

Trabalhos Científicos

Título: Piomiosite Tropical Grave Causada Por Staphylococcus Aureus Produtor De Leucocidina De Panton-Valentine (Pvl): Um Relato De Caso

Autores: LARISSA VERÇOSA TRAMONTINA (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), MARIANA CURTO PASIN (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), GUILHERME BENATTI ROSA (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN), SAULO BRASIL DO COUTO (HOSPITAL MUNICIPAL DA VILA SANTA CATARINA), RAFAEL YANES RODRIGUES DA SILVA (HOSPITAL MUNICIPAL DA VILA SANTA CATARINA), LUIS FELIPE BATISTA HIAR (HOSPITAL MUNICIPAL DA VILA SANTA CATARINA), GABRIEL FRIZZO RAMOS (HOSPITAL MUNICIPAL DA VILA SANTA CATARINA), LUISA ZAGNE BRAZ (HOSPITAL MUNICIPAL DA VILA SANTA CATARINA), ALBERT BOUSSO (HOSPITAL MUNICIPAL DA VILA SANTA CATARINA)

Resumo: A piomiosite tropical é uma infecção potencialmente grave, com alto risco de complicações e mortalidade. Apresentamos o caso de uma criança proveniente da comunidade com piomiosite tropical por *S. aureus* resistente a oxacilina (CA-MRSA) e produtor de Leucocidina de Panton-Valentine (PVL), que evoluiu com infecção de tecidos profundos, pneumonia necrotizante extensa e osteomielite. Sexo feminino, dois anos de idade, sem comorbidades ou internações prévias, com quadro de febre, dor e edema em coxa direita há cinco dias, que evoluiu com desconforto respiratório. Admitida em choque séptico. Apresentava edema endurecido em coxa direita, escoriações difusas com crostas hemáticas em face, dorso e membros inferiores. Ausculta pulmonar com crepitações em hemitórax direito. Radiografia de tórax mostrou consolidação e derrame pleural à direita, realizada drenagem com saída de conteúdo purulento. Tomografia Computadorizada da coxa direita mostrou extensa coleção de 294 ml e reação periosteal e cortical na diáfise proximal e média do fêmur, caracterizando osteomielite. Foi submetida à punção guiada por USG da coxa com drenagem de 100 ml de líquido purulento e posteriormente, abordagem cirúrgica. Iniciado tratamento empírico com Ceftriaxona, Vancomicina e Metronidazol. As culturas de sangue e dos líquidos drenados identificaram *S. aureus* MRSA e PVL positiva. A antibioticoterapia foi modificada para Clindamicina e Linezolida. Apresentou melhora clínica, hemodinâmica e laboratorial após 3 semanas de tratamento. A piomiosite tropical pode se manifestar de forma subaguda ou evoluir para quadro difuso com formação de abscessos e mionecrose progressiva. Pode ocorrer em pacientes imunocompetentes com ruptura da integridade da pele. A doença é classificada em três estágios, sendo que este caso caracteriza o estágio 3 ou tardio, com toxemia e sepse. Aproximadamente 85-95% dos casos são atribuídos à infecção por *Staphylococcus aureus*. As cepas produtoras de PVL estão frequentemente implicadas em casos graves que afetam tecidos profundos, com elevada morbimortalidade. Nestas situações recomenda-se a associação de fármaco bactericida com bacteriostático, para bloqueio da síntese de toxinas. No caso apresentado, haviam escoriações pelo corpo, possíveis portas de entrada da infecção e provável causa da bacteremia por CA-MRSA produtor de PVL, com evolução para infecção grave, piomiosite tropical estágio 3, pneumonia necrotizante e osteomielite. Conclusão: O tratamento da piomiosite tropical baseia-se na antibioticoterapia prolongada e na abordagem cirúrgica em caso de abscesso ou infecção músculo-esquelética. Apesar do tratamento agressivo, a mortalidade ainda varia de 0,5% a 2%. Este caso destaca a importância da identificação da toxina PVL para prescrição antibiótica adequada.