

# Acesso transglúteo para punção percutânea de abscesso prostático guiada por tomografia computadorizada

*Transgluteal access for computed tomography-guided percutaneous puncture of prostatic abscesses*

**Rômulo Florêncio Tristão Santos<sup>1,a</sup>, Reinaldo Santos Moraes Neto<sup>1,b</sup>, Fábio Galvão Vidal<sup>1,c</sup>, Luiz Augusto Morelli Said<sup>2,d</sup>, Thiago Franchi Nunes<sup>1,e</sup>**

1. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande, MS, Brasil. 2. Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS), Campo Grande, MS, Brasil.

Correspondência: Dr. Thiago Franchi Nunes. Avenida Senador Filinto Müller, 355, Vila Ipiranga. Campo Grande, MS, Brasil, 79080-190. E-mail: thiagofranchinunes@gmail.com.

a. <https://orcid.org/0000-0002-8679-7369>; b. <https://orcid.org/0000-0001-8278-7449>; c. <https://orcid.org/0000-0002-9956-7626>; d. <https://orcid.org/0000-0001-6681-5382>; e. <https://orcid.org/0000-0003-0006-3725>.

Recebido para publicação em 3/4/2019. Aceito, após revisão, em 13/6/2019.

Como citar este artigo:

Santos RFT, Moraes Neto RS, Vidal FG, Said LAM, Nunes TF. Acesso transglúteo para punção percutânea de abscesso prostático guiada por tomografia computadorizada. Radiol Bras. 2020 Mai/Jun;53(3):171-172.

## INTRODUÇÃO

O abscesso prostático é uma ocorrência clínica rara, que pode resultar em complicações graves como urosepse e morte se não houver diagnóstico e tratamento adequados<sup>(1)</sup>. Uma vez estabelecido o diagnóstico, a administração de antibióticos, de dreno perineal aberto ou a ressecção transuretral do abscesso prostático são habitualmente realizadas. Atualmente, procedimentos minimamente invasivos, como aspiração por agulha guiada por métodos de imagem, estão bem estabelecidos dentro da prática radiológica intervencionista e são preferíveis aos métodos convencionais, com baixo índice de complicações e bons resultados terapêuticos<sup>(1-8)</sup>.

As drenagens percutâneas de abscessos pélvicos são desafiadoras em razão da interposição de grande número de estruturas anatômicas. Consequentemente, várias rotas de acesso e técnicas de drenagem foram descritas<sup>(2,9)</sup>. Para que o procedimento seja bem sucedido, é fundamental o planejamento da via de acesso, que necessita de um conhecimento detalhado da anatomia pélvica. As principais vias para a abordagem das lesões pélvicas profundas são: transabdominais (anterior e lateral), extraperitonal anterolateral, transvaginal, transretal e transglútea<sup>(9)</sup>.

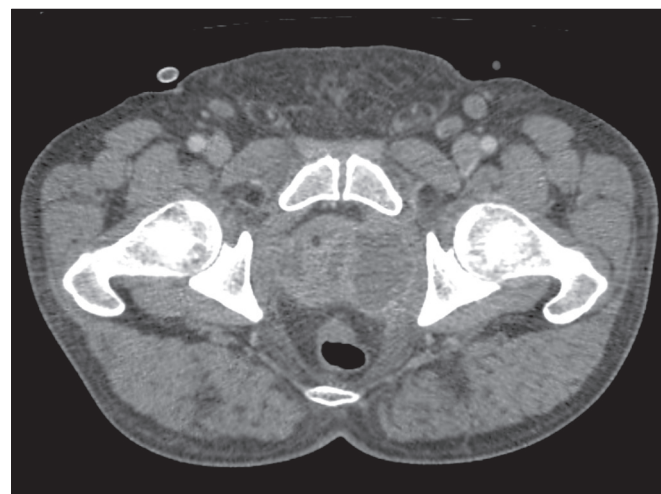
No acesso transglúteo o paciente geralmente é posicionado em decúbito ventral ou em decúbito lateral. Esta técnica também é denominada de transciática, pois a agulha irá passar pelo forame isquiático maior. Quando possível, a agulha irá transfixar o ligamento sacroespinhoso, localizado abaixo do nível do músculo piriforme, para evitar a lesão dos vasos glúteos e do plexo sacral que estão localizados anteriormente ao músculo. As lesões elegíveis para o emprego dessa técnica são as posteriores à bexiga urinária e massas anexiais<sup>(9,10)</sup>. Este acesso tem as vantagens de evitar a transfixação do peritônio, minimizar riscos de lesões a intestino, bexiga e vasos ilíacos, e permitir acesso estável à agulha que irá transfixar uma massa muscular estática,

isenta dos movimentos respiratórios da parede abdominal. A desvantagem recai no posicionamento pouco confortável do decúbito ventral, trazendo mais dificuldades a respiração e manejo anestésico.

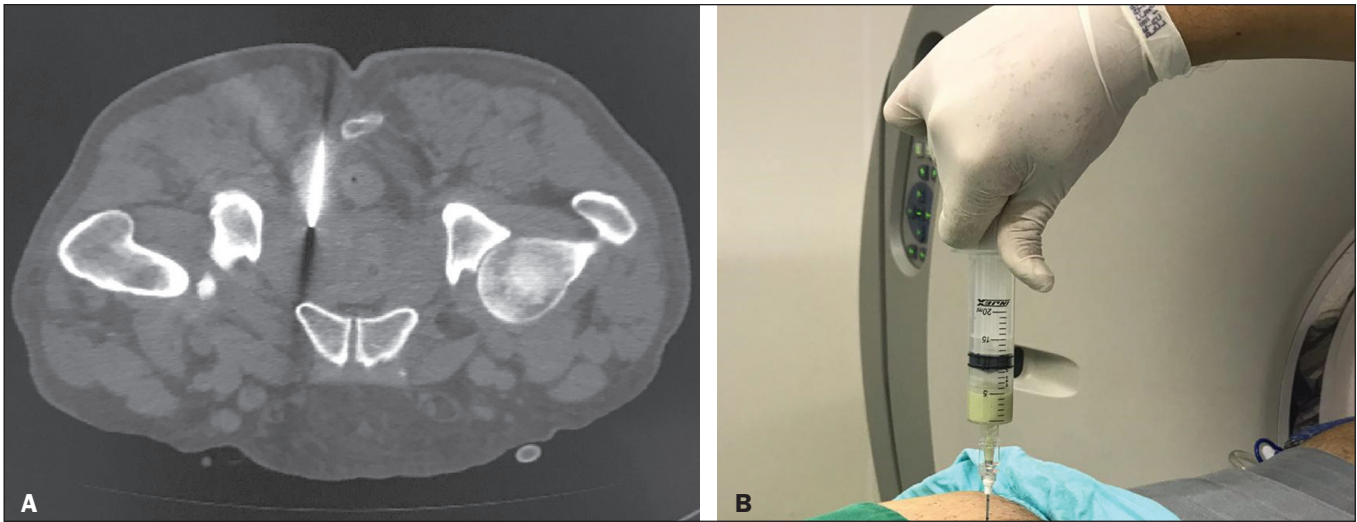
## PROCEDIMENTO

A revisão dos exames de imagem antes do procedimento é de suma importância para o sucesso técnico, com base na melhor definição anatômica, identificação do abscesso prostático e planejamento de um trajeto seguro para a agulha de punção.

O acesso transglúteo realizado com o paciente em decúbito ventral (Figura 1), anestesia local e orientação tomográfica permite a visualização da agulha de aspiração 17G desde sua inserção na pele até a cavidade pélvica (Figura 2). A agulha irá passar pelo forame isquiático maior e transfixar o ligamento sacroespinhoso, localizado abaixo do nível do músculo piriforme, para evitar a lesão dos vasos



**Figura 1.** Tomografia computadorizada de pelve pós-contraste, aquisição axial, mostrando abscesso prostático.



**Figura 2.** Acesso transglúteo guiado por tomografia computadorizada realizado com o paciente em decúbito ventral (A) e aspiração de conteúdo purulento (B).

glúteos e do plexo sacral que estão localizados anteriormente ao músculo<sup>(9)</sup>. Aspiração do conteúdo abscedido, lavagem com soro fisiológico 0,9% – 50 mL utilizando seringa Luer Lock de 10 mL – e antibioticoterapia apresentam alta taxa de sucesso (Figura 3) e poucas complicações, comparadas a ressecção transuretral do abscesso e inserção perineal de cateter de grande calibre com drenagem a longo prazo para controlar a infecção residual; entretanto, é uma técnica pouco difundida<sup>(2,9–11)</sup>. As vantagens desse procedimento incluem menor potencial de complicações e ser realizado sob anestesia local e sedação, minimizando os riscos de adversidades pós-anestesia geral, principalmente em pacientes graves, além da possibilidade de o procedimento ser repetido em caso de recidiva. Deve, idealmente,



**Figura 3.** Tomografia computadorizada realizada quatro semanas após o tratamento, sem coleções prostáticas residuais ou recidivadas.

ser realizada por radiologistas intervencionistas com treinamento em procedimentos percutâneos<sup>(9–11)</sup>.

#### REFERÊNCIAS

1. Jang K, Lee DH, Lee SH, et al. Treatment of prostatic abscess: case collection and comparison of treatment methods. *Korean J Urol.* 2012;53:860–4.
2. Garcia RG, Macedo Filho CL, Maurano A, et al. Image-guided percutaneous procedures in deep pelvic sites: review of the main approaches. *Radiol Bras.* 2008;41:343–8.
3. Schiavon LHO, Tyng CJ, Travesso DJ, et al. Computed tomography-guided percutaneous biopsy of abdominal lesions: indications, techniques, results, and complications. *Radiol Bras.* 2018;51:141–6.
4. Carneiro GAC, Arantes Pereira FP, Lopes FPPL, et al. Magnetic resonance imaging-guided vacuum-assisted breast biopsy: experience and preliminary results of 205 procedures. *Radiol Bras.* 2018; 51:351–7.
5. Tibana TK, Santos RFT, Arão Filho A, et al. Detection of additional primary malignancies: the role of CT and PET/CT combined with multiple percutaneous biopsy. *Radiol Bras.* 2019;52:166–71.
6. Tibana TK, Grubert RM, Camilo DMR, et al. Computed tomography-guided puncture using a mobile application for a motion sensor-equipped smartphone. *Radiol Bras.* 2019;52:245–6.
7. Nunes TF, Tibana TK, Santos RFT, et al. Percutaneous insertion of bilateral double J stent. *Radiol Bras.* 2019;52:104–5.
8. Tibana TK, Grubert RM, Santos RFT, et al. Percutaneous nephrostomy versus antegrade double-J stent placement in the treatment of malignant obstructive uropathy: a cost-effectiveness analysis from the perspective of the Brazilian public health care system. *Radiol Bras.* 2019;52:305–11.
9. Kuligowska E, Keller E, Ferrucci JT. Treatment of pelvic abscesses: value of one-step sonographically guided transrectal needle aspiration and lavage. *AJR Am J Roentgenol.* 1995;164:201–6.
10. Maher MM, Gervais DA, Kalra MK, et al. The inaccessible or undrainable abscess: how to drain it. *Radiographics.* 2004;24:717–35.
11. Gee MS, Kim JY, Gervais DA, et al. Management of abdominal and pelvic abscesses that persist despite satisfactory percutaneous drainage catheter placement. *AJR Am J Roentgenol.* 2010;194:815–20.