

# Piomiosite pós trauma em escolar

*Post-trauma pyomyositis in a schoolchild*

**Laura Soares Anderaus**

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA  
[lauraanderaus@outlook.com](mailto:lauraanderaus@outlook.com)

**Gláucia Maria Soares Delgado**

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA  
[glauciamsdelgado@gmail.com](mailto:glauciamsdelgado@gmail.com)

**Gabriela Emerique Silva**

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA  
[gabriela.emerique@hotmail.com](mailto:gabriela.emerique@hotmail.com)

**Diego Santana**

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA  
[santana.diego1995@gmail.com](mailto:santana.diego1995@gmail.com)

**Eduardo Nitole Sobrinho**

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA  
[nitoleeduardo@gmail.com](mailto:nitoleeduardo@gmail.com)

## RESUMO

A piomiosite configura acometimento infeccioso agudo e raro que afeta o músculo e pode evoluir para abscessos. Essa apresenta como principal agente etiológico a bactéria *Staphylococcus aureus*. Ela acomete, em sua maioria, crianças e adultos jovens, bem como imunocomprometidos. O diagnóstico necessita de suspeita clínica, podendo ser confirmado por exames de imagem. O tratamento é feito com antibioticoterapia, associada ou não a abordagem cirúrgica. Embora sua incidência ainda esteja muito associada a regiões tropicais, é um diagnóstico que deve ser pensado, dada sua potencial gravidade evolutiva. Dessa forma, este estudo buscou relatar um caso de piomiosite em paciente escolar internado em hospital municipal. O relato baseou-se em informações obtidas por meio de análise do prontuário médico e de evolução multidisciplinar, além de entrevista com o paciente e seu acompanhante, e revisão da literatura. Destaca-se a importância do pronto diagnóstico e estabelecimento precoce do tratamento, evidenciando a necessidade de conhecimento da afecção para estabelecimento tempestivo das medidas terapêuticas adequadas, evitando, assim, complicações potencialmente fatais.

**Palavras-chave:** Piomiosite, *Staphylococcus aureus*, Infecções estafilocócicas, Pediatria.

## ABSTRACT

*Pyomyositis is an acute and rare infectious disease that affects the muscle and can progress into abscesses. The main etiological agent is the bacterium *Staphylococcus aureus*. It mostly affects children and young adults, as those who are immunocompromised. The diagnosis requires clinical suspicion and can be confirmed by imaging tests. Treatment is with antibiotic therapy, whether or not associated with a surgical approach. Although its incidence is still largely associated with tropical regions, it should be more frequently considered in health contexts, given its potential lethality. Thus, this study sought to report a case of pyomyositis in a hospitalized school patient. The report was based on information obtained through analysis of the medical record and multidisciplinary evolution, added to interviews with the patient and their companion, and a literature review. The importance of early diagnosis and correct treatment is highlighted, so is the necessity of knowing the disease to establish proper therapeutic measures and avoid fatal complications.*

**Keywords:** Pyomyositis; *Staphylococcus aureus*; Staphylococcal Infections, Pediatrics

## 1 CONTEXTO

A piomiosite é uma infecção bacteriana aguda rara que afeta o músculo e evolui para abscessos intramusculares. Por não apresentar grande incidência epidemiológica, é um caso pouco reportado, principalmente em população pediátrica, embora seja de suma importância a instituição do diagnóstico precocemente, a fim de evitar complicações e desfechos desfavoráveis da doença. Quando pesquisado o termo indexador “piomiosite” nas plataformas de busca PubMed e Scielo, por exemplo, são encontrados apenas 4 e 18 resultados, respectivamente. Isso demonstra a pobreza de dados relatados a respeito dessa condição e concede, assim, relevância clínica e acadêmica ao caso aqui apresentado.

## 2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente, masculino, 10 anos, previamente hígido, natural da Bahia e residente em Volta Redonda, apresentou-se ao Pronto Socorro Infantil (PSI) com quadro de lombalgia associada a febre (38-39°C) com evolução de 7 dias. Foram realizados exames laboratoriais e de imagem sem alterações significativas, tendo sido liberado com prescrição de simeticona e anti-inflamatórios. Retornou após 2 dias com dor intensa (10/10 na Escala Visual Analógica - EVA), abaulamento em região lombar e acentuada restrição de mobilidade lombossacra, motivando internação com hipótese diagnóstica de piomiosite.

Ultrassonografia solicitada durante internação evidenciou coleção purulenta (62 x 28 mm) no músculo quadrado lombar direito. Instituiu-se antibioticoterapia empírica com oxacilina e solicitou-se avaliação da equipe de cirurgia pediátrica. No segundo dia de internação, realizou-se punção cirúrgica, identificando *Staphylococcus aureus* sensível a clindamicina e ceftriaxona, que foram incorporadas ao esquema terapêutico.

Após drenagem, o paciente apresentou redução da sintomatologia álgica e progressiva recuperação da mobilidade lombar. Durante sua internação, mãe acompanhante, após ser questionada inúmeras vezes por diferentes profissionais a respeito da história da doença, relatou que o pai se lembrou de um episódio de trauma na região em questão: 3 meses antes, paciente havia batido região lombossacral direita em quina de móvel devido a uma queda no quarto, sem repercussões clínicas imediatas.

No oitavo dia, a Ressonância Nuclear Magnética (RNM) corroborou o diagnóstico de piomiosite lombossacra, porém uma nova punção não revelou conteúdo purulento. O paciente manteve melhora contínua com antibioticoterapia venosa e controle álgico. Em nova ultrassonografia pré-alta, observou-se ausência de coleções residuais. Após 22 dias de internação e conclusão do tratamento antimicrobiano, o paciente recebeu alta hospitalar, assintomático.

## 3 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

O paciente iniciou tratamento empírico com oxacilina, anti-inflamatórios e analgésicos. No segundo dia, foi realizada drenagem cirúrgica por punção e conseqüente melhora clínica e laboratorial. Adicionaram-se ceftriaxona e clindamicina ao esquema. Uma nova tentativa de punção no centro cirúrgico não revelou conteúdo purulento, levando à decisão de prolongar a internação até a resolução completa do abscesso. Com base em reavaliações diárias, o paciente recebeu alta após 22 dias, totalmente recuperado e sem alterações à ultrassonografia.

## 4 DISCUSSÃO

A piomiosite primária, embora seja predominantemente causada pelo *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina, apresenta uma complexidade que exige um olhar crítico sobre seu diagnóstico e tratamento, especialmente diante da possibilidade de infecções por cepas resistentes. A escolha da oxacilina como antibiótico de primeira linha é amplamente validada pela literatura, mas, diante da crescente resistência antimicrobiana, deve-se avaliar cuidadosamente a presença de fatores de risco que possam sugerir uma infecção por *S. aureus* resistente à meticilina (MRSA) ou até mesmo por outras bactérias patogênicas, como o *Streptococcus pyogenes* e bacilos gram-negativos. Embora a abordagem terapêutica padrão inclua a oxacilina, outros antibióticos de amplo espectro, como vancomicina e clindamicina, são considerados em situações onde há suspeita de resistência. Estudos apontam que, em áreas com alta prevalência de MRSA, o uso de vancomicina pode ser uma alternativa prudente, ainda que sua escolha deva ser balanceada com os potenciais efeitos adversos e o risco de nefrotoxicidade.

Em técnicas diagnósticas, a ressonância magnética (RM) é indiscutivelmente o padrão-ouro para a identificação de piomiosite, dado seu nível de sensibilidade e especificidade em identificar infecções de tecidos moles. Contudo, a ultrassonografia se destaca como uma alternativa acessível e útil, principalmente em ambientes com recursos limitados ou quando o paciente apresenta contraindicações para RM. Estudos sugerem que o uso da ultrassonografia pode guiar intervenções iniciais e permitir uma avaliação rápida em casos em que o acesso à RM não é imediato.

Além do uso de antimicrobianos, o manejo da dor e a drenagem cirúrgica desempenham papéis críticos na recuperação do paciente. A drenagem, por exemplo, não só proporciona alívio da pressão local, reduzindo a dor e o risco de complicações, mas também permite a análise microbiológica do material coletado, facilitando uma terapia antibiótica direcionada. A dor, por sua vez, deve ser controlada com analgésicos e anti-inflamatórios não esteroidais, conforme relatado no caso em questão, garantindo o conforto do paciente e, assim, contribuindo para sua aderência ao tratamento.

Estas questões previamente citadas reforçam a importância de personalizar o cuidado ao paciente e manter uma avaliação contínua da resposta ao tratamento, adaptando a abordagem conforme a evolução clínica e laboratorial do caso.

## 5 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

1. Qual antimicrobiano é o mais adequado para cobrir *S. aureus* na piomiosite?

- a) Metronidazol
- b) Gentamicina
- c) Oxacilina
- d) Ciprofloxacina

**Resposta:** c) Oxacilina. Cobre gram-positivos como o *S. aureus*. As demais opções não são ideais para esse tipo de infecção.

2. Paciente de 5 anos apresenta fraqueza proximal, marcha oscilante e aumento das panturrilhas. Qual o diagnóstico mais provável?

- a) Distrofia Muscular de Duchenne
- b) Piomiosite Tropical
- c) Miosite pós-viral
- d) Dermatopolimiosite

**Resposta:** b) Piomiosite Tropical. Infecção purulenta do músculo esquelético por disseminação hematogênica.

3. Qual achado característico da piomiosite na ressonância magnética?

**Resposta:** Coleção intramuscular indicando abscesso.

## REFERÊNCIAS

- BADDOUR, L. M.; KEERASUNTORN PONG, A. Primary pyomyositis. Uptodate, 2023. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/primary-pyomyositis?search=piomiosite&source=search\\_result&selectedTitle=1~44&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/primary-pyomyositis?search=piomiosite&source=search_result&selectedTitle=1~44&usage_type=default&display_rank=1). Acesso em: 27 nov. 2023.
- BLAY, G. et al. Pyomyositis in childhood-systemic lupus erythematosus. Revista Brasileira de Reumatologia, v. 56, n. 1, p. 79-81, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2014.04.005>. Acesso em: 21 nov. 2023.
- NGOR, C.; HALL, L.; DEAN, J. A.; GILKS, C. F. Factors associated with pyomyositis: A systematic review and meta-analysis. Tropical Medicine & International Health, v. 26, n. 10, p. 1210-1219, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/tmi.13669>. Acesso em: 21 nov. 2023.
- PONE, M. V. S.; MOURA, T. Piomiosite bacteriana. Revista de Pediatria SOPERJ, v. 10, n. 2, p. 20-21, 2009. Disponível em: [http://revistadepediatriasoperj.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=579](http://revistadepediatriasoperj.org.br/detalhe_artigo.asp?id=579). Acesso em: 21 nov. 2023.
- SHITTU, A. et al. Tropical pyomyositis: an update. Tropical Medicine & International Health, v. 25, n. 6, p. 660-665, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/tmi.13395>. Acesso em: 21 nov. 2023.
- VIEIRA, L. F. et al. Diagnóstico, evolução e tratamento de paciente com piomiosite. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, v. 38, n. 1, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2177-1235.2023RBCP0659-PT>. Acesso em: 21 nov. 2023.