

Piomiosite associada ao *diabetes mellitus* e cirrose hepática

Daniela Vichiato Polizelli¹, Geise Cristina Geraldino², Eduardo Narvaes², Elisete Funes³, Roberto Acayaba de Toledo⁴, Rita de Cássia Menin⁵

RESUMO

A piomiosite é uma infecção primária do músculo esquelético mais comum nos países tropicais. Adultos que desenvolvem a doença apresentam, na maioria dos casos, comorbidades associadas que comprometem o sistema imunológico, entre elas *diabetes mellitus* e cirrose hepática.

Palavras-chave: piomiosite, *diabetes mellitus*, cirrose hepática.

INTRODUÇÃO

A piomiosite é uma doença dos músculos esqueléticos. Pode acometer qualquer grupamento muscular por contiguidade ou disseminação hematogênica de foco a distância. Observa-se predileção pelos grupamentos musculares do tronco e dos membros inferiores. O *Staphylococcus aureus* é geralmente o agente etiológico mais encontrado nos casos descritos na literatura.^{1,2}

Em relação ao diagnóstico da piomiosite, costuma-se observar atraso, devido à inespecificidade dos sinais clínicos no início do quadro. Pode, eventualmente, ser confundida com processos infecciosos ósseos ou articulares, tromboflebite, paniculite ou doenças sistêmicas.³

RELATO DE CASO

Mulher, 42 anos, com antecedente de cirrose hepática por vírus C (*Child B*) e *diabetes mellitus* tipo 2, foi admitida no

serviço de reumatologia com queixa de dor em face lateral de coxa direita há 20 dias. De início, a dor era súbita, com piora progressiva, forte intensidade, irradiação para todo o membro inferior direito e agravamento com a deambulação. Acompanhando o quadro, referia episódio de febre medida de 38°C e astenia. Ao exame físico, apresentava-se prostrada, hipocorada, icterica, pressão arterial 100 x 70 mmHg, frequência cardíaca: 100 batimentos por minuto, temperatura axilar: 38,6 °C, dor à palpação de face lateral de coxa direita e dor à rotação interna e externa da articulação coxofemoral direita, sem sinais flogísticos e sem bloqueio articular. Foi submetida a exames complementares. Hemograma: hemoglobina: 9,8 mg/dL, hematócrito: 29%, 2.500 leucócitos/mm³ com 72% neutrófilos, 2% de eosinófilos, 10% linfócitos e 16% monócitos; plaquetas: 23.000/mm³; proteína C reativa (PCR): 20,07 mg/dL; velocidade de hemossedimentação (VHS): 52 mm; C3 e C4 diminuídos; crioglobulinas ausentes; creatinofosfoquinase (CPK): 40UI/L; creatinina: 0,8 mg/dL; IgE: 64 ng/mL; albumina: 2,4 g/dL; tempo de ativação de protrombina: 17,1s; INR:

Recebido em 28/07/2009. Aprovado, após revisão, em 26/05/2010. Declaramos a inexistência de conflitos de interesse. Serviço de Reumatologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto da Fundação Faculdade Regional de Medicina – FUNFARME.

1. Estagiária do primeiro ano do Serviço de Reumatologia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

2. Residente do primeiro ano do Serviço de Reumatologia da FAMERP

3. Médica-assistente do Serviço de Reumatologia da FAMERP

4. Professor adjunto do Serviço de Reumatologia da FAMERP

5. Médica-assistente do Serviço de Reumatologia da FAMERP

Endereço para correspondência: Daniela Vichiato Polizelli. Rodovia Washington Luis, Km 445. Condomínio Jardim do Cedro. CEP: 15038-000. São José do Rio Preto, SP, Brasil. E-mail: danipolizelli@yahoo.com.br

1,6; tempo de tromboplastina parcial ativada: 31,4 s; atividade de protrombina: 43%; glicemia: 187 mg/dL; bilirrubina total: 3,2 mg/dL, bilirrubina direta: 1,3 mg/dL e bilirrubina indireta: 1,9 mg/dL; hemocultura positiva para *Streptococcus beta-hemolítico* do grupo B. Radiografia de articulação coxofemoral: sem alterações; ultrassonografia (US) coxo-femoral direita: presença de edema da musculatura da coxa e ausência de coleções sugestivas de abscesso; Ressonância Nuclear Magnética (RNM) de coxofemoral direita, evidenciando áreas de coleção no interior dos músculos glúteos e região peritrocantérica (Figura 1). Biópsia muscular: produto de desbridamento da região glútea com processo inflamatório agudo e parcialmente exsudativo em tecido fibroconjuntivo e adiposo.

Frente ao resultado encontrado na RNM, foi feito diagnóstico de piomiosite, com indicação de drenagem cirúrgica aberta (Figura 2), biópsia e coleta de material para cultura.

Em nosso caso, optou-se por iniciar oxacilina (2 g endovenoso a cada 6 horas) como antibioticoterapia, levando em conta a grande prevalência do *Staphylococcus aureus* como principal agente, estando de acordo com o descrito na literatura. No entanto, observamos crescimento de *Streptococcus beta-hemolítico* do grupo B tanto na hemocultura quanto na secreção colhida no intraoperatório e, dessa forma, após o resultado do novo antibiograma, modificou-se antibioticoterapia para cefepime (1 g a cada 12 horas). No nono dia de tratamento com cefepime, a paciente evoluiu com febre e, mesmo não apresentando sinais flogísticos ou formação de nova coleção no sítio cirúrgico, optou-se por modificar a antibioticoterapia. Conforme resultado do antibiograma, a paciente foi medicada com sulbactam (1 g endovenoso a cada 6 horas) e ampicilina (2 g endovenoso a cada 6 horas) durante 21 dias, evoluindo com melhora do estado geral, redução da PCR atingindo o valor 2,76 mg/dL e redução da VHS para 38 mm. No entanto, persistiu com quadro de pancitopenia, atribuído a provável hiperesplenismo secundário à cirrose hepática, sem relação com o quadro infeccioso. Durante o curso evolutivo, os níveis da CPK mantiveram-se dentro dos limites da normalidade.

DISCUSSÃO

Segundo Marques *et al.*, em 1885 Scriba relatou o primeiro caso de piomiosite. É uma doença que acomete indivíduos preferencialmente na primeira e na segunda décadas de vida, sendo mais prevalente em homens.⁴ Adultos acima de 30 anos que desenvolvem a doença, em 50% das vezes, apresentam comorbidade associada.¹ Associações descritas na literatura incluem pacientes portadores do vírus da imunodeficiência

humana, *diabetes mellitus*, neoplasias, cirrose hepática, insuficiência renal, transplantados e usuários de agentes imunossupressores.^{5,6}

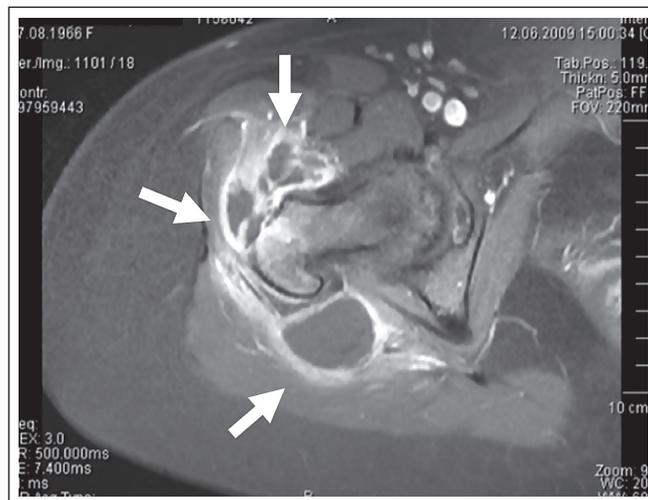


Figura 1
Ressonância nuclear magnética de articulação coxofemoral direita demonstrando borramento em tecido celular subcutâneo de região lateral de quadril direito; presença de múltiplas imagens irregulares, hiperintensas em T2 *stir*, localizadas em tecidos moles adjacentes ao colo femoral e grande trocânter femoral à direita, na topografia da musculatura glútea, que apresenta realce periférico após injeção endovenosa de contraste, sugerindo tratar-se de coleção (setas brancas).

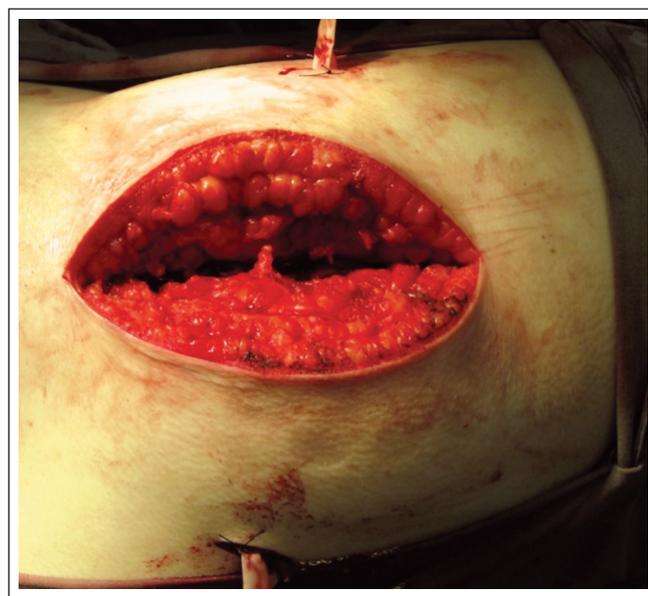


Figura 2
Drenagem cirúrgica aberta de coleção na topografia da musculatura glútea e peritrocantérica.

A patogenia da piomiosite primária permanece incerta, embora se questione papel do trauma e do comprometimento imunológico como fatores predisponentes.^{7,8} No caso relatado, a paciente apresentava como comorbidades hepatite por vírus C e *diabetes mellitus*, ambos envolvidos na diminuição da resposta imunológica.

Os achados laboratoriais são inespecíficos, o hemograma pode evidenciar desde leucopenia até leucocitose com desvio à esquerda, dependendo do agente etiológico e da resposta imunológica individual. Eosinofilia pode ser encontrada em pacientes com infecção parasitária concomitante.⁹ Pode haver aumento das provas inflamatórias, e a CPK geralmente não se altera.^{1,5}

A RNM é o método padrão ouro para o diagnóstico de piomiosite, já que é possível detectar, precocemente, achados de inflamação difusa da musculatura.¹

A etiologia da piomiosite é atribuída principalmente a *Staphylococcus aureus* (85% a 95%), seguido por *Streptococcus* sp. (1% a 5%) e, raramente, por enterobactérias.¹⁰

As hemoculturas são positivas em menos de 40% dos pacientes e as culturas de secreção são positivas em apenas 21% a 41% dos casos.¹

Geralmente, acomete apenas um músculo, mas 11% a 43% dos pacientes podem apresentar focos disseminados em vários músculos. O principal músculo acometido é o quadríceps, seguido pelo músculo glúteo e iliopsoas.¹¹

De acordo com a literatura, a infecção que tem como agente etiológico o *Streptococcus* sp. pode ser muito agressiva, levando a extensa necrose muscular e septicemia. Já as infecções cujo agente etiológico é o *Staphylococcus aureus* tendem apresentar melhor evolução.¹⁰

Nosso objetivo em relatar esse caso consiste em alertar sobre a necessidade de um diagnóstico precoce e da rápida introdução da terapêutica para que o paciente apresente melhor desfecho clínico.

REFERÊNCIAS

REFERENCES

1. Bickels J, Ben-Sira L, Kessler A, Wientroub S. Primary pyomyositis. *J Bone Joint Surg Am* 2002; 84A(12):2277-86.
2. Saissy JM, Ducourau JP, Tchoua R, Diatta B. Tropical myositis. *Med Trop* 1998; 58(3):297-306.
3. Mangueira CLP. Piomiosite tropical em jovem imunocompetente: relato de caso e revisão da literatura. *J Bras Patol Med Lab* 2000; 36(4):247-50.
4. Marques GC, Mauro Filho GL, Valiatti M *et al.* Piomiosite tropical: estudo retrospectivo de 27 casos. *Rev Bras Reumatol* 1995; 35(4):193-200.
5. Crum NF. Bacterial pyomiositis in the United States. *Am J Med* 2004; 117(6):420-8.
6. Belsky DS, Teates CD, Hartman ML. Case Report: *Diabetes mellitus* as a predisposing factor in the development of pyomyositis. *Am J Med Sci* 1994; 308(4):251-4.
7. Verab RM, Marquésa AF, Maestreb MM. Piomiositis lumbar por *Finegoldia magna* (*Peptostreptococcus magnus*) en paciente con hepatitis. *C Med Clin (Barc)* 2008; 130(9):357-9.
8. Patel SR, Oleginski TP, Perruquet JL, Harrington TM. Pyomyositis: clinical features and predisposing conditions. *J Rheumatol* 1997; 24(9):1734-8.
9. Scharschmidt TJ, Weiner SD, Myers JP. Bacterial pyomyositis. *Curr Infect Dis Rep* 2004; 6(5):393-6.
10. Azevedo PS, Matsui M, Matsubara LS *et al.* Piomiosite tropical: apresentações atípicas. *Rev Soc Bras Med Trop* 2004; 37(3):273-8.
11. Ejnisman B, Sayum Filho J, Andreolli CV, Monteiro GC, Pochini AC, Cohen M. Piomiosite multifocal em atleta: relato de caso. *Rev Bras Ortop* 2007; 42(5):157-60.