

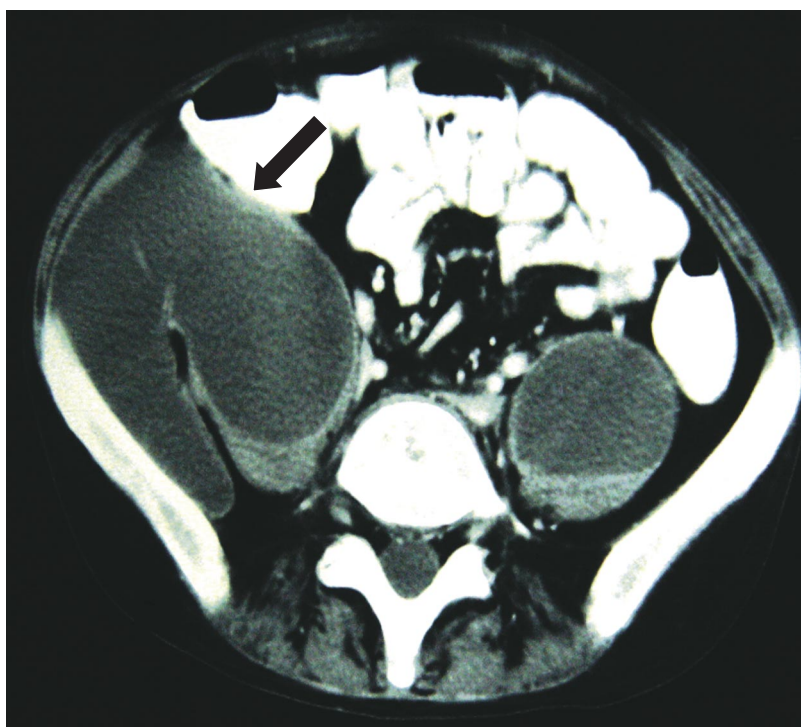
Pott's disease and tuberculous psoas abscesses in a patient with acquired immunodeficiency syndrome

Mal de Pott e abscessos tuberculosos de psoas em paciente com síndrome da imunodeficiência adquirida

Marcus Vinícius Guimarães de Lacerda¹, Maria Paula Gomes Mourão¹
and Celeste Aída Nogueira Silveira^{1, 2}



A



B

1. Núcleo de Medicina Tropical da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. 2. Hospital Universitário de Brasília, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Address to: Dr. Marcus Vinícius Guimarães de Lacerda. Núcleo de Medicina Tropical/UnB. Caixa Postal 4517, 70919-970 Brasília, DF, Brasil.

e-mail: marcuslacerda@uol.com.br

Recebido para publicação em 8/10/2003

Aceito em 20/8/2004

A 31-year-old woman with the diagnosis of AIDS for two years, having already developed cytomegalovirus (CMV) retinitis and esophageal candidiasis as opportunistic diseases. She was taking stavudine, lamivudine and efavirenz, plus prophylaxis for CMV and *P. carinii*. In the six months prior to presentation, she began to complain of lower abdominal pain, diarrhea, weight loss of about 5kg, anorexia, fever and lower back pain, associated with a decrease in the strength of the lower limbs. A CD4⁺ T cell count obtained two months earlier was 60 cells/mm³. As she could not achieve relief of the back pain with analgesics, she was hospitalized for evaluation. At physical examination, she was thin and pale, with diffuse abdominal pain and tender enlargement of the liver.

Tuberculin skin test was negative. Chest x-ray was normal, but roentgenography of the back revealed lytic lesions of the last lumbar vertebrae, with collapse of the body of L5 (Figure A). Abdominal computed tomography (CT) showed abscesses in the psoas major muscles bilaterally (12x15cm), extending to the right to ileo-psoas and iliac muscles (Figure B), with paraortic and mesenteric lymphadenopathy. The abscess on the right was drained percutaneously under CT guidance. A catheter was inserted after the drainage of 1,000ml of pus. Cultures of the left abscess drainage were negative for pyogenic bacteria, but Ziehl-Neelsen stains were positive on three different occasions. She was started on rifampin, isoniazid and pyrazinamide, and given tramadol for analgesia. This, with immobilization of the spine, led to clinical improvement. Abdominal CT scan performed two months after starting treatment showed incomplete involution of the abscesses (5x7cm). A tuberculous abscess of the psoas may develop secondary to spinal tuberculosis, but rarely presents as a primary manifestation.

Paciente de 31 anos, do sexo feminino, com diagnóstico de AIDS há cerca de dois anos, tendo já apresentado como complicações oportunistas coriorretinite por citomegalovírus (CMV) e candidíase esofágica. Estava, há um ano, em uso de estavudina, lamivudina e efavirenz, e profilaxia para CMV e *P. carinii*. Nos últimos seis meses, vinha apresentando dor abdominal em região hipogástrica,

diarréia, perda ponderal de 5kg, anorexia, febre e lombalgia intensa, associada a diminuição da força nos membros inferiores. A última contagem de linfócitos T CD4⁺, há dois meses, revelou 60 células/mm³. Como não conseguia controlar a dor lombar com analgésicos, foi internada para investigação diagnóstica. Encontrava-se, ao exame físico, emagrecida, hipocorada, com dor abdominal difusa e hepatomegalia dolorosa. PPD não-reator. A radiografia simples de tórax foi normal e a radiografia de coluna mostrou lesões líticas das últimas vértebras lombares, com desmoronamento do corpo vertebral de L5 (Figura A). A tomografia computadorizada (TC) abdominal evidenciou abscessos no músculo psoas maior, bilateralmente (12x15cm), estendendo-se, à direita, para os músculos íleo-psoas e ilíaco (Figura B) e linfadenomegalia para-aórtica e mesentérica. O abscesso à direita foi drenado por via percutânea, orientado por TC. Após a saída de 1.000ml de secreção purulenta, foi inserido um cateter. A cultura do material drenado foi negativa para bactérias piogênicas e a pesquisa direta de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) foi positiva em três momentos diferentes. Iniciou-se o uso de rifampicina, isoniazida e pirazinamida, analgesia regular com tramadol e estabilização da coluna vertebral, com melhora clínica. A TC abdominal realizada dois meses após o início do tratamento mostrou involução ainda incompleta dos abscessos (5x7cm). O abscesso tuberculoso do psoas geralmente é secundário à tuberculose espinhal, sendo excepcional a forma primária.

REFERENCES

1. Franco-Paredes C, Blumberg HM. Psoas muscle abscess caused by *Mycobacterium tuberculosis* and *Staphylococcus aureus*: case report and review. *American Journal of Medical Sciences* 321: 415-417, 2001.
2. Huelskamp L, Anderson S, Bernhardt M. TB of the spine: Pott's disease. *Orthopaedic Nursing* 19: 31-35, 2000.
3. Muckley T, Schutz T, Kirschner M, Potulski M, Hofmann G, Bühren V. Psoas abscess: the spine as a primary source of infection. *Spine* 28: E106-E113, 2003.