

ABCESSO DO PSOAS: COMPLICAÇÃO CLÁSSICA MAS RARA DA DOENÇA DE CROHN

P. LAGO¹, A. ROCHA²

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 19 anos, raça caucasiana, estudante, com diagnóstico de Doença de Crohn ileo-cólica desde 2002, com comportamento penetrante (abcesso e fistula anal em 2001), em remissão clínica desde o diagnóstico, medicado com mesalazina, não submetido, até à data, a corticoterapia.

Em Março de 2004, inicia dor na coxa direita, após vários jogos de futebol, com agravamento progressivo, surgindo claudicação em Abril. Recorre, a 6 de Abril, ao Serviço de Urgência (SU) do Hospital Geral de Santo António (HGSA), onde é observado por Ortopedia. Realiza ecografia das partes moles da coxa direita e RX da articulação coxo-femural direita e sacroilíacas, consideradas normais. Sem febre nem dor abdominal ou lombar, alteração do hábito intestinal, ou sintomas gerais. Teve alta, medicado com paracetamol e AINE (SOS). Desaparecimento da dor, mantendo-se a claudicação. No fim de Abril recorre a consulta de Fisiatria e inicia sessões diárias de fisioterapia juntamente com o paracetamol e AINE (SOS). Por suspeita de necrose avascular da cabeça femoral direita, realiza RMN das ancas, que foi normal. Agravamento clínico desde Junho, com reaparecimento da dor na coxa e início de dor inguinal direita, anorexia, astenia, mantendo-se a ausência de febre e hipersudorese nocturna e a regularidade do trânsito intestinal. Foi observado em consulta de Gastreenterologia do HGSA em 22 de Junho, salientando-se ao exame objectivo: palidez mucocutânea, emagrecimento (peso: 50 kg, altura: 173 cm; IMC: 23,2; peso habitual de 60 Kg), apirexia, massa dolorosa à palpação da fossa ilíaca direita e dor à palpação do músculo quadricípede direito com impossibilidade de extensão total da coxa direita. Realizou RMN abdominal em 23 de Junho que mostrou uma colecção abcedada com envolvimento difuso da totalidade do músculo psoas-iliaco direito (Figura 1). Foi internado no Serviço de Cirurgia 1 do HGSA, e realizada drenagem percutânea guiada por ecografia, com colocação de dois cateteres *pig-tail*, 7 fr, ao nível do músculo ilíaco direito e na colecção da região

inguinal homolateral, com saída de abundante conteúdo purulento (enviado para microbiologia). Iniciou antibioterapia IV (de acordo com antibiograma do pus) e nutrição entérica exclusiva, com fórmula polimérica. Após a drenagem a dor desaparece e ao fim de dois dias a extensão do membro inferior direito é quase completa. A TAC realizada em 08 de Julho mostra franca redução do abcesso e presença de fistula cego-psoas (confirmada por fistulografia) (Figuras 2 e 3). Operado em 27 de Julho: "...Secção da fístula entre o cego e o músculo psoas, ressecção ileo-cecal com cerca de 15 cm de íleon e anastomose ileo-cólica ao ascendente; curetagem ampla das locas musculares". Teve alta ao 8º dia de pós-operatório, assintomático, iniciando azatioprina 2,5 mg/kg/dia, que mantém no momento actual.

DISCUSSÃO

Este caso mostra uma complicação rara da Doença de Crohn, na forma de abcesso retroperitoneal, com envolvimento do músculo psoas-iliaco direito. O diagnóstico é com frequência tardio (1) por confusão com patologia osteoarticular ou muscular. Neste paciente a



Figura 1 - RMN abdominal: colecção abcedada do músculo psoas que se estende ao músculo ilíaco homolateral.

(1) Serviço de Gastreenterologia, Hospital Geral de Santo António, Porto, Portugal.

(2) Serviço de Cirurgia I, Hospital Geral de Santo António, Porto, Portugal.

Caso Clínico Comentado

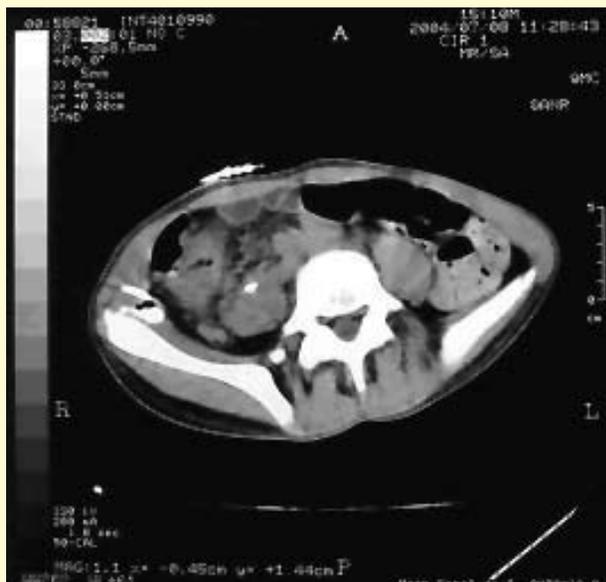


Figura 2 - TAC abdominal: redução do abscesso e suspeita de fistula para o cego.

relação temporal entre a dor e o exercício físico (jogo de futebol) contribuiu para o seu atraso.

Os abscessos do músculo psoas (MP) são pouco frequentes, podem ser primários ou secundários (2), predominando estes e sendo a Doença de Crohn (DC) uma das suas principais causa (3). Os abscessos do MP secundários à DC são raros (0,4-4,3%) (4,5), surgem habitualmente durante a evolução da doença, podendo ocasionalmente ser a sua forma de apresentação (1). Os sinais/sintomas clássicos são a dor lombar, febre e dor inguinal e /ou na coxa, e estão presentes em menos de 50% dos pacientes (6). O exame de escolha na suspeita deste diagnóstico é a TAC que apresenta uma elevada sensibilidade (6), tendo a RMN um valor diagnóstico semelhante (7), contudo mais dispendiosa e menos acessível. Neste paciente a realização da RMN resultou de agendamento prévio do exame (pedido no início de Junho pela Fisiatra). A ressecção intestinal do segmento afectado e da fistula constitui o tratamento de escolha, no entanto a melhoria prévia das condições sépticas



Figura 3 - Fistulografia: fistula cego-psoas.

loais com antibioterapia IV, drenagem percutânea eco ou TAC guiada, nutrição parentérica/entérica é essencial para o sucesso da cirurgia (8).

BIBLIOGRAFIA

1. Cary Sauer, Margaret Gutgesell. Ballet Dancer with hip and groin pain: Crohn disease and psoas abscess. *Clin Pediatr.* 2005; 44: 731-733.
2. Gruenwald I, Abrahamsin J, Cohen O. Psoas abscess: case report and review of the literature. *J Urol* 1992; 147: 1624-1626.
3. Hanslik T, Christoforov B, Charpenter Y. Abscès du psoas chez un homme de 17 ans. *Ann Med Interne* 1991 ; 142 : 619-24.
4. Ogihara M, Masaki T, Watanabe T, et al. Psoas abscess complicating Crohn's disease :report of a case. *Sug Today.* 2000, 30: 759-763.
5. E. Zapata, A. Cosme, E. Ojeda, et al. Cartas al Director. Absceso de psoas complicano la enfermedad de Crohn: estudio de 5 pacientes. *Rev Esp Enferm Dig.* 2006, 98, N.º 5: 391-395.
6. R. Zissin, G. Gayer, E. Kots, et al. Iliopsoas abscess : a report of 24 patients diagnosed by Ct. *Abdominal Imaging.* 2001, 26: 533-539.
7. Cellier C, Gendre JP, Cosnes J, et al. Abscès du psoas compliquant la maladie de Crohn. *Gastroenterol Clin Biol* 1992 ; 16 :235-8.
8. M. Veroux, I. Angriman, C. Ruffolo, et al. Psoas abscess : a rare complication of Crohn's disease. *Acta Chir Belg.* 2004, 104: 187-190.