

RELATO DE CASO/CASE REPORT

PIOMIOSITE TROPICAL INVADINDO CANAL MEDULAR

TROPICAL PYOMYOSITIS (MYOSITIS TROPICANS) EXTENDING INTO THE SPINAL CANAL

Xavier Soler i Graells¹, Marcel Luiz Benato², Pedro Grein Del Santoro², Álynson Larocca Kulcheski², André Luís Sebben¹, Guilherme Schlusaz Morais¹

RESUMO

A Piomiosite Tropical é uma doença rara, decorrente de uma infecção muscular usualmente causada pelo *Staphylococcus aureus*, cursando com formação de abscesso e necrose de tecidos. No presente artigo é relatado o caso de uma paciente com piomiosite da musculatura paravertebral, com extensão para o canal medular evidenciado em ressonância magnética (RM), com resolução completa do quadro após drenagem cirúrgica e antibioticoterapia.

Descritores: Piomiosite. Doenças da coluna vertebral. Abscesso.

ABSTRACT

Tropical Pyomyositis is a rare disease caused by a muscle bacterial infection. Even rarer is the involvement of the spinal canal due to this condition. In most cases, *Staphylococcus aureus* is the etiologic agent, leading to abscess and necrosis of tissues. We report a case of a patient with pyomyositis of paraspinal muscles extending to the spinal canal evidenced by magnetic resonance imaging (MRI), with complete resolution of the clinical condition after surgical drainage and antibiotic therapy.

Keywords: Pyomyositis. Spinal diseases. Abscess.

1 – Serviço de Cirurgia da Coluna Vertebral do Hospital de Clínicas - UFPR, Curitiba, Paraná, Brasil

2 - Serviço de Cirurgia da Coluna do Hospital do Trabalhador, Curitiba, Paraná, Brasil

Contato do Autor / Mail to:

Xavier Soler i Graells - xaviersoler@uol.com.br

Avenida Presidente Getúlio Vargas, 2095 - Rebouças, Curitiba, Paraná, Brasil - CEP 80.250-180

INTRODUÇÃO

A *Piomiosite Tropical* (PT) é uma infecção bacteriana rara, causada por microorganismos que invadem o músculo esquelético por contiguidade ou disseminação hematogênica, sendo que em mais de 90% dos casos o *Staphylococcus aureus* é o agente causal¹. Tal condição pode acometer indivíduos de qualquer faixa etária, com um ligeiro predomínio na segunda e terceira décadas de vida². Os sítios mais envolvidos são grandes músculos dos membros inferiores e tronco¹, e os sintomas iniciais são inespecíficos, como febre, dor e ligeira endureção do músculo afetado. Essa inespecificidade dos sintomas leva, não raro, a atraso ou erro diagnóstico². A drenagem cirúrgica é essencial para o tratamento¹ e a intervenção tardia pode levar a sequelas catastróficas e graves complicações para os pacientes, incluindo sepse e óbito³.

Considerando as dificuldades diagnósticas e terapêuticas da PT, sua potencial gravidade e a paucidade de dados acerca desta condição, relatamos o caso a seguir, juntamente com uma revisão de literatura sobre o tema.

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 46 anos, parda, dona de casa, diabética, admitida na Unidade de Pronto Atendimento com queixa de dor lombar esquerda de forte intensidade há cinco dias, irradiada para virilha e coxa ipsilaterais, com dificuldade de deambular devido à dor, sem história de trauma. Ao exame físico, apresentava-se afebril, sem dor abdominal ou alterações ao exame neurológico. Referia seguimento ambulatorial com ginecologista por cisto anexial. Exames laboratoriais evidenciaram leucocitose (10.090 células/mm³ com desvio à esquerda (12% de bastões), além de aumento de provas de atividade inflamatória (Proteína C Reativa: 185 mg/L). Frente à história clínica e exame físico, foi aventada a suspeita de torção de cisto ovariano, descartada através de ecografia pélvica.

Prosseguindo a investigação, diante da dor refratária à analgesia, irradiada para membros inferiores e com característica atípica, uma ressonância magnética (RM) de coluna vertebral foi solicitada (figuras 1 e 2), evidenciando abscessos em musculatura paravertebral esquerda, com extensão desde a coluna torácica até sacral (T11-S1), em contato com o canal medular através dos forames de conjugação de L4-L5. A paciente foi submetida à intervenção cirúrgica com drenagem e limpeza das coleções por via posterior, com saída de grande quantidade de secreção

purulenta, comunicando-se com o canal medular. O material foi coletado e enviado para cultura e anatomia patológica.

Após essa intervenção cirúrgica, a paciente evoluiu com melhora tanto clínica como laboratorial. Houve crescimento de *S.aureus* nas culturas coletadas no intra-operatório e na hemocultura coletada previamente. A Oxacilina foi o antibiótico de escolha para o tratamento. A paciente teve alta após 14 dias de antibioticoterapia, com melhora total de seus sintomas.

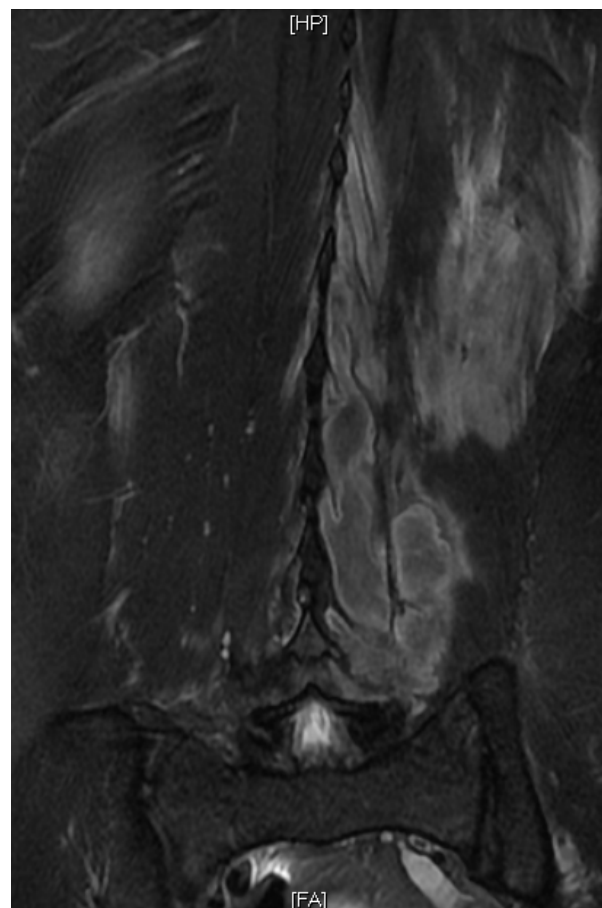


Figura 1. RM corte coronal em T2 evidenciando acometimento unilateral da musculatura com lojas de abscessos

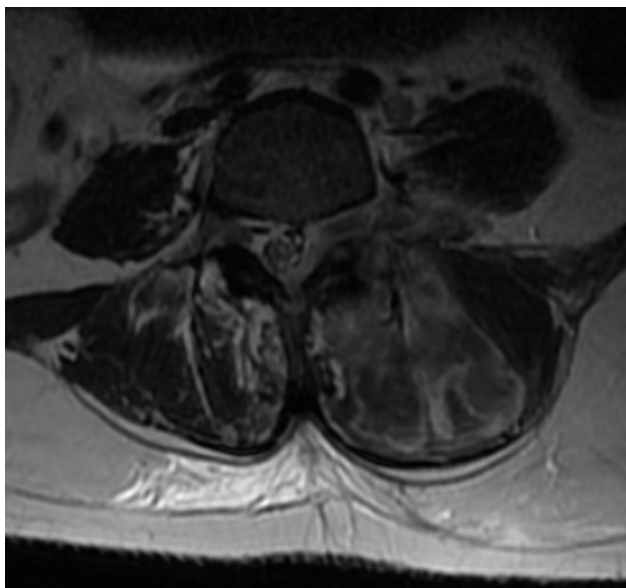


Figura 2. RM corte axial em T2 evidenciando aumento do volume da musculatura paravertebral e abscesso se comunicando com canal medular através do forame de conjugação

DISCUSSÃO

A piomiosite tropical é uma infecção muscular, geralmente de etiologia bacteriana, que pode cursar com formação de abscessos e necrose muscular progressiva, podendo resultar em graves complicações sistêmicas e óbito⁶. Os músculos mais acometidos são principalmente os da coxa, glúteos e tronco⁵. O nome piomiosite tropical deve-se ao fato de a doença ser mais comum em regiões tropicais, sendo que os homens são os mais acometidos, principalmente na faixa etária de 30 a 60 anos².

Alguns fatores predisponentes são conhecidos, como trauma, imunodeficiência, corticoterapia, diabetes mellitus, infecção subjacente e desnutrição^{1,7}. Atividade física vigorosa ou lesões musculares também estão relacionadas à fisiopatologia da doença⁶. Na grande maioria dos casos, o agente causador da doença é o *Staphylococcus aureus*⁷. No caso aqui relatado, o acometimento do tronco e o crescimento de *S.aureus* nas culturas estão de acordo com os dados de literatura. Além disso, nossa paciente também apresenta diabetes mellitus como fator predisponente já conhecido.

A doença é classificada em três estágios²: o estágio I (invasivo) envolve o surgimento de manifestações inespecíficas, como febre baixa, dor e rigidez local, podendo apresentar edema e parestesia. O estágio II (supurativo), ocorre entre 10 e 21 dias após o início dos sintomas. É caracterizado pelo aumento do edema e da febre, geralmente levando então à suspeita

diagnóstica. A dor é intensa e há ainda eritema e calor local. O caso relatado neste artigo se encontrava nesta fase, com abscesso profundo nos planos musculares. No estágio III (tardio), o acometimento sistêmico é evidenciado com sinais de sepse, podendo-se existir disfunção e falência de múltiplos órgãos, com possibilidade de óbito.

Apesar desta classificação, o curso da PT é variável e o atraso no diagnóstico pode levar ao acometimento de outras estruturas. Nossa paciente apresentou um abscesso de musculatura paravertebral que se estendeu a ponto de comunicar-se com o canal medular, trazendo riscos de complicações neurológicas, além das citadas anteriormente.

Culturas e exames laboratoriais são importantes no diagnóstico da PT, mas os exames de imagem como o ultrassom (US) e a ressonância magnética ainda são a ferramenta principal⁸. O US é o mais utilizado por sua facilidade de execução, baixo custo e capacidade de demonstrar o abscesso sem a necessidade do uso de contraste⁸. Porém, o melhor exame é a RM, que é capaz de detectar inflamação difusa da musculatura ainda em estágios iniciais da piomiosite⁴. As enzimas musculares geralmente estão normais e as hemoculturas são, em sua maioria, negativas⁹. Como diagnósticos diferenciais temos osteomielite, artrite séptica e hematomas⁷.

Todos os estágios da PT requerem antibioticoterapia, sendo a drenagem cirúrgica necessária nos casos com abscesso². A drenagem percutânea é o método mais utilizado e pode ser guiado via tomografia computadorizada ou US. Em casos de infecções profundas ou extensas, com grande quantidade de tecido necrosado, a drenagem aberta parece ser a melhor opção².

A antibioticoterapia deve ser iniciada de imediato para todos os pacientes. Recomenda-se o uso de penicilinas beta-lactamase resistentes como a Oxacilina e a Cloxacilina ou cefalosporinas de primeira a terceira geração. Em caso de sepse, um aminoglicosídeo pode ser associado⁴. No caso descrito, optamos pelo uso de Oxacilina, com boa resposta.

CONCLUSÃO

A PT é uma infecção encontrada em regiões quentes, úmidas e de baixa altitude (comuns no Brasil), causada quase sempre por *S.aureus*. Nela, o comprometimento é basicamente de músculos esqueléticos, estruturas quase sempre resistentes às infecções piogênicas. O tratamento cirúrgico associado à antibioticoterapia se mostra extremamente eficaz.

Porém, o desconhecimento da doença pode levar a dificuldades de diagnóstico e atraso nas medidas terapêuticas, com agravamento progressivo do caso e prejuízo ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Pasternack, M. S., et al. "Myositis." Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases, 6th ed. Elsevier, Churchill Livingstone, United Kingdom (2005): 1194-1204.
2. Chiedozi, L. Chukwuma. "Pyomyositis: review of 205 cases in 112 patients." *The American Journal of Surgery* 137.2 (1979): 255-259.
3. Rezende, Rodrigo, et al. "Abscesso epidural em paciente portador de piomiosite tropical: relato de caso e revisão da literatura." *Coluna/Columna* 11.3 (2012): 250-253.
4. Bickels, J., et al. "Primary pyomyositis." *The Journal of Bone & Joint Surgery* 84.12 (2002): 2277-2286.
5. Palacio, Evandro Pereira, et al. "Drenagem aberta versus Drenagem percutânea no tratamento Da piomiosite tropical. estudo prospectivo e randomizado." *Rev Bras Ortop* 45.3 (2010): 260-8.
6. Crum, Nancy F. "Bacterial pyomyositis in the United States." *The American journal of medicine* 117.6 (2004): 420-428.
7. Stevens, Dennis L., et al. "Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft-tissue infections." *Clinical Infectious Diseases* 41.10 (2005): 1373-1406.
8. Quillin, S. P., et al. "Rapidly progressive pyomyositis. Diagnosis by repeat sonography." *Journal of ultrasound in medicine* 10.3 (1991): 181-184.
9. Saissy, J. M., et al. "[Tropical myositis]." *Medecine tropicale: revue du Corps de sante colonial* 58.3 (1997): 297-306.