

Abcesso do Músculo Psoas com Fistulização Pulmonar *Psoas Abscess with Lung Fistulization*

Ana Pinho Oliveira¹, Alexandre Mota², Cláudia Martins¹

Palavras-chave: Coração; Pericardite Constrictiva; Tuberculose
Keywords: Heart; Pericarditis Constrictive; Tuberculosis

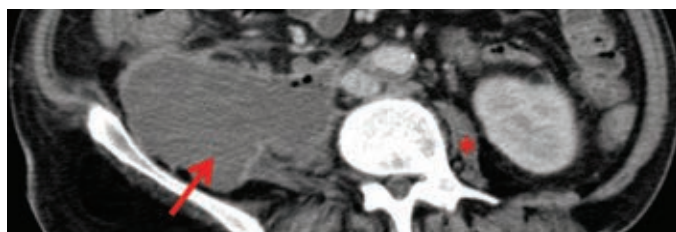


Figura 1: Tomografia computadorizada com contraste – reformatação axial: coleção (seta) envolvendo o músculo psoas (notar asterisco no músculo psoas contralateral) com bolhas de ar e captação periférica sugestiva de abscesso.

Descreve-se o caso de um doente de 48 anos, paraplégico na sequência de fratura cervical, admitido no Serviço de Urgência por quadro febril, sem outros sintomas associados, tendo evoluído rapidamente para choque séptico. Ao exame objetivo de referir apenas úlceras de pressão com sinais inflamatórios na região lombar. Pela gravidade do quadro clínico, efetuada tomografia computadorizada que evidenciou abscesso do músculo psoas ilíaco direito com fistulização para o lobo pulmonar inferior direito (Fig.s 1 e 2). Admitiu-se como provável causa deste abscesso as úlceras de pressão. Instituída antibioterapia empírica com meropenem seguida de drenagem cirúrgica, tendo o doente recuperado do quadro séptico, com evolução favorável. O estudo bacteriológico do exsudato purulento permitiu o isolamento de *Providencia stuartii* e *Streptococcus sanguinis*, ambos sensíveis a meropenem. O abscesso do músculo psoas pode ter origem primária ou secundária, dependendo tal classificação da ausência ou presença de um foco infeccioso identificado, respetivamente.¹ No primeiro caso, a infeção do músculo psoas ocorre provavelmente por disseminação hematogénea de um processo infeccioso oculto.¹ A suscetibilidade deste músculo à infeção relaciona-se com a sua localização anatómica peculiar e vascularização abundante. O tratamento assenta em drenagem cirúrgica e antibioterapia adequadas,^{1,2} sendo que o prognóstico depende do diagnóstico atempado.² Os autores salientam a extensão e fistulização pulmonar incomum neste tipo de abscesso. ■



Figura 2: Tomografia computadorizada com contraste - reformatação coronal: fistulização (seta) da mesma coleção da Figura 1 para o parênquima pulmonar consolidado (asterisco).

Proteção de Seres Humanos e Animais: Os autores declaram que não foram realizadas experiências em seres humanos ou animais.

Direito à Privacidade e Consentimento Informado: Os autores declaram que nenhum dado que permita a identificação do doente aparece neste artigo.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Correspondência: Ana Pinho Oliveira - ana_ip_oliveira@hotmail.com
Serviço de Medicina - Centro Hospitalar de Tondela-Viseu- Viseu - Portugal

Recebido: 04-02-2016

Aceite: 27-02-2016

Referências

1. Mallick IH, Thoufeeq MH, Rajendran TP. Iliopsoas abscesses. Postgrad Med J. 2004;80:459-62.
2. Wong OF, Ho PL, Lam SK. Retrospective review of clinical presentations, microbiology, and outcomes of patients with psoas abscess. Hong Kong Med J. 2013;19:416-23.
3. Chaves S, Caldeira M, Pernetá F, Silva G, Rodrigues R, Caldeira Cabral A. Abscesso do psoas. Um caso clínico. Med Interna. 2009;(16Supl):93.

1. Serviço de Medicina, Centro Hospitalar de Tondela-Viseu, EPE. Viseu, Portugal

2. Serviço de Imagiologia, Centro Hospitalar de Tondela-Viseu, Viseu, Portugal