

# Piomiosite Bacteriana Aguda: A Importância do Diagnóstico Precoce

## *Acute Bacterial Pyomyositis: The Relevance of Precocious Diagnosis*

### Resumo

Relato de um caso em adolescente obeso do sexo masculino

**Objetivo:** Relatar um caso de Piomiosite Bacteriana Aguda intercostal em adolescente obeso internado no Hospital, Vita Volta Redonda.

**Descrição:** Adolescente com quadro de piomiosite bacteriana aguda intercostal à direita possivelmente pós-trauma. Foram realizados os seguintes exames: hemograma completo, velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C reativa (PCR), eletroforese de hemoglobina A2, provas de função hepática, contagem de plaquetas, radiografia de abdome e tórax, ultrassonografia de abdome total e tomografia computadorizada de tórax e abdome. O tratamento foi feito com antibioticoterapia de largo espectro por 14 dias por via endovenosa e 14 dias por via oral após a alta.

**Comentários:** A infecção aguda do músculo esquelético é denominada Piomiosite Bacteriana Aguda (PBA). Alguns pacientes são internados com outros diagnósticos devido à inespecificidade dos sintomas e dos exames laboratoriais, havendo a necessidade de métodos de imagem para confirmar o diagnóstico.

O objetivo deste trabalho é descrever as manifestações clínicas, as alterações laboratoriais e achados radiológicos da piomiosite bacteriana aguda. Este paciente foi acompanhado no Hospital Vita em Volta Redonda - RJ no período de 02/05/2007 à 16/05/2007.

**Palavras chave:** piomiosite bacteriana aguda, tomografia computadorizada, miosite.

**Cecilia Pereira Silva**<sup>1</sup>  
**Cléa Ribeiro Nunes do Vale**<sup>2</sup>  
**Ricardo do Rêgo Barros**<sup>3</sup>  
**Plácido Antonio da Silva Neto**<sup>4</sup>  
**Andréa Fabiane Lira**<sup>5</sup>  
**Flávio Fernando Nogueira de Melo**

- 1 Professora Auxiliar de Ensino do UniFOA-VR (Pediatra do Hospital e Maternidade VITA)
- 2 Professora Auxiliar de Pediatria do UniFOA-VR (Pediatra do Hospital e Maternidade VITA)
- 3 Médico Pediatra, Especialista em Pediatria e Medicina de Adolescentes pela SBP / AMB. (Chefe do Serviço de Adolescentes do IPPMG/UFRJ)
- 4 Médico, Pediatra do Hospital e Maternidade Vita (Pediatra do Hospital e Maternidade Vita)
- 5 Cirurgiã Infantil do Hospital e Maternidade VITA (Cirurgiã Infantil do Hospital e Maternidade VITA)
- 6 Professor Assistente de Ensino do UniFOA-VR (Reumatologista do Hospital e Maternidade VITA)

### Endereço para correspondência

Rua Nascimento Silva 76 ap. 703- Ipanema  
Rio de Janeiro - RJ  
2421-020

### Relato do Caso:

Paciente de 14 anos e 11 meses, de sexo masculino, obeso (IMC 32,88 kg/m<sup>2</sup>), que procurou o serviço de Pronto Socorro (PS) do Hospital Vita com dor tóraco-lombar à direita iniciada há três dias e febre alta (38-39 °C) há seis horas. Foi realizada a investigação diagnóstica com hemograma completo, provas de função hepática, proteína C reativa (PCR) e velocidade de hemossedimentação (VHS), eletroforese de hemoglobina A2, provas de função hepática, contagem de plaquetas, cujas únicas alterações foram na proteína C reativa (194 mg/dl - valor normal: até 5mg/dl) e velocidade de hemossedimentação (50 mm na primeira hora). O paciente foi liberado com orientação de retorno e após 48 h foi atendido com piora da dor e persistência da febre. No exame físico o paciente estava apirético, hidratado, corado, anictérico, com peso de 101.600 g, estatura de 176 cm, Tanner P<sub>5</sub>G<sub>5</sub>, frequência cardíaca de 80 bpm, frequência respiratória de 19 ipm, pressão arterial de 110 x 70 mmHg. Apresentava fácies de dor, tinha dificuldade de permanecer em decúbito dorsal, o abdome estava flácido, sem visceromegalias, porém havia dor e calor no hipocôndrio direito. A peristalse estava presente e notava-se discreta dermatite de contato na região umbilical. A ultrassonografia de abdome total foi normal e o paciente foi internado para investigação.

No 1º dia de internação foram solicitados novos exames laboratoriais, tomografia computadorizada (TC) de tórax e abdome e parecer da Cirurgia Infantil. A TC evidenciou pequeno derrame pleural à direita, discreto aumento de volume da musculatura intercostal anterior na altura do hipocôndrio direito e pequena densificação do tecido celular subcutâneo adjacente compatível com miosite intercostal. Ao ser questionado

sobre possíveis traumas nessa região, o adolescente revelou trabalhar como entregador de compras, tendo o costume de subir no carrinho e andar com o gradil costal apoiado nele. Foi solicitado parecer da Reumatologia e iniciado Oxacilina 200 mg/kg/dia e Ceftriaxona 100 mg/kg/dia por via IV.

Os exames laboratoriais revelaram: hemácias 4.870.000; hematócrito: 41%; hemoglobina: 13,6g; leucócitos: 10.400; basófilos: 00; eosinófilos: 00; mielócitos: 00; metamielócitos: 00; bastões: 1; segmentados: 71; linfócitos: 18; monócitos: 10; plaquetas: 241.000; PCR: 194 mg/dl; VHS: 50 mm; CPK: 109; TGO: 31; TGP: 49; BT: 1,1; BD: 0,7; BI: 0,4; fosfatase alcalina: 352 e gama GT: 55.

Evoluiu com melhora clínica, com normalização da curva térmica e no 8º dia de internação apresentou flebite na região braquial esquerda, junto ao sítio da venóclise.

O novo exame laboratorial mostrou: hemácias 4.890.000; hematócrito: 42%; hemoglobina: 14,2g; leucócitos: 6.800; basófilos: 00; eosinófilos: 04; mielócitos: 00; metamielócitos: 00; bastões: 1; segmentados: 48; linfócitos: 39; monócitos: 8; VHS: 20 mm; PCR: 16 e CPK: 113.

Recebeu alta no 15º dia de internação com prescrição de Cefalexina 2g/dia por 14 dias via oral. O adolescente estava assintomático e sem seqüelas.

Na última revisão clínica, 11 meses após a alta, encontrava-se assintomático, mas com 19 kg a mais em relação ao peso da alta, sendo orientado quanto à necessidade de controle da obesidade.

### Discussão:

A piomiosite foi documentada pela primeira vez por Scriba em 1885 numa série de casos por ele observados<sup>(1, 10)</sup>. Relatada inicialmente como uma doença de zonas tropicais, vem aumentando em regiões de clima temperado, devido à disseminação do vírus da Imuno-

deficiência Humana e dos tratamentos imunossupressores<sup>(2)</sup>. Doença rara, a piomiosite infecciosa é causada por microorganismos que invadem o músculo esquelético por contigüidade ou disseminação hematogênica de foco à distância<sup>(5)</sup>. Em áreas tropicais, os estudos mostram que o *Staphylococcus aureus* é o agente etiológico que prevalece em 95 % dos casos<sup>(5, 6)</sup>. Tem sido vista em todos os grupos etários, porém, é mais comum na primeira e segunda décadas de vida, com ligeira predominância do sexo masculino<sup>2</sup> como o caso em questão.

Pode acometer qualquer grupo muscular, mas habitualmente um único músculo é afetado, embora de 11 a 43 % dos pacientes tenham envolvimento em de múltiplos grupos musculares<sup>(10)</sup>. A localização mais freqüente é o músculo íleo psoas (14 %) seguido dos glúteos (10,8 %) <sup>(2)</sup>. No adolescente mostrado a localização da lesão foi na região torácica, o que corresponde a 6% dos casos<sup>(2)</sup>.

Frequentemente a desnutrição é citada como fator predisponente, especialmente em climas tropicais<sup>(3)</sup> e doenças sistêmicas também podem predispor a infecções intramusculares. Entre essas doenças incluem-se: pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV), diabetes mellitus<sup>(4,7)</sup>, sepse, aterosclerose, alcoolismo. Obesidade e também trauma, imunossupressão e cirurgia. No caso relatado, nota-se uma relação da doença com a atividade profissional desempenhada pelo adolescente, o aspecto nutricional da obesidade com IMC 32,88 kg/m<sup>2</sup> (P>97) e lesões dermatológicas na região abdominal. Existem três estágios da doença: infecção muscular difusa, formação de abscesso e sepse<sup>(10,11)</sup>. No caso relatado havia apenas infecção localizada, sem formação de abscesso no músculo, sendo desnecessária a intervenção cirúrgica. Na avaliação por imagem, a Ressonância Magnética é o método diagnóstico pa-

drão ouro<sup>(2,9)</sup>, porém, a TC<sup>9</sup> é igualmente adequada na medida em que avalia a natureza e a extensão da lesão, podendo servir como orientação na biópsia ou drenagem percutânea dessas lesões<sup>(9)</sup>. A Ressonância Magnética tem o seu principal papel no acompanhamento pós tratamento desses pacientes, porque proporciona imagens multiplanares, isentas de radiação ionizante e utilizando um meio de contraste mais seguro<sup>(9)</sup>. A ultra-sonografia pode identificar coleções líquidas, normalmente secreções sangui-

nolentas, e sinais de necrose muscular, mas é um método auxiliar e não fornece dados significativos para confirmar o diagnóstico de PBA.

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado contribuíram para a boa evolução do caso, confirmando os dados da literatura<sup>(3)</sup>.

A taxa de mortalidade da PBA é menor que 1,5 %<sup>(8)</sup>, porém aumenta quando o diagnóstico é tardio, chegando a 15%<sup>(8)</sup>. Embora a PBA seja de ocorrência pouco frequente<sup>(1)</sup>, ela deve ser considerada

diante de quadros febris com envolvimento de grupos musculares dada a importância do diagnóstico precoce e o tratamento adequado com relação a um prognóstico favorável<sup>(3,11)</sup>. Sendo uma patologia que é mais comum na primeira e segunda décadas de vida, deve ser um diagnóstico de exclusão dos pediatras em lesões musculares associadas à trauma, que cursem com piora do estado geral, dor na região muscular acometida, febre, edema local e alterações laboratoriais das provas inflamatórias.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cajoto IV, Pan FM, Vicedo MV. Pyomyositis. Report of seventeen cases Serviço de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitário de Santiago de Compostela Rev. Med Chile 2006;134:31-38.
2. Bickels J, Ben-Sira L, Kessler A, Wientroub S. Primary Pyomyositis. J Bone Joint Surg Am 2002;84:2277-2286.
3. Talavera MB, Wakai M, Campos LMA, Baldacci ER, Silva CAA. Acute Pyogenic Pyomyositis in Eutrophic Children. Rev Bras Reumatol 2003;43:259-264.
4. Lourenço F, Pereira C, Netto M, Silva E, Jacques J. Piomyosite num jovem diabético. Ver Soc Port Med Int 2002;9:
5. Gonçalves AO, Fernandes NC. Piomyosite tropical. Anais Bras Dermatol 2005;80:413-4.
6. Cherry C, Wiggins K, Mijch A, Ostergaard L. Non Tropical Thoraco-abdominal Pyomyositis. Scand J Infect Dis 2001;33:854-856.
7. Nuno JF, Menéndez NJ, Tassa JM. Piomyosites: un caso resuelto unicamente con tratamiento antibiótico. An Med Interna 2001;18:57-58.
8. Hassan FOA, Shannak A. Primary Pyomyositis of the paraspinal muscles: a case report and literature review. Eur Spine J 2008;17(Suppl 2):S239-S242.
9. Sharif SH, Clark CD, Aabeb YM, Aideyan AO, Haddad CM, Mattsson AT. MR Imaging of Thoracic and Abdominal Wall Infections. AJR 1990;154:989-995.
10. Gibson RK, Rosenthal JS, Lukert PB. Pyomyositis. Increasing Recognition in Temperate Climates. Am J Med 1984;77:768-772.
11. Azevedo PS, Matsui M, Matsubara LS, Paiva SAR, Inoue RMT, Okoshi MP et al. Piomyosite tropical: apresentações atípicas. Rev Soc Bras Med Trop 2004;37:273-278.