

1-Santa Casa de São Carlos, 2-UFSCar, 3-Faceres

## INTRODUÇÃO

Piomiosite tropical = infecção primária, bacteriana, infrequente, supurativa, típica de países tropicais, que acomete um ou mais grupos musculares ricamente vascularizados.

Manifestações = leves e inespecíficas.

Causas = imunossupressão (DM, corticoide e HIV).

Diagnóstico = histórica clínica, exame físico e exames de imagem como raio x, ultrassonografia, tomografia e ressonância magnética.

Tratamento = drenagem cirúrgica do abscesso e antibioticoterapia.

## RELATO DE CASO

♂, 59 anos, DM - Metformina e Gliclazida,

Celulite de membro superior esquerdo após medicação EV, há 30 dias. Evoluiu com abscesso do membro □ duas drenagens cirúrgicas e antibióticoterapia.

Após 4 dias de alta, dificuldade para deambular, detectado abscesso de músculo psoas esquerdo (RM). Negou febre. Sem sinais de sepse.. Laboratorial: Hb 9,2; ht 29,0%; leucócitos 12.400 [neutrófilos 86,4%]; PCR 2,9).

Tratamento: Amoxicilina 1000mg + Clavulanato 125mg + abordagem pré-peritoneal anterior esquerda, com saída de grande quantidade secreção purulenta.

Paciente evoluiu afebril, mantendo lombalgia por espondilocistite. Tomografia de coluna lombar evidenciou processo destrutivo decorrente de infecção do corpo vertebral L4 e L5 (figura 1).

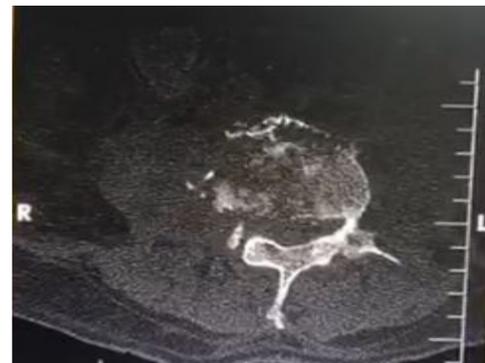


Figura 1. Lesão destrutiva decorrente de infecção de vertebra L4.

## DISCUSSÃO

Fora da faixa etária mais comum (<30 anos) + afebril

Não teve trauma ou esforço prévio

Fator de risco: DM

PT após abscesso/celulite de membro superior esquerdo, decorrente de medicação EV devido lombalgia.

Evolução: dificuldade para deambular.

Celulite = provável porta de entrada para o agente causador

*Staphylococcus aureus* (principal), *Streptococcus spp* e *Escherichia coli*.<sup>2</sup>

## CONCLUSÃO

PT rara. Suspeitar em caso de doenças e drogas imunossupressoras.

Na maioria das vezes, o diagnóstico não está aparente, como é o caso citado. Entretanto, é importante que o mesmo seja estabelecido o mais rápido possível para reduzir morbidade e mortalidade.<sup>2</sup>

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Araújo PSR, Barbosa MS, Melo F, Melo HRL, Brandão E. Abscesso do músculo psoas em paciente com Aids. Medicina (Ribeirão Preto). Online 2016;49(1):86-9
- 2) Kosmisky S, Menezes MF, Melo MR, Trindade JM, Amorim A e Coelho MRCD. Abscesso de músculo psoas em paciente com lúpus eritematoso sistêmico e artrite reumatoide. Revista Paraense de Medicina V.21 (3) julho-setembro 2007 59-62
- 3) Souza AB, Teixeira JCA, Drumond DAF. Abscesso de ilíopsoas em puerpério-relato de caso. Revista medica de minas gerais V24.4, 2014
- 4) Neto AS, Torre MB, Schwartz AD, Bogus LCN, Andrade MR, Marques H. Abscesso do ilíopsoas- diagnóstico por imagem. Pediatría. 1995; 17 (3):159-161.
- 5) Patel SR, Oleginski TP, Perruquet JL, Harrington TM. Pyomyositis: clinical features and predisposing conditions. Journal of Rheumatology 24:1734-1738, 1997.
- 6) Bickels J, Ben-Sira L, Kessler A, Wientroub S. Primary pyomyositis. Journal of Bone and Joint Surgery-American 84:2277-2286, 2002.
- 7) Azevedo SP, Matsui M, Matsubara LS, Paiva SAR, Inoue RMT, Okoshi MP, Morcelim, Zornoff LAM. Piomiosite tropical: apresentações atípicas. Revista da sociedade brasileira de medicina tropical 37(3), 273-278, maio-junho de 2004.
- 8) Taguchi BG, Francisco JA, Campos PTR, Teixeira CO, Teixeira MAB. Piomiosite tropical: correlação anatomo-clínica. Relato de caso. Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2013 abr-jun;11(2):194-6.
- 9) Gonçalves AO, Fernandes NC. Piomiosite tropical. Anais Brasileiros de Dermatologia. 2005;80(4):413-4.