

RELATO DE CASO



Piomiosite Tropical – Relato de Caso

*Tropical Pyomyositis – Case Report*Filipe Quadros Costa¹, Mateus Santana do Rosário^{1,2*}¹Residência de Clínica Médica, Hospital Santa Izabel; ²Universidade do Estado da Bahia; Salvador, Bahia, Brasil

A piomiosite tropical é uma doença rara decorrente de infecção muscular por via hematogênica ou contiguidade, que tem como principal patógeno o *Staphylococcus aureus* e, caracteristicamente, evolui com formação de abscesso. O diagnóstico é clínico com o auxílio de exames de laboratório e de imagem. A terapêutica é baseada na drenagem do abscesso e antibioticoterapia, sendo o diagnóstico precoce, fator importante para um melhor desfecho. No presente artigo, é relatado o caso de um paciente com piomiosite da parede abdominal anterolateral direita evidenciada por tomografia computadorizada, com resolução completa do quadro após drenagem e antibioticoterapia.

Palavras-chave: Piomiosite. Infecção; Abscesso Muscular; *Staphylococcus aureus*; Tomografia Computadorizada.

Correspondence addresses:

Dr. Mateus Santana do Rosário
msrosario@uneb.br

Received: March 17, 2022

Revised: April 18, 2022

Accepted: May 12, 2022

Published: June 30, 2022

Data Availability Statement:

All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Funding: This work was the result of authors' initiative. There was no support of research or publication funds.

Competing interests: The author has declared that no competing interests exist.

Copyright

© 2022 by Santa Casa de Misericórdia da Bahia. All rights reserved.
ISSN: 2526-5563
e-ISSN: 2764-2089

Tropical pyomyositis is a rare disease resulting from muscle infection by a hematogenous or contiguous route, whose primary pathogen is *Staphylococcus aureus*, and characteristically evolves with abscess formation. The diagnosis is clinical with the aid of laboratory and imaging tests. Abscess drainage and antibiotic therapy are mandatory in the disease treatment, and early diagnosis is an essential factor for a better outcome. The present article reports the case of a patient with pyomyositis of the right anterolateral abdominal wall evidenced by computed tomography, resolved with abscess drainage and antibiotic therapy.

Keywords: Pyomyositis; Infection; Muscle Abscess; *Staphylococcus aureus*; Computed Tomography.

Introdução

A piomiosite é uma infecção purulenta rara do músculo esquelético, que ocorre através da disseminação hematogênica de foco a distância ou por contiguidade, frequentemente evoluindo com formação de abscesso.¹ É classicamente uma infecção dos trópicos, no entanto, é crescente o número de casos em regiões com climas temperados. Há associação, por vezes, com comorbidades como diabetes mellitus e imunodeficiências.² Apresenta-se aqui um caso de piomiosite tropical em paciente diabético acompanhado pela equipe da residência de clínica médica do hospital Santa Izabel.

Relato de Caso

Paciente do sexo masculino, 80 anos, afro-descendente, foi admitido no hospital Santa Izabel no dia 16/03/2022 com queixa de “dor abdominal

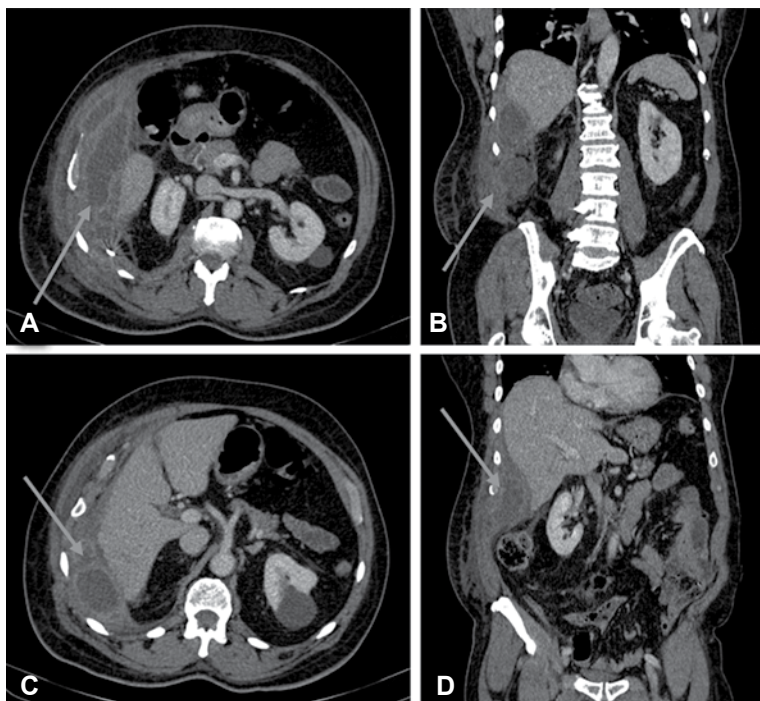
há 04 meses”, associada a fadiga e mal-estar, piores nas últimas 48h, de início insidioso, de moderada intensidade (6/10), constante, localizada em quadrante superior direito do abdome. Piorava ao tossir, inspirar profundamente ou ao fazer grandes esforços. Negou febre. Fazia uso frequente de dimeticona 40mg, sem alívio. De antecedentes, era ex-tabagista (cessado há 40 anos), sedentário e com sobrepeso, diabetes mellitus há 9 anos, em uso de insulina há 4 anos, com dislipidemia. Informou que usava insulina irregularmente e demorava até 30 dias para trocar a seringa de aplicação, por não receber quantidade satisfatória da Unidade Básica de Saúde.

Ao exame apresentava pressão arterial 121 x 99mmHg, frequência cardíaca 110bpm, frequência respiratória 24 incursões por minuto, afebril, lúcido e orientado, em bom estado geral. Abdome endurecido em hipocôndrio direito, com aspecto de infiltrado em pele, subcutâneo e musculatura, de consistência “lenhosa”, maciço a percussão,

com dor a palpação superficial e profunda, sem irritação peritoneal ou sinais de Murphy ou Torres Homem presentes. Exame físico segmentar de outros aparelhos sem alterações.

Exames laboratoriais: hemograma - Hb 10,6, VCM 75,5, HCM 26, leucócitos 10.850 céls/mm³ (bastões 6%, neutrófilos 88%, linfócitos típicos 3%, linfócitos atípicos 0%, monócitos 3%), PCR 26,68 mg/dL, ALT 63,1 U/L, Na 127 mmol/L, glicose 446mg/mL, HbA1c 10,9%, sorologias e demais exames laboratoriais sem alterações. Tomografia computadorizada (TC) de abdome (16/03/2022) evidenciou coleções líquidas loculadas/agrupadas no flanco direito, situadas posteriormente à fáscia pararrenal posterior, localizando-se posteriormente ao rim direito, assim como situadas lateralmente à fáscia lateroconal, localizando-se lateralmente à borda inferior hepática, relacionando-se intimamente com a musculatura da parede abdominal anterolateral (Figura 1).

Figura 1. Tomografia computadorizada do abdôme.



Setas indicam coleções líquidas loculadas/agrupadas no flanco direito, situadas posteriormente à fáscia pararrenal posterior, localizando-se posteriormente ao rim direito, assim como situadas lateralmente à fáscia lateroconal, localizando-se lateralmente à borda inferior hepática, relacionando-se intimamente com a musculatura da parede abdominal anterolateral A e C. Cortes axiais; B e D cortes coronais.

Iniciada antibioticoterapia com ceftriaxona 1g 12/12h via endovenosa (15 dias) e metronidazol 400mg 12/12h via oral (11 dias), além de drenagem percutânea do abscesso e colocação de dreno de Pigtail, com volume de 180mL, de coloração amarelo escuro, com cultura de secreção abdominal negativa. Paciente evoluiu com melhora clínica significativa, com queda das provas inflamatórias e TC de abdome de controle mostrando importante redução das dimensões das coleções líquidas agrupadas no flanco direito. Dessa forma, o dreno de Pigtail foi retirado após 12 dias, com a evidência de drenagem menor que 20mL/dia. Recebeu alta médica clinicamente estável e sem queixas, com prescrição de clindamicina 600mg 8/8h via oral, a ser utilizada por 07 dias adicionais.

Discussão

A piomiosite tropical possui predominância por duas faixas etárias: crianças (2 a 5 anos) e adultos (20 a 45 anos),³ Em revisão de literatura com 676 pacientes entre 2 meses e 82 anos, a idade média foi de 28,1 anos, sendo mais comum no sexo masculino.⁴ São fatores de risco: imunodeficiência (incluindo portadores de diabetes mellitus), trauma, uso de drogas injetáveis, infecção concomitante e desnutrição.^{2,3} Nos quadros típicos, apresenta três estágios clínicos: o primeiro caracterizado por sintomas leves, como dor local, inchaço e febre baixa, além de enrijecimento da musculatura, com textura “lenhosa” à palpação, sem formação de abscesso; no segundo, que ocorre de 10 a 21 dias posteriores ao início dos sintomas, é formado abscesso intramuscular, associado a febre, sensibilidade intensa, além de edema. Laboratorialmente, a leucocitose se destaca.¹ Mais de 90% dos pacientes são diagnosticadas nesse estágio, já supurativo; no terceiro, mais grave, o paciente tipicamente apresenta febre alta, dor significativa e flutuação do músculo acometido, exibindo quadro de toxicidade sistêmica.

O *Staphylococcus aureus* é o patógeno predominante, presente em até 90% dos casos,

seguido do *Streptococo* beta-hemolítico do grupo A.³ Complicações como choque séptico, endocardite, êmbolos sépticos, pneumonia, pericardite, artrite séptica, abscesso cerebral, insuficiência renal aguda e rabdomiólise são descritos na literatura. O diagnóstico é realizado pelo quadro clínico e exames complementares. Leucocitose com desvio á esquerda, além de provas inflamatórias elevadas são comuns, porém possuem baixa sensibilidade na confirmação diagnóstica. A hemocultura é positiva em 16 a 38% dos casos e a cultura do líquido drenado em 21 a 41% das análises. Os métodos de imagem são importantes ferramentas para o diagnóstico: o ultrassom pode evidenciar coleção hipoeoica intramuscular; a tomografia computadorizada demonstra aumento do volume muscular, com áreas de hipotenuação; a ressonância nuclear magnética possui a maior acurácia diagnóstica, conseguindo detectar inflamação difusa da musculatura em estágios iniciais.⁵ O tratamento com drenagem do abscesso e antibioticoterapia adequada é fundamental para o sucesso terapêutico.

No caso apresentado, o paciente era idoso, portador de diabetes mellitus, condição que predispõe a imunodeficiência secundária, cursando com quadro clínico insidioso e sem febre em nenhum momento da evolução, com resposta adequada a drenagem do abscesso e antibioticoterapia contra Gram-positivos, na vigência da negatividade da cultura de secreção e hemocultura, cenário presente na maioria dos casos. Com a informação de uso prolongado da mesma agulha de insulina e armazenamento inadequado, a via cutânea foi levantada como principal hipótese para inoculação do germe. O relato de apresentações incomuns consolida a importância de manter uma visão ampla sobre os pacientes com sinais clínicos que possam se enquadrar no espectro da piomiosite tropical, mesmo com evoluções atípicas, com idade fora da principal faixa etária acometida, quadro clínico arrastado e sem febre. Sendo assim, o diagnóstico precoce, com tratamento oportuno, é crucial no sucesso terapêutico dos pacientes.

Referências

1. Gonçalves A de O, Fernandes NC. Piomiosite tropical. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 2005;80(4):413-414. doi:10.1590/S0365-05962005000400012.
2. Belsky DS, Teates CD, Hartman ML. Case report: Diabetes mellitus as a predisposing factor in the development of pyomyositis. *American Journal of the Medical Sciences* 1994;308(4):251-254. doi:10.1097/00000441-199430840-00008.
3. Chauhan S, Jain S, Varma S, Chauhan SS. Tropical pyomyositis (myositis tropicans): Current perspective. *Postgraduate Medical Journal* 2004;80(943):267-270. doi:10.1136/pgmj.2003.009274.
4. Bickels J, Ben-Sira L, Kessler A, Wientroub S. Primary pyomyositis. *The Journal of Bone and Joint Surgery-American Volume* 2002;84(12):2277-2286. doi:10.2106/00004623-200212000-00024.
5. Taguchi BB, Francisco J de A, Campos PTR de, Teixeira CO, Teixeira MAB. Piomiosite tropical: correlação anatomoclínica: relato de caso TT - Tropical pyomyositis: an anatomoclinical correlation: case report. *Rev Soc Bras Clín Méd.* 2013;11(2):194-196. <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n2/a3575.pdf>.