

CAPÍTULO 4

ABORDAGENS FISIOTERAPÊUTICAS NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO DE OSTEOMIELITE EM MEMBRO INFERIOR ASSOCIADO A PIOMIOSITE TROPICAL: RELATO DE CASO



<https://doi.org/10.22533/at.ed.005112518034>

Data de aceite: 26/05/2025

Meyrian Luana Teles de Sousa Luz Soares

Doutora em Saúde da criança e do adolescente, Hospital Otávio de Freitas, Recife, PE

Fagner Thawam Bezerra da Silva

Graduando em Fisioterapia, Centro Universitário Maurício de Nassau, Recife, PE

Bárbara Nogueira Duarte Brito

Graduando em Fisioterapia, Centro Universitário Maurício de Nassau, Recife, PE

Pâmela Cristina Gurjão da Silva

Médica Residente em Ortopedia, Hospital Otávio de Freitas, Recife, PE

Lucas Sued Azevedo Santos

Médico Residente em Ortopedia, Hospital Otávio de Freitas, Recife, PE

Tale Lucas Vieira Rolim

Médico Ortopedista, Hospital Otávio de Freitas, Recife, PE

RESUMO: **Introdução.** A piomiosite tropical é uma entidade aguda infecciosa da musculatura esquelética, com elevado

potencial de cronicidade, com potencial de acometer o indivíduo de forma sistêmica. A fisioterapia intervém desde o pré operatório até a alta hospitalar, promovendo o retorno funcional e a retomada dos marcos funcionais de sedestação, ortostatismo e deambulação. **Objetivo.** Analisar a aplicação de um protocolo fisioterapêuticos no pré e pós operatório de osteomielite em membro inferior associada a piomiosite tropical em um hospital de referência do Recife. **Método.** Foi realizado um estudo quantitativo, do tipo antes e depois, cuja amostra foi composta por indivíduo de ambos os性os, internado na enfermaria de trauma do Hospital Otávio de Freitas. Entre os critérios de elegibilidade, foi incluído por apresentar diagnóstico clínico e/ou complementar de piomiosite tropical e osteomielite em membro inferior confirmada através do exame de imagem, sendo excluídos por apresentar déficit cognitivo identificado através do miniexame do estado mental, que não permitisse atender os comandos solicitados, refratura no mesmo segmento ou realizar algum tipo de tratamento adjuvante, exceto a fisioterapia.

Foi submetido a protocolo fisioterapêutico nas fases pré e pós hospitalar. **Resultados.** Indivíduo, sexo feminino, 11 anos, 26kg,

1,49m, apresentou diagnóstico de piomiosite tropical associada a múltiplos abscessos, evoluindo para osteomielite crônica em fêmur distal. Após abordagem cirúrgica, realizou intervenções fisioterapêuticas para controle álgico, regressão de edema e recuperação da mobilidade e força muscular, bem como retomada dos marcos funcionais de transferências.

Conclusão. A fisioterapia intervém desde o pré operatório até a alta hospitalar, promovendo o retorno funcional e a retomada dos marcos funcionais de sedestação, ortostatismo e deambulação. A ausência de protocolos validados bem como a escassez da literatura parecem ser um bom ponto de partida para novas pesquisas.

PALAVRAS-CHAVES: Piomiosite; Infecções estafilocócicas, *Staphylococcus aureus*; Músculo esquelético, Modalidades de Fisioterapia

PHYSIOTHERAPEUTIC APPROACHES IN THE PRE- AND POST-OPERATIVE PERIOD OF OSTEOMYELITIS IN THE LOWER LIMB ASSOCIATED WITH TROPICAL PYOMYOSITIS: CASE REPORT

ABSTRACT: **Introduction.** Tropical pyomyositis is an acute infectious entity of the skeletal muscles, with a high potential for chronicity, with the potential to affect the individual systemically. Physiotherapy intervenes from the pre-operative period until hospital discharge, promoting functional return and resumption of the functional milestones of sitting, standing and walking. **Objective.** To analyze the application of a physiotherapeutic protocol in the pre and postoperative period of osteomyelitis in the lower limb associated with tropical pyomyositis in a reference hospital in Recife. **Method.** A quantitative, before-and-after study was carried out, the sample of which was composed of individuals of both sexes, admitted to the trauma ward of Hospital Otávio de Freitas. Among the eligibility criteria, they were included because they presented a clinical and/or complementary diagnosis of tropical pyomyositis and osteomyelitis in the lower limb confirmed through imaging examination, and were excluded because they presented a cognitive deficit identified through the mini-mental state examination, which did not allow them to follow the requested commands, refracture in the same segment or undergo some type of adjuvant treatment, except physiotherapy. He underwent a physiotherapeutic protocol in the pre- and post-hospital phases. **Results.** Individual, female, 11 years old, 26kg, 1.49m tall, was diagnosed with tropical pyomyositis associated with multiple abscesses, progressing to chronic osteomyelitis in the distal femur. After a surgical approach, physiotherapeutic interventions were performed to control pain, regression of edema and recovery of mobility and muscle strength, as well as resumption of functional transfer milestones. **Conclusion.** Physiotherapy intervenes from the pre-operative period until hospital discharge, promoting functional return and resumption of the functional milestones of sitting, standing and walking. The absence of validated protocols as well as the scarcity of literature seem to be a good starting point for new research.

KEYWORDS: Pyomyositis, Staphylococcal infections, *Staphylococcus aureus*, Muscle skeletal, Physiotherapy modalities.

INTRODUÇÃO

A piomiosite tropical (PMT) é definida como uma infecção aguda primária da musculatura esquelética, tendo como principal agente etiológico o *Staphylococcus aureus*. Também chamada de miosite infecciosa, miosite bacteriana ou miosite supurativa, é considerada uma morbidade com maior incidência em países de clima tropical, contudo tem sido relatada com frequência em regiões de clima temperado¹. Epidemiologicamente, o sexo masculino é mais prevalente, numa relação de predominância de 2:1, nas duas primeiras décadas de vida².

Com etiologia multifatorial, está associada a condições clínicas que levam à imunossupressão, tais como a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, a diabetes mellitus, a utilização de fármacos imunossupressores e as doenças reumáticas prévias, como o lúpus eritematoso sistêmico (LES) e a artrite idiopática juvenil (AIJ)². A inespecificidade inicial dos sintomas leva ao retardo ou a presença de falsos negativos².

O diagnóstico é essencialmente clínico; A utilização de exames de baixa sensibilidade e especificidade no diagnóstico inicial pode contribuir com o atraso desse rastreio. A ressonância nuclear magnética (RNM) é considerada o exame padrão ouro, em relação à maior sensibilidade na identificação do dano muscular³. Outros métodos como a radiografia (RX), que identifica apenas o aumento de partes moles, a ultrassonografia (USG), na qual observa-se a hiperecogenicidade associada a áreas de edema e necrose, bem como a tomografia axial computadorizada (TAC), a qual delimita zonas de edema muscular e coleções fluidas⁴. A associação com a realização de hemoculturas e/ou culturas de material drenado deve nortear o diagnóstico precoce, contribuindo para a prevenção de morbidades potencialmente fatais⁵.

A PMT pode correlacionar-se em três estágios⁵. O primeiro, que corresponde a fase de invasão bacteriana, está associado a sinais e sintomas como febre baixa, anorexia, dor localizada, edema e limitação de mobilidade; O segundo, denominado como fase supurativa, apresenta múltiplos abscessos em diferentes locais, com exacerbção dos sinais flogísticos e febre alta^{6,7}. Na ausência de conclusão diagnóstica, evolui para a fase séptica (ou terceiro estágio), com disseminação sistêmica da infecção e fragilidade do tecido ósseo e osteomielite⁷.

Entre os métodos terapêuticos empregados, a antibioticoterapia é a primeira escolha, sendo mais eficaz junto ao diagnóstico inicial precoce⁸. Em sua fase tardia, a drenagem é aberta com cobertura antibiótica ampla, bem como a possibilidade de desbridamento cirúrgico agressivo e utilização de fixação externa, em casos de risco de fraturas patológicas⁹. A fisioterapia atua desde o pré operatório, realizando anamnese minuciosa, bem como avaliação de valências como a amplitude de movimento, força muscular e propriocepção, bem como no pós operatório imediato e tardio, utilizando medidas para o controle álgico e inflamatório e recuperação de marcos funcionais como sedestação beira leito, ortostatismo e deambulação¹⁰.

Este estudo teve como objetivo analisar a aplicação de um protocolo fisioterapêuticos no pré e pós operatório de osteomielite em membro inferior associada a piomiosite tropical em um hospital de referência do Recife.

MÉTODO

Foi realizado um estudo quantitativo, do tipo antes e depois, após aprovação do comitê de ética em Pesquisa do Hospital Otávio de Freitas, com nº de CAAE: 86896425.0.0000.5200. A amostra foi composta por indivíduo de ambos os sexos, na faixa etária entre 10 a 15 anos, internado na enfermaria de trauma pediátrico do referido hospital.

De acordo com os critérios de elegibilidade, foi incluído por apresentar diagnóstico clínico e/ou complementar de piomiosite tropical e osteomielite em membro inferior confirmada através do exame de imagem. Entre os critérios de exclusão, apresentou déficit cognitivo identificado através do miniexame do estado mental, que não permitisse atender os comandos solicitados, refratura no mesmo segmento ou realizar algum tipo de tratamento adjuvante, exceto a fisioterapia.

Após assinatura do termo de concordância, foi submetido a avaliação clínica inicial, para coleta de dados antropométricos e sociodemográficos. Na avaliação fisioterapêutica do pré operatório, foi realizada anamnese minuciosa para coleta das queixas principais, história da doença atual, bem como antecedentes pessoais e familiares. Durante o exame físico, foi realizada inspeção, com avaliação postural através da fotogrametria, utilizando posicionamentos anterior, perfil e posterior.

A quantificação da dor foi realizada através da utilização da escala visual analógica (EVA), sendo aplicada no pré e pós operatório. Para avaliação da mobilidade articular, foi utilizado o goniômetro da marca Kadoshi digital, sendo empregado na articulação alvo e em suas articulações adjacentes no mesmo segmento, sendo realizada de forma bilateral. Para avaliação da força muscular foi utilizada a escala de Kendall, estratificando-se de 0 a 5, sendo 0 a ausência de força e 5 a força máxima contra resistência externa; A avaliação da força, assim como a goniometria, também foi realizada bilateralmente.

O protocolo de exercícios utilizado faz parte da rotina do serviço do referido hospital. Durante a fase do pré operatório, são utilizadas condutas como ajustes de posicionamento do membro afetado, mobilização em articulações livres do membro afetado, cinesioterapia ativa e resistida em membro contralateral e membros superiores, bem como treino de transferências e mudanças de decúbito e realizadas as orientações do pós operatório. Todas as condutas realizadas em 3 séries de 10 a 12 repetições, ou conforme tolerância do indivíduo, para treino de mobilidade e 6 a 8 repetições para treinos resistidos.

Após a realização do procedimento cirúrgico, no pós operatório imediato, foi realizada a vigilância do membro afetado, bem como realizado posicionamento adequado, mobilização em articulações livres do membro afetado conforme tolerado e treino de mobilidade no leito.

Após realização do exame radiográfico controle, foi iniciada a cinesioterapia ativo-assistida em membro afetado, cinesioterapia ativa em membro contralateral e membros superiores e treinamento dos marcos funcionais de sedestação, ortostatismo e deambulação assistida, seguindo a prescrição anterior, exceto para os treinos dos marcos funcionais. Os dados foram coletados e expostos em tabelas e gráficos do Microsoft Excel 2010, com análise das variáveis quantitativas através de medidas de tendência central e proporção, sendo consideradas significativas quando $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

RELATO DE CASO

Indivíduo, sexo feminino, 11 anos, 26kg, 1,49m, admitida no serviço em dezembro de 2024 com quadro de febre e dor no corpo generalizada, com piora progressiva. Foi mantida em vigilância clínica, com presença de coleção em membros inferiores e região dorsal, tendo iniciado a antibioticoterapia. Menor com hemoglobina de 8,6, leucocitose de 31.600 e proteína C reativa acima de 9. Realizou em 7 de dezembro a drenagem de abscesso em coxa direita, com coleta de material para cultura. Menor seguiu apresentando quadro álgico importante (EVA: 9/10), com persistência de febre, apresentando novos abscessos em região de joelho esquerdo e infraclavicular direita, porém sem flogose e sem necessidade de novas drenagens.

Com solicitação da avaliação da fisioterapia motora, apresentava-se inicialmente com queixas álgicas significativas em membro inferior direito, edema +2/+4 em região de fêmur distal, com posicionamento vicioso de quadril em flexão, abdução e rotação externa e joelho em flexão, com alterações posturais compensatórias, sem queixas em membro contralateral e membros superiores. Permaneceu na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) de 7 de dezembro a 17 de dezembro, com vigilância clínica rigorosa após identificação de queixas sistêmicas e necessidade de realização de hemotransfusão (HTF).

Seguiu com acompanhamento de equipe multiprofissional, mantendo quadro de leucocitose e proteína C reativa elevada. Durante esse período, seguiu em realização de ajustes de posicionamento, mobilização em articulações livres em membro inferior direito, exercícios resistidos em membro inferior esquerdo e membros superiores, exercícios ativo-assistidos em membro inferior direito e orientações de sedestação beira leito para ativação de quadríceps; Foi realizada estimulação a ortostase e treino de marcha com dispositivo auxiliar e carga zero em membro inferior direito. Após longo período de internamento, com tratamento combinado de antibioticoterapia endovenosa por 32 dias, recebeu alta hospitalar em janeiro de 2025.

Foi readmitida no serviço em 24 de abril de 2025 com quadro clínico de dor em membro inferior direito, associado a edema e saída de secreção em região de lateral distal de coxa direita há cerca de 05 dias da admissão, com relato de febre não aferida por parte

da genitora. Ao exame físico, menor apresentava cicatriz em face lateral de coxa direita com saída de secreção serosa, hipotrofia do quadríceps direito (provavelmente associada a limitação de movimento em membro inferior direito causada por quadro álgico), com déficit de extensão do joelho direito (em torno de 30°), além de apresentar dor ao estiramento passivo do membro acometido.

Foi evidenciada, à admissão, alterações significativas dos exames laboratoriais, com uma leucocitose de 29.700 e proteína C reativa de 201.2. A ultrassonografia da coxa direita realizada mostrou pequeno derrame articular, com distensão do recesso suprapatelar, apresentando espessura de aproximadamente 0,7 cm, com ecos e materiais de permeio (conteúdo espesso). Associa-se espessamento sinovial, com fluxo ao estudo *doppler* colorido de permeio, inferindo sinovite associada. Na radiografia do fêmur, podia-se observar área de sequestro ósseo em região distal.

Na avaliação fisioterapêutica inicial, queixava-se de dor apenas ao manuseio, com redução de mobilidade em membro inferior direito, fraqueza muscular em quadríceps, ísquios Tibiais e tríceps sural, com posicionamento do quadril em flexão, abdução e rotação externa e joelho em flexão; Menor realiza ortostase, porém com descarga de peso parcial, e deambula sem uso do dispositivo auxiliar, porém com claudicação. Durante a fase pré operatória, foram realizadas condutas de ajustes de posicionamento, mobilização em articulações livres em membro inferior direito, exercícios resistidos em membro contralateral e membros superiores, bem como treino de mobilidade no leito e orientações do pós operatório imediato.

A menor foi submetida, em um primeiro momento, a tratamento cirúrgico do abscesso em coxa direita, com saída de moderada quantidade de conteúdo purulento, foi realizada punção articular do joelho direito, sem saída de secreção purulenta, descartando uma possível artrite séptica associada. Posteriormente, ela foi submetida a tratamento cirúrgico de osteomielite crônica, associada a aposição de fixador externo circular do tipo ilizarov. O fragmento ósseo retirado foi enviado para cultura, com resultado positivo para *Staphylococcus aureus*. Após o procedimento, a menor seguiu internada com antibioticoterapia endovenosa guiada por cultura. No pós operatório imediato, foi realizado o ajuste de posicionamento, com mobilização em articulações livres distais em membro inferior direito e, após ajuste da analgesia, o reinício dos exercícios ativos em membro acometido. Foram mantidos e realizados de forma progressiva os exercícios ativo-resistidos em membro contralateral e membros superiores. No 3º dia de pós operatório, foi realizada sedestação beira leito e no 4º dia de pós operatório foi realizada a ortostatse, com descarga de peso em membro afetado, e treino de marcha com o dispositivo auxiliar. Teve alta em 15 de maio de 2025 com melhora clínica e laboratorial (leucocitose de 8620 e proteína C reativa de 3.9), seguindo com o tratamento com antibioticoterapia oral e acompanhamento multidisciplinar.

DISCUSSÃO

A piomiosite , também referida como piomiosite tropical, se trata de uma infecção da musculatura esquelética, comumente, bacteriana, que pode resultar na formação de abscessos⁹. O caso clínico retratado, inclusive, se refere a uma paciente que iniciou com uma história de formação de abscesso em região distal lateral da coxa direita, que evoluiu com saída de secreção e apresentação de sintomas sistêmicos.

Essa afecção é uma entidade comum em áreas tropicais. Por isso, também é referida como piomiosite tropical. Porém, a incidência em países temperados parece estar aumentando, com taxa de hospitalização de 3,3/10.000 e pode estar relacionada ao surgimento de CA-MRSA⁹. A piomiosite pode se apresentar em 3 estágios: inflamação primária prodrômica do músculo, seguida por formação de abscesso, caracterizando “piomiosite”, potencialmente com progressão para manifestações sistêmicas e sepse, se não tratada¹¹.

Acredita-se que a lesão muscular prévia por trauma ou exercício intenso seriam fatores predisponentes para o desenvolvimento de piomiosite. A piomiosite secundária ocorre a partir de infecções adjacentes, como celulite, osteomielite, abscesso renal⁹. No que se refere ao caso da paciente em questão, foi evidenciado o acometimento de osteomielite de fêmur esquerdo, corroborado por exames de imagem e laboratoriais, além da apresentação clínica da paciente, associado ao quadro de piomiosite.

As manifestações clínicas dependem da localização e estágio de evolução em que é detectada, desde dor muscular, com ou sem impotência funcional e febre, até o estado séptico. A lesão geralmente é dolorosa à palpação, mas eritema e edema cutâneo são raros, exceto quando há envolvimento do tecido celular subcutâneo. Pode envolver qualquer músculo ou grupo muscular, embora esteja predominantemente localizado nos membros inferiores e cintura pélvica, podendo ser multifocal em até 40% dos casos⁹.

Pacientes com piomiosite associada a artrite séptica ou osteomielite apresentam níveis mais elevados de marcadores inflamatórios do que pacientes com piomiosite ou miosite bacteriana¹¹. O diagnóstico pode ser tardio, levando às complicações distróficas que são principalmente musculoesqueléticas¹⁰. No caso em questão, a paciente ao ser admitida no nosso serviço apresentava quadro de dor muscular em coxa direita com piora ao estiramento passivo do membro inferior acometida, associado a edema e saída de secreção, além de febre . Apresentava também hipotrofia do quadríceps direito devido a limitação do movimento, causada pela dor, e déficit de flexão do joelho direito em torno de 30 graus. Os exames laboratoriais iniciais evidenciaram uma leucocitose de 29700 e proteína C reativa de 201.2.

O agente etiológico mais frequentemente isolado é o *S. aureus*, com frequência de 95% em climas tropicais e 70% em climas temperados, independentemente do estado imunológico do paciente. *Streptococcus pyogenes* é descrito como o segundo agente

causador . Em pacientes com comprometimento imunológico, *Escherichia coli*, *Yersinia enterocolitica*, *Klebsiella* spp, *Salmonella* spp, espécies anaeróbias estritas, fungos ou micobactérias podem ser isoladas⁹.

Como o diagnóstico de piomiosite com base em fundamentos clínicos é desafiador, a imagem tem um papel importante no estabelecimento do diagnóstico e sua distinção de diagnósticos diferenciais, como miosite bacteriana¹¹. A ressonância magnética é considerada o melhor método para o diagnóstico precoce, pois é capaz de detectar pequenas alterações inflamatórias em tecidos moles, além de auxiliar no diagnóstico diferencial com outras patologias⁹. No entanto, a ultrassonografia e a radiografia são mais facilmente acessíveis e, portanto, podem ser usadas como triagem primária¹¹.

O diagnóstico precoce e o tratamento imediato com antibióticos têm sido sugeridos como fatores cruciais que influenciam o resultado favorável, resultando em recuperação completa sem complicações¹¹.

A formação de um abscesso requer drenagem e desbridamento adequados dos tecidos afetados, o que é essencial para alcançar o sucesso terapêutico . Pode ser através de drenagem percutânea guiada por ultrassom ou TAC⁹. Nossa paciente foi submetida a drenagem cirúrgica do abscesso, associado a realização de antibioticoterapia. Evoluiu, posteriormente, com quadro de osteomielite crônica em que foi visualizado o acometimento ósseo, com presença de sequestro em parte lateral e distal de fêmur direito.

A osteomielite crônica é uma condição desafiadora, especialmente nos casos associados a deformidades, perda óssea extensa ou encurtamento do membro¹³. Além do tratamento de reabilitação e antibioticoterapia adequada, é necessário lançar mão da estabilização óssea através de dispositivos, como o fixador externo circular *Ilizarov*. Este permite a estabilização óssea rígida e a possibilidade de correção dessas deformidades¹³.

O método de Ilizarov é altamente eficaz para o tratamento da osteomielite crônica em crianças, principalmente quando há perda significativa óssea, permitindo erradicação da infecção, recuperação da continuidade óssea e preservação funcional do membro afetado¹². A paciente em questão realizou uma nova abordagem para aposição de fixador ilizarov, em que na ocasião foi visualizada extensa área de sequestro ósseo, sendo realizada a ressecção e desbridamento cirúrgico, em região distal e lateral, na parte óssea acometida. O fragmento ósseo retirado foi enviado para cultura, com resultado positivo para presença de *Staphylococcus aureus*, compatível com os estudos epidemiológicos nessa área que evidenciam essa bactéria como principal agente etiológico dessa afecção¹³.

A abordagem multidisciplinar torna-se, assim, de fundamental importância. O processo fisioterapêutico nesse momento torna-se essencial para adaptação da paciente e acomodação do fixador externo *Ilizarov*. Entre os principais objetivos fisioterapêuticos frente ao indivíduo com PMT está o controle álgico, a regressão do edema, a recuperação da mobilidade articular, o fortalecimento da musculatura e a retomada das atividades de vida diária, social e recreativa. Entre os recursos mais utilizados, a terapia manual e a cinesioterapia estão associadas aos ganhos funcionais mais precoces¹⁴.

A utilização da eletrotermofototerapia é controversa. O ultrassom terapêutico, no modo pulsátil, utiliza efeitos mecânicos que podem ser benéficos para regressão do edema e do quadro inflamatório inicial, porém não tem eficácia comprovada na fase crônica. A neuroestimulação elétrica transcutânea pode ser utilizada para analgesia; O ajuste de variáveis como intensidade, largura de pulso e tempo de aplicação permitem o menor consumo de fármacos analgésicos no pós operatório imediato e primeiro dia de pós operatório¹⁵.

As mobilizações articulares do método Maitland são utilizadas no pré operatório, nos graus I e II, cujo objetivo é aumentar o espaço articular, contribuindo para melhora do quadro álgico. As mobilizações graus III e IV são utilizadas para melhorar a rigidez articular e recuperação da mobilidade, sendo mais empregadas a partir do segundo dia de pós operatório, respeitando as condições clínicas do paciente. É importante ressaltar a necessidade de mobilizar o segmento afetado, bem como as articulações adjacentes. No caso em questão, foram realizadas as mobilizações de flexão, extensão, abdução, adução e rotações em quadril bem como flexo-extensão em joelho e dorsiflexão, flexão plantar, eversão e inversão de tornozelo¹⁶.

A cinesioterapia é também recurso utilizado desde o período pré operatório. Os exercícios passivos e ativo-assistidos permitem a manutenção do trofismo muscular bem como a manutenção da mobilidade articular; O membro contralateral é submetido a exercícios resistidos, para garantir a descarga de peso e a não existência de queixas álgicas, uma vez que esse membro está, temporariamente, em sobrecarga mecânica. Exercícios de ativação do core auxiliam na recuperação do controle do tronco bem como no treino de marcha, assim como os exercícios ativos e resistidos nos membros superiores auxiliam na melhora da mobilidade no leito, nas trocas de decúbito, na transição dos ganhos funcionais de sedestação e ortostatismo como também na condução do dispositivo auxiliar de marcha¹⁷.

Entre as principais limitações desse estudo temos a ausência de protocolos fisioterapêuticos validados, a falta de estudos randomizados, com amostras maiores, bem como uma escassez da literatura sobre o tema.

CONCLUSÃO

A piomiosite tropical é uma entidade aguda infecciosa da musculatura esquelética, com elevado potencial de cronicidade, com potencial de acometer o indivíduo de forma sistêmica. A fisioterapia intervém desde o pré operatório até a alta hospitalar, promovendo o retorno funcional e a retomada dos marcos funcionais de sedestação, ortostatismo e deambulação. A ausência de protocolos validados bem como a escassez da literatura parecem ser um bom ponto de partida para novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

1. Ngor C, Hall L, Dean JA, Gilks CF. Factors associated with pyomyositis: A systematic review and meta-analysis. *Trop Med Int Health.* 2021;26(10):1210-9.
2. Gonçalves AO, Fernandes NC. Piomiosite tropical. *An Bras Dermatol.* 2005;80(4):413-4.
3. Konnur N, Boris JD, Nield LS, Ogershok P. Non-tropical pyomyositis in pediatric and adult patients. *W V Med J.* 2007;103(4):22-3.
4. Martínez-de Jesus FR, Mendiola-Segura I. Clinical stage, age and treatment in tropical pyomyositis: a retrospective study including forty cases. *Arch Med Res.* 1996;27(2):165-70.
5. Yu CW, Hsiao JK, Hsu CY, Shih TT. Bacterial pyomyositis: MRI and clinical correlation. *Magn Reson Imaging.* 2004;22(9):1233-41.
6. Sadarangani S, Jibawi S, Flynn T, Melgar TA. Primary pyomyositis: experience over 9 years in temperate Michigan. *Infect Dis Clin Pract.* 2013;21(2):114-22.
7. Barros AAG, Soares CBG, Temponi EF, Barbosa VAK, Teixeira LEM, Grammatopoulos G. Piomiosite do piriforme em um paciente com doença de Kikuchi-Fujimoto - relato de caso e revisão da literatura. *Rev Bras Ortop.* 2019;54(2):214-8.
8. Shittu A, Deinhardt-Emmer S, Vas Nunes J, Niemann S, Grobusch MP, Schaumburg F. Tropical pyomyositis: an update. *Trop Med Int Health.* 2020;25(6):660-666
9. PANNUNZIO, M. Eugenia et al . Pediatric pyomyositis: Experience in a Pediatric Reference Center in Argentina. *Rev. chil. infectol.*, 2019; 36(3): 371-375
10. M.M. Elzohairy, Primary pyomyositis in children, Orthopaedics & Traumatology: **Surgery & Research**, 2018; 3(104): 397-403Volume 104
11. Weber S, Schlaeppi C, Barbey F, Buettcher M, Deubzer B, Duppenthaler A, Jaboyedoff M, Kahlert C, Kottanattu L, Relly C, Wagner N, Zimmermann P, Heininger U. Clinical Characteristics and Management of Children and Adolescents Hospitalized With Pyomyositis. *Pediatr Infect Dis J.* 2024 1;43(9):831-840
12. KUCUKKAYA, M.; KABUKCUOGLU, Y.; TEZER, M.; KUZGUN, U. Management of childhood chronic tibial osteomyelitis with the Ilizarov method. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 2002; 22(5): 632-637
13. KUMAR, A. et al. Treatment of chronic osteomyelitis in children by Ilizarov technique. *MedCrave Online Journal of Orthopaedics & Rheumatology*, 2015; 3(1): 123-125
14. Patel SR, Olenginski TP, Perruquet JL, Harrington TM. Pyomyositis: clinical features and predisposing conditions. *J Rheumatol* 2017; 24(9):1734-8.
15. Scharschmidt TJ, Weiner SD, Myers JP. Bacterial pyomiosytis. *Curr Infect Dis Rep* 2020; 6(5):393-6
16. Azevedo PS, Matsui M, Matsubara LS et al. Piomiosite tropical: apresentações atípicas. *Rev Soc Bras Med Trop* 2021; 37(3):273-8
17. Ejnisman B, Sayum Filho J, Andreolli CV, Monteiro GC, Pochini AC, Cohen M. Piomiosite multifocal em atleta: relato de caso. *Rev Bras Ortop* 2020; 42(5):157-60