

Piomiosite tropical em paciente com lúpus eritematoso sistêmico e infecção por HTLV 1/2

Hérica Cristiani Barra de Souza¹, Barbara Nascimento de Carvalho¹, Marina Gonçalves Veras de Morais¹,
Guilherme Zager Monteiro¹, Fabiano Takaaki Emori², Luiz Carlos Latorre³

RESUMO

A piomiosite tropical (PT) é uma doença infecciosa da musculatura esquelética, de etiologia bacteriana, incomum, e muitas vezes associada a situações de imunodeficiência. O envolvimento de musculatura pélvica profunda, como o músculo ilíaco, é uma condição ainda mais incomum. A associação de lúpus eritematoso sistêmico (LES) e PT é pouco relatada na literatura. Como o LES é uma situação de imunodepressão tanto pela doença em si como pelas medicações utilizadas no seu tratamento, esses pacientes tornam-se grupo de risco para o desenvolvimento de infecções, como PT. A infecção pelo HTLV está cada vez sendo mais identificada e associada a patologias nas quais autoimunidade está implicada, como é o caso do LES. Os autores descrevem um caso de PT de localização no músculo ilíaco em paciente portadora de LES, insuficiência renal crônica, em hemodiálise, além de portadora do vírus HTLV 1/2, internada no Hospital Heliópolis, em São Paulo, Brasil.

Palavras-chave: piomiosite, lúpus eritematoso sistêmico, vírus 2 linfotrópico T humano, vírus linfotrópico de células T humanas tipo 1.

[Rev Bras Reumatol 2011;51(1):97-103] ©Elsevier Editora Ltda.

INTRODUÇÃO

A piomiosite tropical (PT) é uma doença infecciosa da musculatura esquelética, tendo como principal agente o *Staphylococcus aureus*. É típica de países em desenvolvimento e de clima tropical, incomum e muitas vezes associada a situações de imunodeficiência. Acomete predominantemente adultos jovens e crianças, com predileção por massas musculares grandes.¹⁻⁴

É classificada em primária e secundária. A forma primária é devida à disseminação hematogênica favorecida por imunodepressão de base, cujo agente mais implicado é o *S. aureus*. Já a secundária é por extensão da infecção de estruturas vizinhas, também favorecidas por imunodepressão ou em pós-operatórios, tendo como agentes mais frequentes *Escherichia coli* e *Bacterioides spp.*^{3,4,6}

A associação entre LES e PT é pouco relatada na literatura. O LES é uma situação de imunodepressão tanto pela doença em si como pelas medicações utilizadas no seu tratamento. Por conta disso, esses pacientes tornam-se grupo de risco para o desenvolvimento de infecções.^{7,8}

Os autores descrevem um caso de PT de localização no músculo ilíaco em paciente portadora de LES, insuficiência renal crônica, em hemodiálise, portadora do HTLV1/2, como complicação da doença de base.

RELATO DO CASO

VSF, feminino, 25 anos, procedente do ambulatório de reumatologia do Hospital Heliópolis, em São Paulo, Brasil.

Antecedentes pessoais: LES há 6 anos, nefrite há 5 anos, insuficiência renal crônica dialítica (hemodiálise há 4 meses),

Recebido em 07/01/2010. Aprovado, após revisão, em 15/11/2010. Declaramos a inexistência de conflitos de interesse. Complexo Hospitalar Heliópolis, São Paulo, SP – Brasil.

1. Médica residente do serviço de Reumatologia do Hospital Heliópolis - Residência Médica

2. Médico residente do serviço de Radiologia do Hospital Heliópolis - Residência Médica

3. Médico Assistente do serviço de Reumatologia e diretor das clínicas médicas do Hospital Heliópolis; Doutor em Epidemiologia pela Faculdade de Saúde Pública da USP

Correspondência para: Hérica Cristiani Barra de Souza. CEREDO - Serviço de Reumatologia do Hospital Heliópolis. Rua Caçapava, nº49, Conj. 17. Jardim Paulista, São Paulo, SP, Brasil. CEP: 01408-010. E-mail: hericabarra@yahoo.com.br.

sorologia positiva para HTLV 1/2 detectada há 4 meses, polirradiculopatia desmielinizante crônica diagnosticada por eletroneuromiografia há 4 meses e 2 internações: de 03/01/2009 a 20/01/2009 por pneumonia adquirida na comunidade (PAC) grave e de 04/03/2009 a 01/05/2009 por vasculite cutânea, PAC e sepse por infecção relacionada a cateter com isolamento de *S. aureus* multirresistente (tratou com vancomicina por 21 dias).

Início, há 1 mês, de lesão nodular em face anterior da perna direita com aumento progressivo de volume, dor e eritema local, com piora há 1 semana e surgimento de calafrios, febre e dor em quadril direito que piora à movimentação. Ao exame físico apresentava regular estado geral, mucosas hipocoradas 2+/4+, abdome doloroso à palpação profunda difusamente, sem sinais de irritação peritoneal, atrofia muscular em membros inferiores e superiores, força muscular grau III em membros inferiores e grau IV em membros superiores. Nódulo de aproximadamente 3 cm em região pré-tibial direita e esquerda, amolecido, hiperemiado, quente e doloroso ao toque (Figura 1).

A conduta foi a punção do nódulo com saída de conteúdo purulento e envio do material para análise. Após, foi introduzido Clindamicina.

O laboratório inicial revelava leucocitose significativa (19.280 células por mm³) com desvio à esquerda, desidrogenase láctica de 751 U/L, urina I com 230.000 leucócitos, urocultura negativa. Sorologia para HIV negativa.

A bacterioscopia do conteúdo do abscesso revelou cocos Gram positivos, aos pares, intracelulares, confirmado pela cultura tratar-se de *S. aureus* multirresistente (sensível à



Figura 1
Presença de abscessos pré-tibiais em paciente com lúpus eritematoso sistêmico e infecção pelo HTLV 1/2.

vancomicina), germe também identificado nas amostras iniciais de hemoculturas e cultura de ponta de cateter da hemodiálise.

A TC de pelve mostrou sacroiliíte bilateral, coleção em topografia de músculo ilíaco bilateralmente e sinais de osteomielite em sacroilíacas (Figura 2A), achado também presente na ultrassonografia (USG) de abdome realizada em 29/07/2009.

Após o resultado da bacterioscopia, foi trocado o antibiótico para vancomicina 1 g a cada 4 dias (dose ajustada para função renal). Com o resultado da USG de abdome e TC de pelve optou-se por drenagem cirúrgica aberta em 29/07/2009, com acesso lateral ao retroperitônio e colocação de dreno

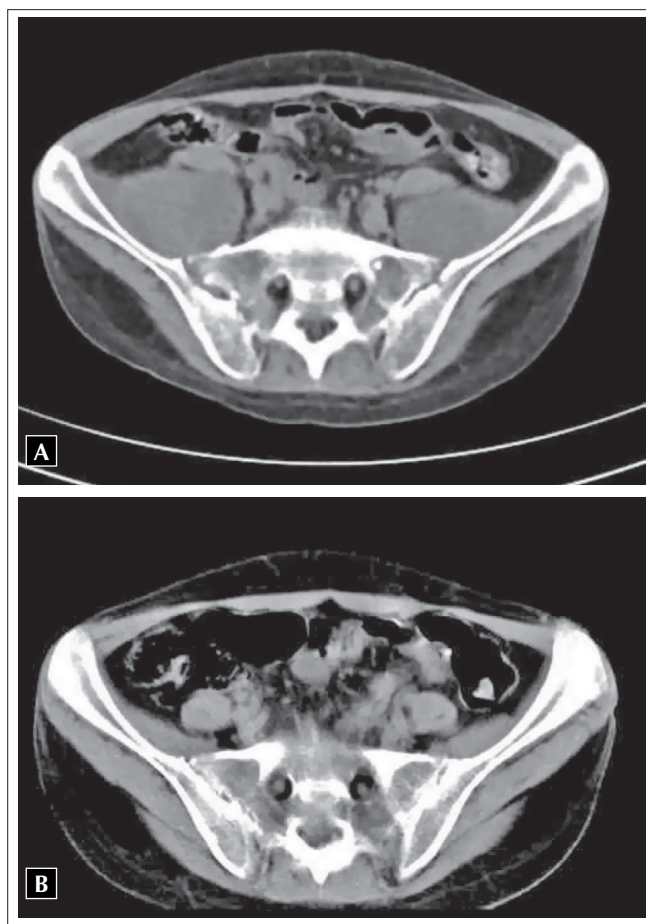


Figura 2
(A) TC de pelve. Coleção volumosa em músculo ilíaco bilateralmente e osteomielite de sacroilíacas em paciente com lúpus eritematoso sistêmico e infecção pelo HTLV 1/2. (B) TC de pelve. Aspecto das lesões descritas na Figura 2A; após a drenagem cirúrgica da piomiosite do músculo ilíaco bilateralmente.

túbulo-laminar bilateralmente e encaminhado o conteúdo da coleção para cultura, que também demonstrou a presença de *S. aureus* multirresistente. Manteve uso do antibiótico por um período de 42 dias, evoluindo com melhora clínica e radiológica progressiva, recebendo alta hospitalar em 04/09/2009, com recuperação clínica satisfatória, culturas negativas e TC pelve com redução significativa da lesão (Figura 2B).

DISCUSSÃO

APT é uma patologia grave, que acomete mais frequentemente os músculos da coxa, glúteos e tronco, cuja regra é o acometimento muscular único (60%-70%).⁹

É possível caracterizar a doença em 3 estágios. O primeiro se apresenta como miosite inicial sem formação de abscesso acompanhado de febre baixa, dor e enrijecimento muscular, porém o diagnóstico raramente é feito nesta fase. No estágio 2 ocorre formação de abscesso intramuscular único ou múltiplo, de localização profunda, em média 10 a 21 dias do início dos sintomas, acompanhado de febre, edema muscular, dor mais localizada e formação de abscesso profundo e aspirado de material purulento. A grande maioria dos pacientes ao diagnóstico encontra-se neste estágio, fato observado na paciente deste relato, que apresentava a forma primária, no estágio 2.^{4,5,10}

Se não tratado adequadamente o paciente pode evoluir para o estágio 3, caracterizado por febre alta, dor acentuada e flutuação dos músculos envolvidos, com sinais de toxicidade podendo evoluir para choque séptico e eventualmente óbito.^{1,2,5,9}

No caso descrito, *S. aureus* foi isolado em amostras de hemocultura e do conteúdo do abscesso aspirado, concordando com dados da literatura que sugerem que em mais de 90% dos casos este é o agente etiológico, seguido de *Streptococcus spp* e *E.coli*. O mecanismo pelo qual ocorre a agressão muscular é através de bacteremia, entretanto menos de 5% dos casos apresentam-se com culturas positivas, sugerindo que tal bacteremia é transitória.^{1,4,6,9}

Dentre os grupamentos musculares mais envolvidos, além dos já citados, há relatos do envolvimento de músculos paravertebrais, cervicais, ilíaco, psoas, piriforme, abdominais, panturrilha, deltóide e bíceps. Apesar de muitas vezes acometer extensas áreas musculares, usualmente não há elevação de enzimas musculares.^{1,2,9,11}

No Brasil há cerca de 2,5 milhões de indivíduos soropositivos para o HTLV 1 e 2, sendo esta patologia endêmica em Salvador, Bahia (1,8% de prevalência).^{12,13}

Estudos sugerem que o HTLV é desencadeador e perpetuador de algumas doenças inflamatórias articulares, uma vez que

induz no sistema imune uma resposta proliferativa linfocitária exuberante. Desta forma, tem sido implicado na indução de autoimunidade. Dentre as doenças reumáticas autoimunes associadas a essa infecção destaca-se a síndrome de Sjögren, artrite reumatóide, polimiosite e LES. Carvalho et al.,¹⁴ em 2006, relataram em sua casuística que 0,7% dos pacientes com HTLV-1 tinham LES, porém a maioria dos estudos não consegue estabelecer de forma precisa tal associação. No caso da paciente, a co-infecção pelo HTLV foi um fator adjuvante ao LES para a imunossupressão, o que lhe favoreceu uma infecção oportunista.

Para auxiliar no diagnóstico da PT, podemos lançar mão de exames de imagem, preferencialmente USG, TC, sendo úteis para localizar o músculo acometido e guiar a punção e a biópsia. Estes devem ser seriados para o acompanhamento da evolução clínica e tratamento.^{1,2,9,10} No caso descrito, o acometimento do músculo ilíaco foi identificado pela TC de pelve e o volume do abscesso foi confirmado pela ultrassonografia.

A terapêutica para a PT é baseada em antibióticos e drenagem do abscesso via percutânea ou cirúrgica. A punção com drenagem cirúrgica parece fundamental na maioria dos casos, para juntamente com a antibioticoterapia evitar a evolução da doença para o estágio 3, onde existe aumento de mortalidade destes pacientes.⁴ Inicialmente optou-se por terapêutica com antibiótico, postergando a drenagem cirúrgica, por se tratar de uma paciente com risco cirúrgico elevado pelas patologias de base, além do fato de o acesso cirúrgico via lateral pelo retroperitônio também ser tecnicamente difícil. No entanto, houve piora clínica e radiológica e o procedimento cirúrgico foi então realizado com sucesso, mantendo-se ainda antibioticoterapia no pós-operatório.

A PT deve ser lembrada como grave complicação em pacientes imunodeprimidos e o início insidioso pode retardar o diagnóstico, o que limita o prognóstico. A suspeita clínica precoce, o diagnóstico por imagem e a terapêutica adequada são decisivos para a evolução satisfatória desses casos.

REFERENCES

REFERÊNCIAS

1. Takayasu V, Onuchic MHF, Campos PPF, Albuquerque RP. Miosite tropical. Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo 1993; 48:112-15.
2. Marques GC, Filho GLM, Valiatti M, Hamra A, Valiatti J, Mastrocola Jr A et al. Piomiosite tropical: estudo retrospectivo de 27 casos. Rev Bras Reumatol 1995; 35:193-200.
3. Hernández FJG, Román JS, Medina CO, Romero LM, López JM, Wichmann I. Absceso del músculo iliopsoas y lúpulo eritematoso sistêmico. An Med Interna 2003; 20(4):198-200.
4. Chiedozi LC. Pyomyositis: review of 205 cases in 112 patients. Am J Surg 1979; 137:250-55.

5. Isdale AH, Foley DF, Butt WP, Wright V. Psoas abscess in rheumatoid arthritis - an inperspicuous diagnosis. *Brit J Rheumatol* 1994; 33(9):853-58.
6. Berge VM, Marie S, Kuipers T, Jansz AR, Bravenboer B. Psoas abscess: report of a series and review of the literature. *Neth J Med* 2005; 63(10):413-16.
7. Walsh TR, Reilly JR, Hanley E, Webster M, Peitzman A, Steed DL. Changing etiology of iliopsoas abscess. *Am J Surg* 1992; 163:413-16.
8. Iliopoulos AG, Tsokos GC. Immunopathogenesis and spectrum of infections in systemic lupus erythematosus. *Semin Arthritis Rheum* 1996; 25:318-36.
9. Marques GC, Valiatti M, Pereira ER, Barbieri V, Mauro FGL. Piomiosite tropical de localização cervical em pacientes com Lupus Eritematoso Sistêmico. *Rev Bras Reumatol* 1996; 36:47-50.
10. Braz AS, Fernandes JMC, Couto RAL, Szajubok JCM, Moura Jr JE, Chahade WH. Piomiosite tropical: descrição de quatro casos. *Rev Bras Reumatol* 2000; 40:81-6.
11. Tokuda N, Himura I, Harada M, Tsubaki H, Matsushima M, Kuwashima A. Pyomyositis of iliopsoas muscle with infection of renal cyst: a case report. *Hinyokika Kyo* 1994; 40:139-4.
12. Cruz BA, Catalan-Soares B, Proietti F. Manifestações reumáticas associadas ao vírus linfotrópico humano de células T do tipo I (HTLV-I). *Rev Bras Reumatol* 2005; 45 (2):71-7.
13. Romanelli LCF, Caramelli P, Proietti ABF. O vírus linfotrópico de células T humanos tipo I: quando suspeitar da infecção? *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(3):340-7.
14. Carvalho MMN, Giozza SP, Santos ALMA, Carvalho EM, Araújo MI. Frequência de doenças reumáticas em indivíduos infectados pelo HTLV 1. *Rev Bras Reumatol* 2006; 46(5):315-22.