
RELATO DE CASO

Derrame articular e infarto muscular difuso em um paciente diabético

Aleandro Arturo Lenzi da Silveira¹, Alexandre Hohl², Júlia Michels³, Mariana Selbach Selbach⁴, Marisa Helena César Coral⁵, Tanise Balvedi Damas³

Resumo

Introdução: O infarto muscular do diabético ocorre, frequentemente, associado à nefropatia, neuropatia e retinopatia. Apresenta-se com dor e edema súbito, em geral na coxa. O diagnóstico é feito pela associação do quadro clínico à ressonância magnética (RNM). Apesar de complicação rara associada ao diabetes mellitus (DM), possui importância clínica, ao fazer diagnóstico diferencial com várias doenças como: piomiosite, trombose venosa profunda, fascíte necrotizante, tumores, hematoma e distensão muscular.

Caso Clínico: J.O, masculino, negro, 52 anos, sabidamente diabético e hipertenso, chega ao Serviço de Emergência do HU-UFSC queixando-se de dor progressiva e edema de coxa direita há 10 dias. Ecografia de coxa evidenciou aumento da ecogenicidade muscular anterior e medial, com disposição linear de líquido entre os músculos e com associação de derrame articular em joelho direito. A ressonância magnética mostrou aumento do sinal global em ambas as coxas, principalmente em quadríceps direito. Havia presença de líquido subfacial envolvendo os músculos dos quadríceps femoral e

sartórios. Essas alterações sugeriam isquemia muscular difusa de coxas, notando-se área de necrose, por infarto muscular no vasto medial direito. Foi feito um curso de sete dias de antibioticoterapia empírica associada à analgesia e repouso, resultando na melhora da dor.

Conclusão: Apesar do acometimento atípico muscular difuso, bilateral e derrame articular associado, o diagnóstico de infarto muscular foi confirmado pelo quadro clínico e imagem. O tratamento baseado em repouso, analgesia e controle do DM, indicado pela literatura, foi eficaz.

Descritores: 1. Diabetes Mellitus;
2. Infarto;
3. Músculo esquelético.

Abstract

Introduction: Diabetic muscular infarction occurs, usually, in conjunction with nephropathy, neuropathy and retinopathy. It presents with acute pain and edema, mostly in the thigh. Diagnosis is made by clinical findings associated to magnetic resonance imaging patterns. Although it is a rare complication associated with diabetes mellitus (DM), it carries a high clinical relevance, being a differential diagnosis with pyomyositis, deep venous thrombosis, necrotizing fasciitis, tumors, hematoma and muscular distensions.

Clinical Case: J.O., male, african-descendant, 52 years old, previously known to be diabetic and having hypertension, came to the emergency department of HU-

1- Médico residente de Medicina Intensiva pelo Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da UFSC (HU-UFSC).
2- Mestre em Neurociências pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professor de Endocrinologia - departamento de Clínica Médica da UFSC.
3- Médica Endocrinologista.
4- Médica especialista em Clínica Médica.
5- Mestre em Medicina (Endocrinologia) pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Professora adjunto IV de Endocrinologia - departamento de Clínica Médica da Universidade Federal de Santa Catarina.

UFSC within 10 days of the start of progressive pain and edema in the right thigh. The leg ultrasonography highlighted increased anterior and medial muscular echogenicity, with linear disposition of liquid between muscles and articular effusion in the right knee. A magnetic resonance showed increased signal in both thighs, mainly in the right quadriceps, with subfascial effusion involving *quadriceps femoris* and *sartorius* muscles. These findings suggested diffuse muscular ischemia in both thighs, with a necrosis area due to muscular infarction in the right *vastus medialis*. A 7 day course of antibiotic was given, empirically, along with analgesia a muscular resting, resulting in the offset of pain.

Conclusion: Despite the atypical diffuse and bilateral muscular involvement, together with articular effusion, the diagnosis could be confirmed by clinical and image findings. The treatment, based in muscular resting, analgesia and glycemic control proved to be effective, according to the literature.

Keywords: 1. *Diabetes mellitus*;
2. *Infarction*;
3. *Skeletal Muscle*.

Introdução

O infarto muscular do diabético também conhecido como mionecrose diabética, mionecrose isquêmica ou degeneração muscular focal tumoriforme é uma complicação rara que ocorre principalmente em pacientes femininos, diabéticos do tipo 1 de longa data (em média 15 anos) .^{1,2}Está freqüentemente associado a complicações microvasculares como nefropatia, neuropatia e retinopatia.¹Apresenta-se com dor e edema súbitos, em geral na coxa, nos músculos vasto lateral e vasto medial.^{1,2,3,4,5} A patogênese permanece desconhecida, sendo postulada a participação de aterosclerose e microangiopatia diabética. O diagnóstico de infarto muscular do diabético é feito pela associação do quadro clínico à ressonância magnética, questionando-se a necessidade de biópsia, uma vez que essa poderia aumentar o risco de infecção, sangramento e retardar a recuperação do paciente, sendo reservada para casos duvidosos. ^{1,2,3} Os achados laboratoriais comumente encontrados como aumento de creatinoquinase(CK) , leucocitose, velocidade de

hemossedimentação (VHS) elevada são inespecíficos.^{2,5}

O infarto muscular, apesar de ser uma complicação rara associada ao diabetes mellitus(DM), possui importância clínica, por fazer diagnóstico diferencial com várias doenças, como: piomiosite, trombose venosa profunda(TVP), fascíte necrotizante, tumores, hematoma e distensão muscular. O tratamento baseia-se em repouso, analgesia e controle do diabetes. ³Essa afecção possui evolução auto-limitada, mas pode recorrer em metade dos casos. ⁴ O relato de caso objetiva alertar os médicos da existência de uma patologia rara, mas que possui no seu diagnóstico diferencial afecções comuns na prática médica, dessa maneira contribui para evitar diagnósticos e terapêuticas inadequadas.

Caso Clínico

J.O, masculino, negro, 52 anos é um paciente sabidamente diabético e hipertenso há 10 anos, sem acompanhamento médico adequado e com uso irregular de metformina e captopril. Apresentou-se ao Serviço de Emergência do HU-UFSC com queixa de dor e edema em coxa direita há 10 dias, com piora progressiva e o incapacitando de deambular. Ao exame físico, apresentava-se afebril, com hiperemia e empastamento em coxa direita, sem outros sinais flogísticos. Os exames laboratoriais iniciais mostraram discreta leucocitose sem desvio para esquerda e elevação do d-dímero, VHS, creatinina, e CK.

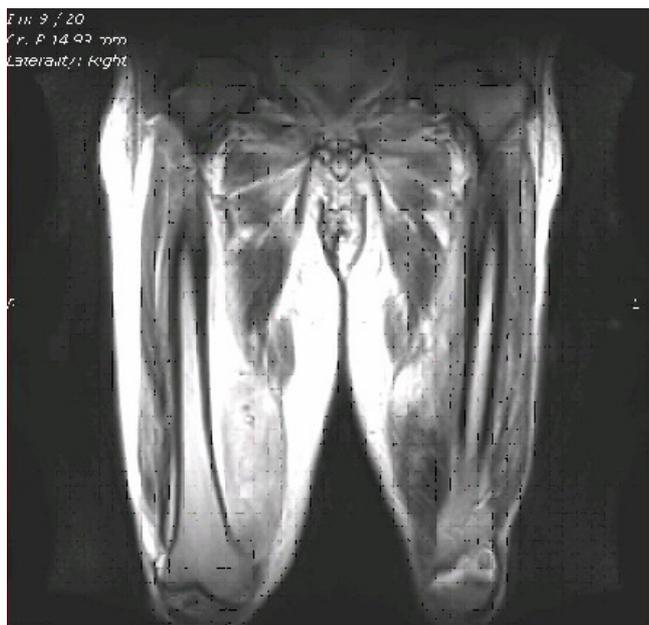
Em virtude do quadro clínico e alterações laboratoriais foi realizado um doppler de membros inferiores que mostrou-se normal. Já a ecografia de coxa evidenciou aumento da ecogenicidade muscular anterior e medial, com disposição linear de líquido entre os músculos, sem coleções e com associação de derrame articular em joelho direito, sugerindo a hipótese diagnóstica de infarto muscular.

Figura 1: Ecografia de joelho direito mostrando derrame articular



Para melhor avaliação, o paciente foi submetido a uma ressonância magnética que mostrou aumento do sinal global em ambas as coxas, principalmente em quadríceps direito. Havia presença de líquido subfascial envolvendo os músculos dos quadríceps e sartórios. Essas alterações sugeriam isquemia muscular difusa de coxas, notando-se área de necrose, por infarto muscular, no vasto medial direito.

Figura 2: Ressonância magnética de coxas em T2, corte coronal.



Inicialmente, o paciente foi tratado com antibioticoterapia empírica que foi mantida por 7 dias. Concomitantemente foi realizado controle glicêmico, analgesia com tramadol e repouso. Durante a internação paciente apresentou uma infecção urinária baixa que foi tratada com trimetopim e sulfametoxazol de acordo com a cultura de urina. Obteve-se melhora parcial da função renal, não havendo necessidade de diálise na internação.

Discussão e conclusão

No caso descrito os dados que corroboram com a literatura são: o quadro clínico súbito de dor e edema e o acometimento da coxa, que ocorre em 75% dos casos.⁵ Observa-se ainda a disfunção renal que está presente em 71,1% a 90% dos casos.^{1,4} Esse caso difere do padrão da literatura pois o paciente possuía DM do tipo 2 e era do sexo masculino. Além disso, o acometimento bilateral

Figura 3: Ressonância magnética de coxas em T2, corte axial



apresentado pelo paciente ocorre em 15 a 33% dos casos.² Associado às alterações musculares o paciente possuía derrame articular, o qual está presente em apenas 3% dos casos de infarto muscular.⁵

Apesar do acometimento atípico muscular difuso, bilateral, com derrame articular associado, o diagnóstico de infarto muscular foi confirmado pelo quadro clínico e ressonância magnética. Sua apresentação clínica se assemelha a outras afecções, sendo necessário, muitas vezes, excluir diagnósticos mais comuns. No caso acima relatado descartou-se TVP pelo doppler, mas inicialmente, não foi possível a diferenciação com piomiosite, motivo pelo qual o paciente recebeu antibioticoterapia empiricamente. Em pacientes diabéticos, deve-se ter em mente a possibilidade do infarto muscular no diagnóstico diferencial do paciente com quadro clínico similar, evitando demora na instituição da terapia, ou ainda realização de medidas nocivas ao paciente.

Referências bibliográficas:

- 1-Trujillo-Santos, JA. Diabetic muscle infarction. An under diagnosed complication of long-standing diabetes. *Diabetes care*. 2003 Jan; 26(1):211-5.
- 2-Phillips BD, Laufgraben MJ. Diabetic muscle infarction in a 28-year-old woman. *Case Report and Review of the Literature*. *The endocrinologist*. 2008 Aug; 18(4): 187-90.
- 3- Pereira FO, Medeiros YF. Síndromes dolorosas em diabéticos por comprometimento da musculatura esquelética. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2006 Out; 50 (5): 957-62.
- 4-Araújo NBC, Araújo Filho NC, Leal AB, Cardoso NFR, Correa NDC. Você pensa em infarto muscular no paciente diabético? *Arq Bras Endocrinol*

Metab.2004 Agosto; 48 (4): 559-61.

5-Morcuende JA, Dobbs MB, Crawford H, Buckwalter JA. Diabetic muscle infarction. Iowa Orthop J. 2000; 20 (65): 65-74.

Endereço para correspondência:

Mariana Selbach Selbach

Rua Laurindo Januário da Silveira, Hotel Saint Germain
número 1233 apto 210, Lagoa da Conceição

Florianópolis-SC

CEP:88062201

E mail: marianaselbach@yahoo.com.br