Abordagem percutânea dos abscessos pélvicos por via transglútea

Transgluteal route for percutaneous drainage of pelvic abscesses

JOÃO RUBIÃO HOEFEL FILHO – Médico radiologista. Professor da Faculdade de Medicina da PUCRS.
LUCIANO VIEIRA TARGA – Médico radiologista.
LEANDRO ARMANI SCAFFARO – Médico radiologista.
JULIANO ADAMS PÉREZ – Residente do 2º ano de Radiologia do HSL.

Centro de Diagnóstico por Imagem – CDI – Hospital São Lucas da PUCRS, Porto Alegre, RS.

✉ Endereço para correspondência:
Leandro Armani Scaffaro
Rua Pedro Pieretti 91
90690-250 – Porto Alegre, RS – Brasil
Fone 3320-3000 – Ramal: 2646
cdi@pucrs.br

SINOPSE

Objetivos: Descrever a via transglútea para abordagem dos abscessos pélvicos, enfocando aspectos técnicos, indicações e benefícios do procedimento.
Materiais e métodos: De fevereiro de 1999 a agosto de 2002, 7 pacientes foram submetidos a drenagem percutânea via transglútea de abscesso pélvico no Serviço. Seis casos estavam relacionados à complicação pós-operatória e 1 caso apresentava sepse abdominal. A drenagem transglútea foi efetuada sob orientação de tomografia computadorizada com uso de meio de contraste iodado intravenoso, utilizando-se a técnica de Seldinger modificada. O procedimento foi seguido de lavagem diária dos drenos com solução salina.
Resultados: A drenagem percutânea foi efetiva em todos os casos, promovendo a resolução do quadro clínico e laboratorial. A duração das drenagens variou de 9 a 15 dias (média de 12,5). Não houve complicações graves relacionadas ao procedimento.
Conclusões: A via transglútea guiada por TC mostrou-se segura e efetiva no manejo das coleções pélvicas de difícil acesso, promovendo resolução adequada do quadro infeccioso sem complicações significativas ou morbidades associadas.

UNITERMOS: Abscessos Pélvicos; Drenagem Percutânea; Drenagem Transglútea.

ABSTRACT

Purpose: *To describe the use of transgluteal route for percutaneous drainage of pelvic abscess, emphasizing the indications, technical aspects and benefits of the procedure.*
Methods: *From february 1999 to august 2002, seven patients underwent transgluteal percutaneous drainage of pelvic collections. Six cases were recovering from abdominal-pelvic surgery and one case had abdominal sepsis. Transgluteal drainage guided by computed tomography (CT) was performed by Seldinger technique. Postprocedure catheter care was instituted, using intermittent irrigation with saline solution.*
Results: *Percutaneous management was effective in all cases, without major complications. Duration of drainage was 9-15 days (mean, 12,5).*
Conclusion: Transgluteal route is safe and effective in pelvic abscess drainage, allowing clinical improvement and avoiding invasive approaches.

KEY WORDS: *Pelvic Abscess; Percutaneous Drainage; Transgluteal Drainage.*

INTRODUÇÃO

A drenagem percutânea por cateter constitui-se em um método bem estabelecido na literatura para o manejo dos abscessos abdominais e pélvicos, sendo menos invasiva e de menor custo em relação às técnicas cirúrgicas convencionais (1). Embora realizada preferencialmente pela via transabdominal, abscessos pélvicos profundos, especialmente pré-sacrais, são geralmente inacessíveis pelo método convencional, requerendo abordagens alternativas (2, 3).

A abordagem transretal permite visualização adequada da região pélvica profunda. No entanto, a punção e inserção do cateter por essa via mostra-se complexa e desconfortável, na medida em que requer uso de bobinas ou transdutores endorretais, tornando-se dispendiosa em relação a custos e tempo de exame (1, 4). Já a via transvaginal, além das dificuldades já citadas, não promove acesso satisfatório do espaço pré-sacral ou da fossa isquiorretal (4).

Dessa forma, o acesso transglúteo guiado por tomografia computadorizada (TC) mostra-se seguro e efetivo, permitindo uma orientação espacial ampla, fato que reduz a margem de complicações quando efetuado com metodologia adequada, além de facilitar a técnica de punção e a drenagem das coleções pélvicas (1).

OBJETIVOS

Descrever a via transglútea para abordagem dos abscessos pélvicos, enfocando aspectos técnicos, indicações e benefícios do procedimento.

MATERIAIS E MÉTODOS

De fevereiro de 1999 a agosto de 2002, 7 pacientes foram submetidos a drenagem percutânea via transglútea de abscesso pélvico no Centro de Diagnóstico por Imagem – CDI – do Hospital São Lucas da PUCRS. Todos os casos foram diagnosticados através de TC em aparelho Somatom Plus (Siemens) e, após discussão com médico assistente, foi proposta a abordagem referida.

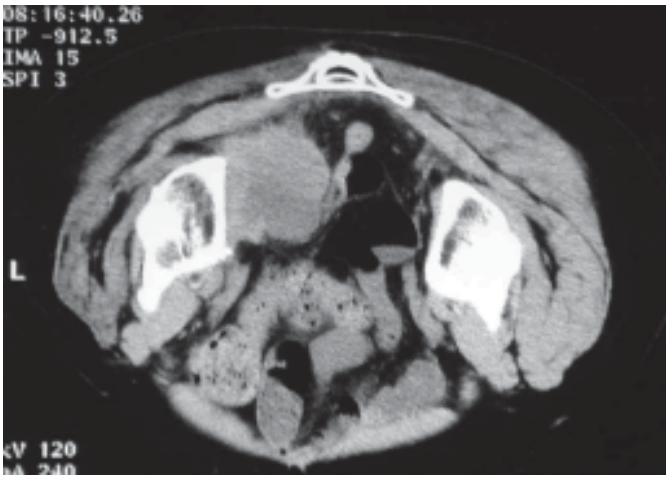


Figura 1A – Coleção pélvica pós-colectomia esquerda.

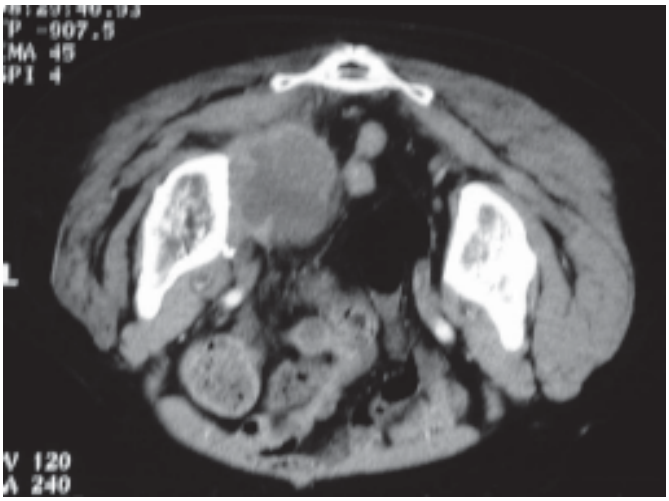


Figura 1B – Fase contrastada mostrando opacificação das estruturas vasculares do feixe ilíaco interno.

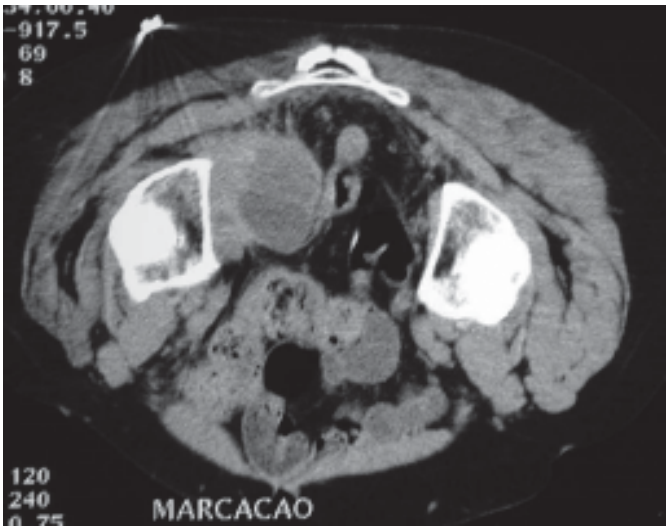


Figura 1C – Demarcação cutânea do ponto de punção com material metálico.

Todos os pacientes apresentavam dor pélvica, distensão abdominal e constipação no momento do exame.

A maioria dos casos (4 pacientes) estava relacionada à complicação pós-operatória de ressecção de segmento de cólon. Dois pacientes apresentaram formação de abscesso após amputação retal e apendicectomia, respectivamente. O outro caso apresentava sepse abdominal, com múltiplos abscessos hepáticos, pélvicos e líquido livre entre alças.

A drenagem transglútea foi efetuada com o paciente em decúbito ventral, com localização da lesão por TC, incluindo o uso de meio de contraste iodado intravenoso para visualização ideal do feixe vascular ilíaco interno, no intuito de minimizar potenciais complicações (Figuras 1A e 1B). A via de acesso escolhida para punção levou em consideração a menor distância entre a pele e a lesão, devendo este trajeto percorrer a porção mais inferior do forame isquiático maior, na medida em que nesta topografia não há passagem do nervo ciático e do feixe vascular descrito, que cursam na porção superior do forame (Figuras 1B e 1C).

Após demarcação cutânea metálica da via de acesso escolhida e confirmação da mesma com nova aquisição por imagem (Figura 1C), realizou-se anestesia local com 15 a 20ml de lidocaína 1%. Em pacientes mais apreensivos utilizou-se de sedação leve com 1 a 2ml de Fentanyl 150mg.

A seguir, procedeu-se à drenagem percutânea conforme a técnica de Seldinger modificada (1,2,3,4, 5), cujo material básico é discriminado na Figura 2.

A drenagem foi iniciada através da punção da coleção com agulha trocater 18 gauge na direção do abscesso, cuja distância do ponto de punção foi determinada previamente por TC (Figura 3).

Assim, foi realizada aspiração de 5 a 10ml de líquido purulento para confirmação do acesso e coleta de material

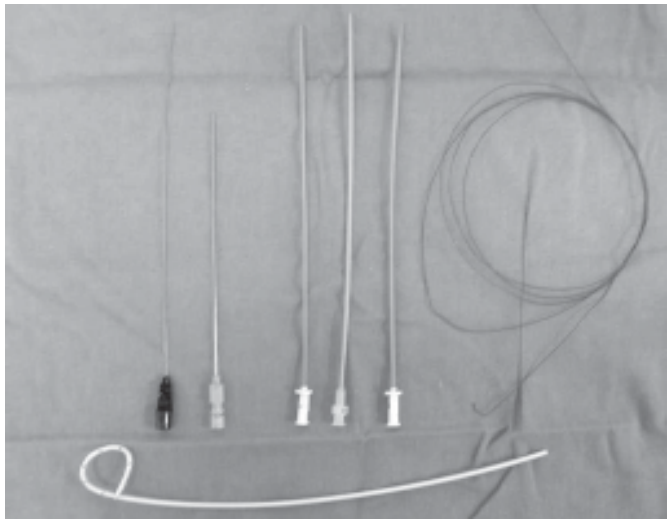


Figura 2 – Material básico para drenagem percutânea. Da esquerda para a direita, agulha fina 22G (Chiba), agulha de trocater 18G, dilatadores 7, 8 e 9 F, respectivamente, e fio-guia teflonado 0,035. Cateter pig-tail 8.3F no aspecto inferior.

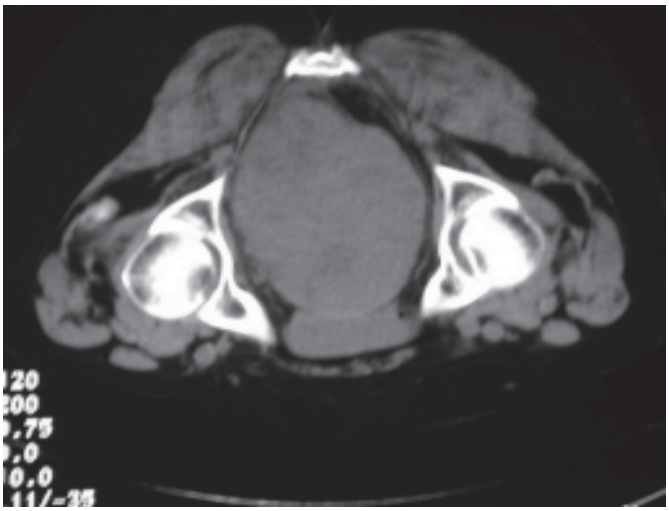


Figura 3A – Paciente feminina com dor pélvica e febre no sexto pós-operatório de ressecção colônica por neoplasia. A figura mostra extensa lesão hipodensa pré-sacral.

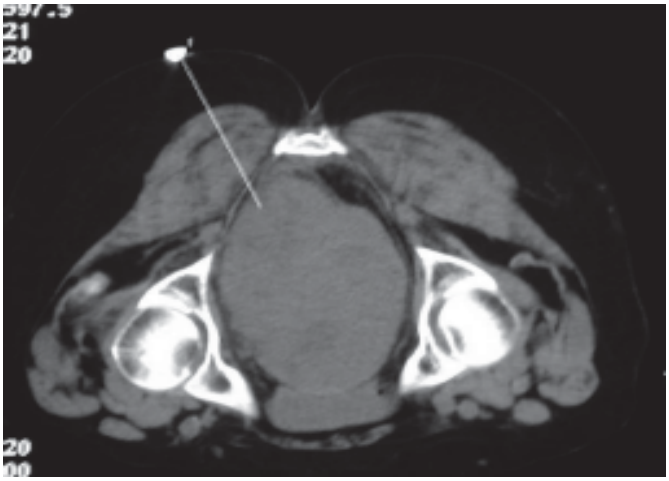


Figura 3B – Demarcação cutânea metálica do ponto de punção com verificação da distância.

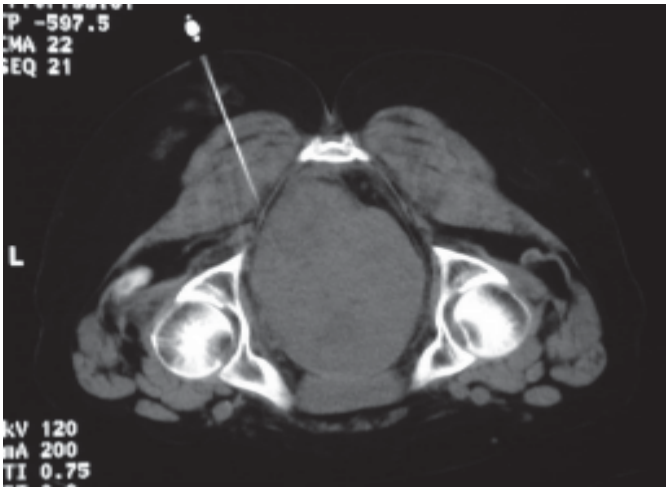


Figura 3C – Agulha de trocater no interior da coleção.

para análise microbiológica. Após, foi introduzido fio-guia 0,035 polegadas e, sobre esse, realizada dilatação progressiva do trajeto, seguida da passagem de cateter multi-perfurado do tipo pigtail 8.3 French.

Em todos os casos, a punção foi precedida de antibioticoterapia de largo espectro por 24 horas.

Após inserção do cateter de drenagem, aquisições tomográficas foram efetuadas para verificação da redução do volume da coleção e confirmação do posicionamento adequado do cateter (Figuras 4 e 5). Este era adaptado a um sistema de aspiração a vácuo e suturado na pele para fixação.

O procedimento foi seguido de lavagem diária (mínimo de 3 vezes) com 5 a 15ml de solução salina.

RESULTADOS

Não houve complicações relacionadas ao procedimento. Três pacientes manifestaram dor discreta no local do dreno por 2 dias, controlada por analgesia oral leve (acetaminofen).

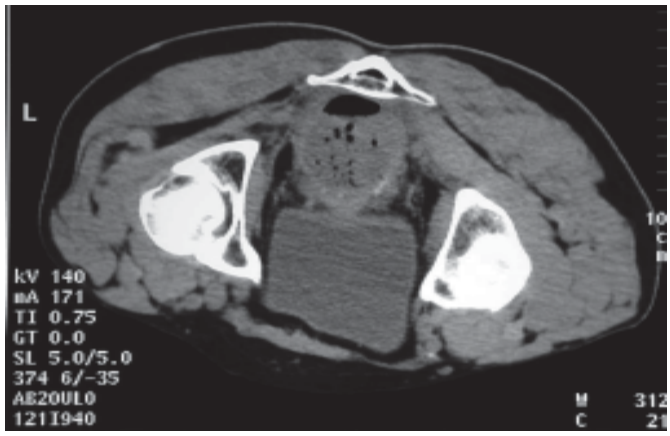


Figura 4A – Coleção hipodensa com conteúdo gasoso pós-apendicectomia.

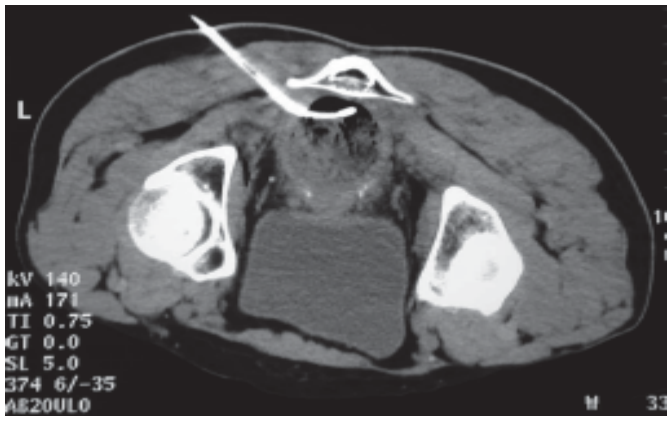


Figura 4B – Drenagem com cateter pig-tail 8.3 French, posicionada no interior da coleção.

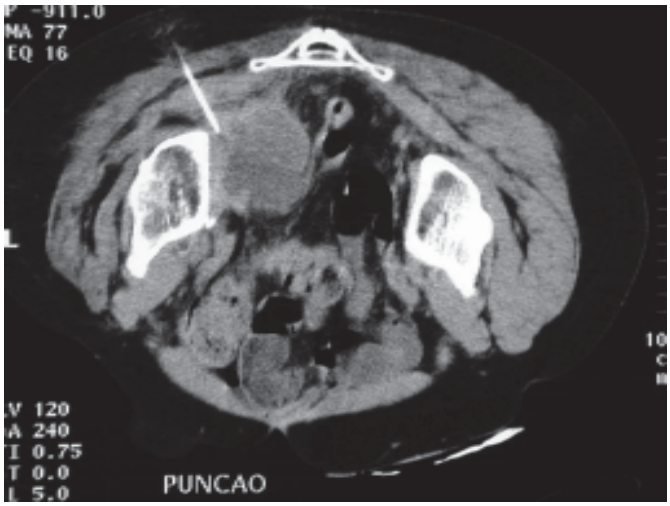


Figura 5A – Coleção pélvica pós-colectomia esquerda, com agulha de trocater no seu interior.

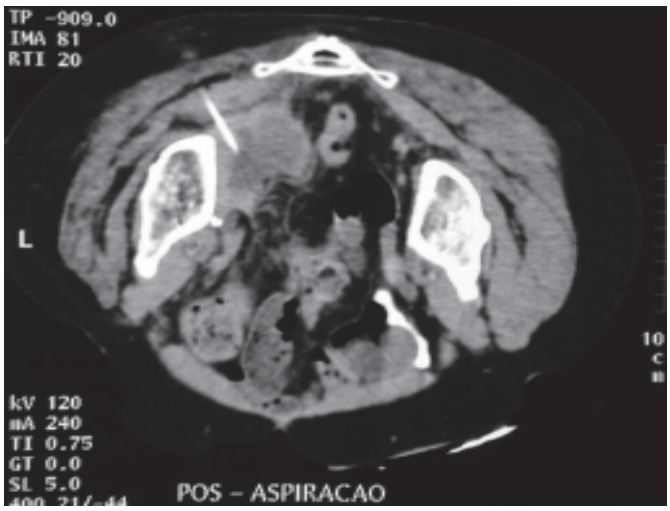


Figura 5B – Observa-se importante redução do volume da coleção após manobras de aspiração.

A drenagem percutânea foi efetiva na maioria dos casos, promovendo a resolução do quadro clínico e laboratorial, com melhora da sintomatologia e do hemograma a partir de 24-48 horas pós-procedimento.

A duração das drenagens variou de 9 a 15 dias (média de 12,5) e o germe encontrado foi a *Escherichia coli* em todos os casos.

No paciente com sepse abdominal difusa foi necessário laparotomia complementar, para lavagem de múltiplos abscessos interalças.

DISCUSSÃO

O manejo dos abscessos pélvicos, tradicionalmente realizado por laparotomia, tem-se modificado com o aprimoramento das técnicas percutâneas (1,2,3, 5). Assim, alguns autores têm desenvolvido a drenagem percutânea por via parede abdominal anterior, transretal, transvaginal ou transglútea (1,2,4, 5).

Essas abordagens mostram vantagens significativas quando comparadas ao tratamento cirúrgico, especialmente em relação à redução da morbidade. Além disso, essa técnica mostra resultados semelhantes quanto a índices de cura e recorrência das lesões, permitindo um manejo de elevada acurácia, menor custo e menos invasiva (1,2,4, 5).

Entre as modalidades percutâneas, o uso da TC permite uma ampla visualização espacial das lesões na profundidade pélvica, promovendo uma adequada diferenciação das estruturas adjacentes, como plexos vásculo-nervosos, bexiga, alças e útero (1, 2). Também mostra-se menos desconfortável em relação às vias transvaginal e transretal, na medida em que estas requerem adaptação de bobinas ou transdutores intracavitários, além de serem mais difíceis tecnicamente, especialmente quanto à inserção do cateter (1).

Na nossa casuística, a via de acesso considerada mais adequada para as coleções pélvicas profundas foi a transglútea, principalmente pelas vantagens citadas acima. O posicionamento ideal do cateter por essa abordagem é na porção inferior do forame isquiático maior, pois, conforme descrito, nesta topografia não há passagem do nervo ciático e dos vasos ilíacos internos, que cursam na porção superior do forame. (2). O acesso pode ser realizado com o paciente em decúbito ventral, oblíquo ou lateral. Todos os nossos pacientes foram abordados em decúbito ventral.

Os abscessos pélvicos estão relacionados principalmente a complicações pós-operatórias de alças colônicas (4), fato corroborado pelo nosso estudo, onde se verificou essa etiologia em 6 dos 7 casos estudados.

Van Sonnemberg et al. (6), em seu relato de 250 punções abdominais, apontam que as principais causas de falha da drenagem percutânea foram as coleções multiloculadas, abscessos associados a fístulas, erro diagnóstico em relação à natureza da coleção ou colocação inadequada do cateter. Na nossa casuística, não se encontraram abscessos com as características acima, fato que contribuiu para a resolução satisfatória do procedimento. O mesmo autor descreve a dor local ou irradiada para a perna e a infecção da musculatura glútea e de seus planos fasciais como complicações possíveis mais comuns relacionadas ao acesso transglúteo (6). O presente estudo preconiza o uso de contraste intravenoso durante a TC, para localização adequada do feixe vascular ilíaco interno. Essa técnica minimiza os riscos de lesão inadvertida desses vasos. Dessa forma, no nosso estudo, 3 pacientes manifestaram apenas dor leve no local do dre-

no nos 2 primeiros dias após o procedimento, resolvida satisfatoriamente com analgesia simples com acetaminofen.

O tempo de drenagem média dos nossos casos foi de 12,5 dias. Mueller et al. (7) descrevem que coleções purulentas localizadas e sem fístula associada geralmente necessitam até 4 dias de drenagem, ao contrário das coleções não-infectadas, que podem levar até semanas para resolução completa.

CONCLUSÃO

A via transglútea guiada por TC mostrou-se segura e efetiva no manejo das coleções pélvicas de difícil acesso, promovendo resolução adequada do quadro infeccioso sem complicações significativas ou morbidades associadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gazelle SG, Haaga JR, Stellato TA, et al. *Pelvic abscesses: CT-guided transrectal drainage*. Radiology 1991; 181: 49-51.
2. Butch RJ, Mueller PR, Ferruci JT, et al. *Drainage of pelvic abscesses through the greater sciatic foramen*. Radiology 1986; 158: 487-91.
3. Ryan JM, Murphy BL, Boland GW. Mueller PR. *Use of the transgluteal route for percutaneous abscess drainage in acute diverticulitis to facilitate delayed surgical repair*. AJR 1998; 170: 1189-93.
4. Kuligowska E, Keller E, Ferrucci JT. *Treatment of pelvic abscesses: Value of one step sonographically guided transrectal neddle aspiration and lavage*. AJR 1995; 164: 201-6.
5. Casola G, VanSonnenberg E, D'Agostino HB, et al. *Percutaneous drainage of tuboovarian abscesses*. Radiology 1992; 182:399-402.
6. VanSonnenberg E, Mueller PR, Ferrucci JT. *Percutaneous drainage of 250 abdominal abscesses and fluid collections*. Radiology 1984; 151: 337-41.
7. Mueller PR, VanSonnenberg E, Ferrucci JT. *Percutaneous drainage of 250 abdominal abscesses and fluid collections. Part II: Current procedural concepts*. Radiology 1984; 151: 343-7.