando a frequência de formas complicadas, com envolvimento extrapulmonar.⁹ Em 1979, durante a era pré-Aids, a tuberculose extrapulmonar ocorria em 14,9% dos casos de infecção por tuberculose nos Estados Unidos.⁹⁻¹⁰ Segundo Lupatkin e colaboradores, 50-72% dos pacientes com HIV tem envolvimento extrapulmonar por tuberculose¹⁰. O abscesso por tuberculose pode-se encontrar em qualquer parte do organismo, entretanto parece ser mais comum na coluna, quadril, linfonodos e região genital.⁹

A apresentação clínica do abscesso de psoas é frequentemente variável e não específica.⁷ Os sintomas mais comuns são febre, dor lombar e limitação de movimento do quadril e membros inferiores, porém esta apresentação clássica está presente somente em 30% dos casos.³ Como o músculo psoas é inervado por raízes nervosas de L2, L3 e L4, a dor pode irradiar para quadril e coxa; outros sintomas são dor abdominal vaga, náusea e perda de peso.⁷ A paciente relatada não apresentava febre ou dor local, apenas percebia-se abaulamento de região lombar. Sendo apresentação incomum de

tuberculose extrapulmonar, habitualmente ocorre retardo no seu diagnóstico em até 45 dias devido à inespecificidade do quadro.³

O exame radiográfico simples de abdome é um método não invasivo que pode evidenciar a presença de coleções retroperitoneais, borramento da região do músculo psoas e ar em retroperitônio realçando o contorno duodenal e/ou renal. Este exame está alterado em aproximadamente 30% dos casos, portanto, o valor da radiografia simples para o diagnóstico de abscesso do psoas é limitado. A ultrassonografia (USG) é um exame não invasivo de fácil realização, útil tanto para o diagnóstico (em 60% dos casos), quanto para orientação terapêutica como a punção e/ou drenagem. Nessa paciente, o exame ultrassonográfico foi suficiente para apontar o diagnóstico de abscesso de psoas. A TC é um excelente método diagnóstico e tem vantagens em relação ao USG, principalmente quando o abdome se encontra com distensão gasosa na luz entérica. TC também é a técnica de imagem de maior valor para o diagnóstico da psóite com sensibilidade de 100%.³

Os exames radiológicos possibilitaram o diagnóstico topográfico onde a partir da punção aspirativa foi possível estabelecer o diagnóstico etiológico através da baciloscopia e isolamento de *Mycobacterium tuberculosis* do material drenado. É provável que existisse um quadro de tuberculose abdominal e que esta tenha, mediante via linfática, possibilitada a infecção do plano muscular. No entanto, a radiografia do tórax era normal, não indicando nenhuma alteração que pudesse sugerir ou confirmar essa suspeita.

Nos abscessos de etiologia tuberculosa a drenagem deve ser seguida pelo tratamento convencional com Rifampicina, Isoniazida, Etambutol e Pirazinamida por 2 meses, seguido por 4 meses de tratamento com Rifampicina e Isoniazida.

Conclusão

O abscesso do psoas é uma enfermidade que tem sido mais frequentemente observada em pacientes imunocomprometidos, principalmente aqueles associados à co-infecção HIV-tuberculose, cujo tratamento deve ser realizado com antibióticos de amplo espectro associado à drenagem do abscesso guiada por ultrassonografia. No presente caso, a identificação do agente etiológico associado ao abscesso foi fundamental para garantir a conduta terapêutica adequada e consequentemente a boa evolução do quadro clínico.

Bibliografia

1. Garner JP, Meiring PD, Ravi K, Gupta R. Psoas abscess – not as rare as we think? *Colorectal Dis.* 2007; 9: 269-74.
2. Mynter H. Acute psoitis. *Buffalo Med Surg* 1881; 21: 202-10.
3. Silva FP, Mizoguchi FM, Saito RY, Souza JCL. Secondary psoas abscess: Case report about a patient with AIDS and review of the literature. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2008; 41: 332-8.
4. Silva CAA, Liphaut BL. Diagnóstico do quadril doloroso na infância. *Pediatria (São Paulo).* 2001; 23: 269-70.
5. Frick SL. Evaluation of the child who has hip pain. *Orthop Clin North America.* 2006; 37: 133-40.
6. Zissin R, Gayer G, Kots E, Werner M, Shapiro-Feinberg M, Hertz M. Iliopsoas abscess: a report of 24 patients diagnosed by CT. *Abdom Imaging.* 2001; 26: 533-9.
7. Mallick IH, Thoufeeq MH, Rajendran TP. Iliopsoas abscesses. *Postgrad Med J.* 2004; 80: 459-62.
8. Chawla K, D'Souza A, Bhat NS, Mukhopadhyay C. Primary tubercular psoas abscess: a rare presentation. *J Infect Dev Ctries.* 2012; 6: 86-8.
9. Gervasoni C, Zanini F, Gabrielli E, Merli S, Riva A, Galli M. Tubercular Gluteus Abscesses: A Return to The Early 20th Century or a Consequence of New, Unprecedented Behaviors? *Clin Infect Dis.* 2011; 52: 1082-3.
10. Lupatkin H, Bran N, Flomenberg P, Simberkoff MS. Tuberculous Abscesses in Patients with AIDS. *Clin Infect Dis.* 1992; 14: 1040-4.