

PIOMIOSITE TROPICAL

TROPICAL PYOMYOSITIS

Nilton Ghiotti de Siqueira, ACBC-AC¹
Cláudia Maria Villar Maziero de Siqueira²

RESUMO: A piomiosite tropical, apesar de ser uma patologia reconhecida em nosso meio há mais de cem anos, ainda é pouco divulgada no Brasil, e pode-se perder tempo e dinheiro em exames para afastar a possibilidade de tumores ou tratar inadequadamente uma doença potencialmente fatal. Relatada inicialmente como uma doença de zonas tropicais, sua incidência vem aumentando em regiões de clima temperado, devido à disseminação do Vírus da Imunodeficiência Humana e aos tratamentos imunossupressivos. Apesar de realizado em instituições que muitas vezes não apresentam recursos diagnósticos de primeira linha, demonstramos que o tratamento pode ser adequado se houver experiência clínica e bom senso. São descritos quarenta casos de piomiosite tropical, atendidos consecutivamente por um mesmo cirurgião; a idade média dos pacientes foi de 16 anos e o sexo predominante o masculino. O diagnóstico foi clínico em 73% dos casos e o tratamento realizado foi drenagem por incisão direta sobre a massa, deixando dreno tubular, usado para irrigação do abscesso. O tempo médio de permanência do dreno no local foi de cinco dias, e a média de permanência hospitalar, sete dias. Dois casos (5%) evoluíram para osteomielite e um caso foi a óbito. A evolução foi satisfatória em 93% dos pacientes.

Unitermos: Piomiosite tropical; Miosite tropical; Piomiosite.

INTRODUÇÃO

A piomiosite tropical foi descrita pela primeira vez em nosso meio há mais de cem anos pelo Barão de Sabóia.¹ É uma patologia infecciosa provocada na maioria das vezes por *Stafilococos aureus*, formando abscessos musculares profundos em um ou vários grupamentos musculares. Pode haver, ou não, história pregressa de trauma local ou “porta de entrada”. Inicialmente descrita como de exclusiva ocorrência em zonas tropicais, hoje temos diversos relatos em zonas temperadas, devido à disseminação do Vírus da Imunodeficiência Adquirida e a tratamentos imunossupressivos.^{2,3,4}

O cirurgião é freqüentemente chamado a dar pareceres sobre “massas”, e no caso dessa patologia muito tempo e dinheiro podem se perder em exames para diagnóstico diferencial com tumores, principalmente os de partes moles e ósseos, ou tratar inadequadamente uma patologia que pode evoluir para o êxito letal. Em nosso país, a piomiosite tropical é pouco relatada⁵ e existem áreas nas quais sua incidência é alta e pouco estudada, motivando-nos a apresentar este trabalho no intuito também de alertar que, mesmo em outras regiões de nosso extenso país, certamente vão ocorrer casos devido aos fatos mencionados anteriormente.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram colhidos dados de quarenta pacientes atendidos consecutivamente por um mesmo cirurgião, no período entre junho/94 e agosto/96. A idade variou de 6 meses a 45 anos, sendo a idade média de 16 anos e o sexo predominante o masculino (80%).

O diagnóstico foi clínico em 73% e ultra-sonográfico em 20%. O exame com raios-X foi utilizado em três pacientes (7%), para afastar possibilidade de tumores de partes moles ou ósseos. A drenagem foi realizada sob anestesia geral em 21 pacientes (53%), local em 18 (45%) e loco-regional em um (2%). O tipo de drenagem utilizada foi a incisão direta sobre o tumor numa extensão mínima de 2cm até a loja do abscesso, deixando dreno tubular fixado em posição que proporcionasse boa drenagem.

Após 24 horas era iniciada a irrigação do dreno com 500ml a 1000 ml de soro fisiológico, duas vezes por dia, até cessar a drenagem de pus, quando então era retirado. Foram associados à drenagem, antibióticos que não seguiram nenhuma padronização porque os clínicos muitas vezes os iniciavam antes de encaminharem os pacientes ao cirurgião. Dentro do possível, tentamos usar nos casos rotineiros a

1. Especialista em Cirurgia Geral pelo CBC. Cirurgião geral da FUNDHACRE e HBRB.

2. Membro da Sociedade Brasileira de Radiologia. Radiologista da FUNDHACRE.

Recebido em 17/7/97

Aceito para publicação em 22/1/98

Trabalho realizado na Fundação Hospital Estadual do Acre e Hospital de Base de Rio Branco.

eritromicina, devido à sua disponibilidade em nossos dispensários. Nos casos mais graves, nos quais os pacientes apresentassem sinais de toxemia, utilizou-se a oxacilina, associada ou não a aminoglicosídeos.

RESULTADOS

A evolução foi satisfatória em 37 pacientes (93%), com alta em sete dias, em média. Excluíram-se dois casos por falta de dados. Dois outros evoluíram com osteomielite (5%) e um caso foi a óbito (2%). Houve relato de trauma em apenas 15% e "porta de entrada" (qualquer menção a lesões infectadas cutâneas ou mucosas recentes), em 38% dos casos. Em nenhum dos casos houve aparecimento de novas massas. Nos que apresentavam febre, esta cedeu, na maioria, no primeiro dia após a drenagem: 60% no primeiro dia, 15% até o terceiro, 15% até o sexto, 3% até o nono, 5% continuaram com febre intermitente por osteomielite e 2% no caso em que se deu o óbito (ocorrido no primeiro dia de internação).

O tempo de evolução da doença, considerando-se período compreendido entre o início de sinais e sintomas até a data do atendimento, variou de três a sessenta dias (média de 16 dias).

O tempo de permanência do dreno no local variou de dois a 15 dias (média de cinco dias); foram excluídos dois casos: um que foi submetido apenas a abertura da lesão, pois não havia secreção purulenta (fase edematosa) e um que foi a óbito pouco depois de drenado. Este paciente deu entrada no Pronto-Socorro já em estado precário por sepse, com grave acometimento pulmonar.

Devido a condições adversas, a cultura da secreção foi realizada somente em sete casos (18%). Destes o *E. aureus* foi positivo em três, o *E. scineii* em um e negativas em três.

DISCUSSÃO

A piomiosite tropical se apresenta com um quadro de massa extremamente dolorosa, fixa, única ou múltipla, com limitação de movimentos do grupamento muscular afetado e sempre associado a febre. Em nossa casuística foi única em 78% dos casos e múltipla em 22%. Os locais mais atingidos foram membros inferiores, 65%, e musculatura intercostal, 20%. O diagnóstico foi eminentemente clínico (73%), dispensando qualquer exame, pelo alto grau de suspeição e por estar-

mos em zona endêmica. Só os solicitávamos quando havia dúvidas sobre o momento da drenagem (massas muito profundas e mal definidas à palpação) ou para fazer diagnóstico diferencial com tumores de partes moles ou ósseos.

Um dado importante é que em nenhum caso havia hiperemia ou flutuação sobre a massa, fato este que muitas vezes retarda o diagnóstico.

Conforme o tempo de evolução, Kallen⁶ distingue três fases: invasiva – com febre, dor localizada e edema, sem massa definida; supurativa – a partir do décimo dia, onde se delimita bem a massa e é obtida secreção purulenta à punção; e tardia – a partir do vigésimo dia, o paciente se encontra em sepse, podendo haver complicações à distância (pneumonias, derrames pleural e pericárdico, abscessos pulmonares e cerebrais, etc.).

Essa classificação é didática e de maneira geral pode orientar sobre o momento da drenagem, mas não podemos deixar de observar que nem sempre ela é exata. Em nossa casuística tivemos nove casos (23%) com tempo de evolução igual ou superior a vinte dias, nos quais os pacientes não se encaixavam na classificação aqui citada; estariam na fase "supurativa" e não na "tardia"; além disso o único caso de óbito evoluiu em dez dias, segundo seus familiares. Observamos que todos os pacientes apresentavam massas definidas, com exceção de um com quatro dias de evolução e outro com 34 dias, mas, nesse, o grupamento muscular afetado era o psoas e foi drenado através de punção pela técnica de Seldinger.

Grande parte das drenagens pode ser realizada sob anestesia local (45%). Isso agiliza o tratamento, principalmente se estivermos num pronto-socorro com salas congestionadas ou outros problemas técnicos.

Parece haver maior susceptibilidade à osteomielite em crianças (dois casos, com um e dez anos respectivamente), e a desnutrição era evidente no caso mais grave, que foi a óbito.

Tivemos uma incidência maior de casos nos meses de novembro e dezembro, que coincide com o período de chuvas intensas e calor na região norte do País.

Concordamos que o antibiótico de escolha seja a oxacilina, mas casos bem localizados e com estado geral preservado respondem muito bem à drenagem associada a eritromicina, sendo que somente usamos antibióticos nestes casos por prevenção de complicações à distância. Por outro lado, nos casos sem massa definida, acreditamos que o uso exclusivo da oxacilina seja resolutivo.^{5,7}

ABSTRACT

Tropical pyomyositis, although a recognized pathology for more than a century, is still poorly known in Brazil, and one could waste time and money on exams for negative diagnosis for tumors or inadequately treat a potentially fatal disease. Initially referred to as a tropical disease, its incidence is increasing in temperate regions due to the dissemination of the Human Immunodeficiency Virus and immunosuppressive treatments. In spite of our Institution frequently lacking quality diagnostic resources, we managed adequate treatment by using clinical experience and good judgement. A total of 40 cases

of tropical pyomyositis are described, all treated by the same surgeon, with a mean age of 16 years, predominantly male. Clinical diagnosis was realized in 73% of the cases and the applied treatment was drainage through direct incision over the mass, leaving the drainage tube for irrigation of the abscess. The mean drain permanence was seven days. Two (5%) of the cases evolved into osteomyelitis, one (2%) died and the remainder evolved satisfactorily.

Key Words: Tropical pyomyositis; Tropical myositis; Pyomyositis.

REFERÊNCIAS

- De Saboia B – Myosite suppurada dos músculos rectos do abdome. *Revista do Curso Practico e Theorico da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro* 1866;3:49-52.
2. Christin L, Sarosi G – Pyomyositis in North America: Case reports and review. *Cl Infect Dis* 1992;15(4):668-677.
3. Widrow C, Kellie S, Saltzman B, et al – Pyomyositis in patients with the Human Immunodeficiency Virus: An unusual form of disseminated bacterial infection. *Am J Med* 1991;91:129-136.
4. Malbran A, Maxit M, Gimenes C – Piomiosites tropical: tres casos en una area templada en pacientes immunossuprimidos. *Medicina* 1986;46:449-452.
5. Takayasu V, et al – Miosite tropical. *Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo* 1993;48(3):112-115.
6. Kallen P – Tropical pyomyositis. *Arthritis and Rheum* 1982;25:107.
7. Contú J, Elizandro M – Piomiosites: Presentacion de uno caso y revision de la literatura. *Rev Inves Clin (Mex.)* 1986;38:307-310.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Nilton Ghiotti Siqueira
Rua Siqueira Campos, 190
69914-510 – Rio Branco – Acre
E-mail: ghiotti @ mdnet.com.br

XXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA

4 A 8 DE JULHO DE 1999

RIOCENTRO
RIO DE JANEIRO