

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

PIOMIOSITIS ESTAFILOCÓCICA. PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE

Por:

MSc. Dr. Gilberto García Puentes¹ y MSc. Dr. Ángel Isern Menéndez²

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Gerontogeriatría. Máster en Longevidad Satisfactoria. Policlínico Comunitario "XX Aniversario". Instructor. UCM-VC. e-mail: gilbgp@capiro.vcl.sld.cu
2. Especialista de I Grado en Administración de Salud y en Gerontogeriatría. Máster en Longevidad Satisfactoria. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Servicio de Geriatría. Asistente. UCM-VC. e-mail: angelim@hchr.vcl.sld.cu

Descriptor DeCS:

MIOSITIS/diagnóstico
ABSCESO/diagnóstico
INFECCIONES BACTERIANAS/diagnóstico
INFECCIONES
ESTAFILOCÓCICAS/diagnóstico

Subject headings:

MYOSITIS/diagnosis
ABSCESS/diagnosis
BACTERIAL INFECTIONS/diagnosis
STAPHYLOCOCCAL INFECTIONS/diagnosis

La piomiositis es una infección bacteriana primaria aguda del músculo esquelético, caracterizada por la formación de abscesos musculares únicos o múltiples en el interior del músculo; puede englobar, además, las infecciones originadas por heridas penetrantes o por extensión de infecciones desde tejidos vecinos, úlceras de decúbito u otros focos infecciosos conocidos (piomiositis secundaria)¹⁻⁵.

En las regiones tropicales, la piomiositis es una enfermedad relativamente frecuente en varones sanos, entre los 2 y 5 años de edad y entre los 35 y 40, mientras que en los países de clima templado la mayor parte de los casos ocurren en adultos, de los cuales un 60 % están inmunodeprimidos⁴ y es poco frecuente su presencia en la población adulta mayor⁵.

La piomiositis aparece principalmente en músculos grandes, como los cuádriceps femorales, los glúteos y el psoas ilíaco. Se cree que el músculo se infecta durante una bacteriemia en pacientes con daño muscular previo, con afectación de los mecanismos de defensa o ambos⁴⁻⁶. La alteración de la vascularización del músculo provocada por la diabetes se ha descrito también como un factor local que aumenta el riesgo de piomiositis⁷. Por otra parte, la infección por VIH, las neoplasias hematológicas, la neutropenia y el tratamiento crónico con corticoides son factores que alteran los mecanismos generales de defensa del paciente, y elevan el riesgo de piomiositis⁵. Por último, el ejercicio físico excesivo y los traumatismos musculares directos también se consideran factores predisponentes que contribuyen a la infección, pero que por sí solos no son suficientes para su desarrollo⁴. El microorganismo aislado con más frecuencia es el *Staphylococcus aureus* (75-95%)^{4,7}, le sigue el *Streptococcus pyogenes* (5%)⁵. También se han aislado microorganismos anaerobios y hongos⁷.

Las manifestaciones clínicas de la piomiositis siguen un curso típicamente subagudo, por lo que los pacientes buscan asistencia médica al quinto o sexto día del inicio del cuadro por término medio^{3,4}. La enfermedad clásicamente se divide en tres etapas: infección muscular difusa, formación de abscesos y sepsis^{1-3,4,5,7}.

El diagnóstico diferencial incluye osteomielitis, trombosis venosa profunda, celulitis, hematoma, tumores malignos, sinovitis, artritis séptica, y en la piomiositis del psoas ilíaco, apendicitis, diverticulitis y otras causas de peritonitis^{2,8,9}.

El diagnóstico se realiza por sospecha clínica y estudios analíticos y microbiológicos. Los hemocultivos son positivos en el 35 - 57 % del total de los casos, pero en las piomiositis tropicales solo en un 5 %. El diagnóstico definitivo se obtiene mediante el cultivo del material aspirado del músculo. Como pruebas de imagen, se utilizan la ecografía y la tomografía axial computarizada que muestran un aumento del tamaño muscular con área de menor señal que sugiere la presencia de colecciones líquidas; en la secuencia de la figura 2 se delimitan bien los abscesos^{1,2,7}.

El tratamiento dependerá de la fase en que se encuentre la infección en el momento del diagnóstico. Inicialmente, la infección local difusa puede tratarse exclusivamente con antibioticoterapia endovenosa, según la tinción de Gram del contenido del absceso y el antibiograma. La doxiciclina es el antibiótico de elección^{5,7,8}. Pero cuando el absceso ya está formado en el momento del diagnóstico, el tratamiento indicado es el drenaje quirúrgico de la lesión⁵. En nuestro caso, el tratamiento con antibioticoterapia limitado fue eficaz. El pronóstico suele ser bueno, aunque puede haber recidivas, y esto está relacionado con el momento del diagnóstico.

En este trabajo se presentan las características clínicas y la conducta seguida en un paciente estudiado en el servicio de Geriatría del Hospital Universitario "Dr. Celestino Hernández Robau" de Santa Clara, que por su escasa frecuencia en los ancianos es de gran importancia.

Presentación del paciente

Mujer de 61 años de edad con antecedentes de diabetes no insulino dependiente desde hace diez años, controlada con hipoglucemiantes orales; además, presenta hernia discal cérico-lumbar, fibromialgias de varios años de evolución y dolores óseos y musculares generalizados; le realizan un bloqueo epidural en la región lumbar en L2-L3. Después del procedimiento, la paciente comienza con febrícula (37,5⁰C) acompañada de escalofríos y dolor en la parte alta del hemitórax derecho de carácter mecánico. Siete días después comenzó con tumefacción, calor y dolor en el hemitórax derecho con fiebre de 38⁰C. No presentó otros síntomas.

A la exploración física se encuentran: hombro derecho doloroso que limita su movilidad; sobre la musculatura pectoral se observó inflamación y enrojecimiento, y se palpó una tumefacción de consistencia elástica, muy dolorosa con la presión superficial y con la movilización del tronco y de la extremidad superior derecha, de bordes mal definidos que no parecía adherida a planos profundos.

En las pruebas de laboratorio se destacaba: Leucocitosis de $17,3 \times 10^9$ y 89 % de neutrófilos. El resto de los exámenes fueron normales.

Se realiza radiografía de tórax que mostró un aumento de densidad homogénea en la porción superior del hemitórax derecho, y una radioopacidad asimismo homogénea, bien definida y de forma redondeada, que sugería una masa pulmonar, en una localización aparentemente parahiliar, pero que no se identificaba en la proyección lateral.

Se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) que mostró con claridad la afectación muscular, y un engrosamiento muscular importante del pectoral mayor derecho, con pequeña colección de 20 mm y sinovitis esternoclavicular por contigüidad (Figs 1 y 2).

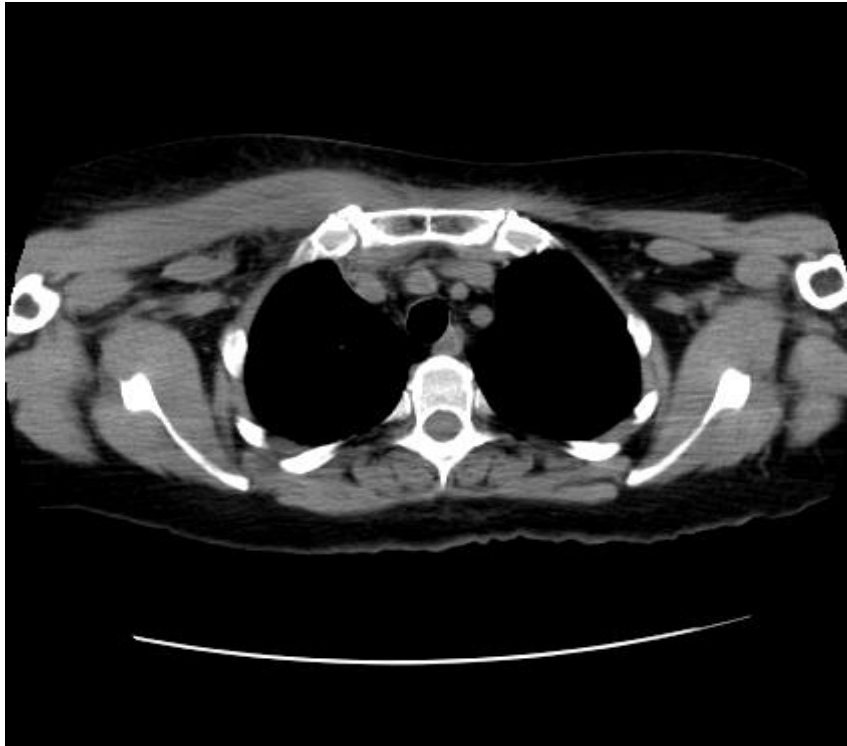


Fig 1 Tomografía axial computarizada (TAC) torácica que muestra una imagen de aumento de tamaño del pectoral mayor derecho.

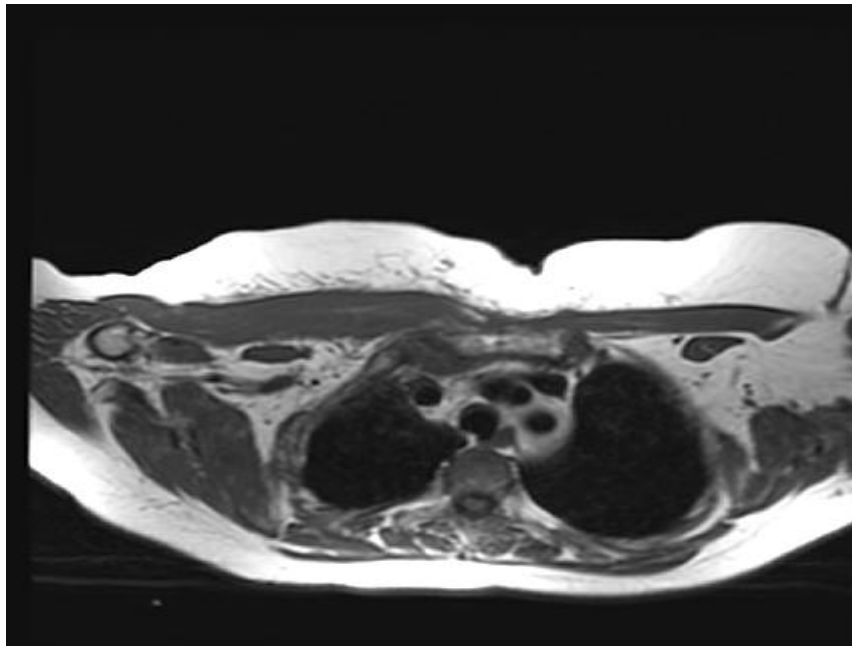


Fig 2 Resonancia magnética torácica corte axial T1: Se observa un engrosamiento muscular importante del pectoral mayor derecho, con pequeñas colecciones en profundidad. El realce inflamatorio se extiende a la articulación esternoclavicular.

Se realizó punción-aspiración, sin obtención de líquido. En los hemocultivos se aisló un *Staphylococcus aureus* sensible a la ceftriaxona. Ante estos hallazgos, se estableció el diagnóstico

de piomiositis estafilocócica del pectoral mayor derecho, secundaria a bacteriemia tras infiltración epidural. Se inició tratamiento antibiótico con ceftriaxona intravenosa durante 19 días y posteriormente tratamiento oral hasta completar un mes y medio, con resolución completa del cuadro y sin ningún tipo de secuelas.

Comentario

La piomiositis, aunque no supone porcentajes elevados de ingresos y frecuencias en nuestro país, como los descritos en otras regiones, no es una entidad excepcional y frecuente en el adulto mayor, por lo que debe prestarse atención a esta población. La literatura plantea que las localizaciones más frecuentes de la piomiositis son en muslo (cuádriceps), nalgas (glúteos) y tronco (psoas, músculo piriforme)^{5,9}, en este caso la ubicación fue en el pectoral mayor; en la paciente concurren al menos tres de los citados factores predisponentes de la enfermedad^{2,5,9}: la alteración local de la estructura muscular provocada por la fibromialgias, la punción epidural, la diabetes y el esfuerzo físico.

En el caso de los pacientes diabéticos, se desarrollan alteraciones musculares y circulatorias que, junto con la disfunción de los granulocitos y el deterioro de la inmunidad celular, aumentan el riesgo de infección muscular⁵; hay que alertar sobre el posible incremento de esta infección en el colectivo de pacientes diabéticos que presentan factores predisponentes, como son: polineuropatías, artralgias, mialgias, frecuentes bacteriemias y antecedentes traumáticos e infecciosos, que al persistir, pueden provocar la colonización de un *Staphylococcus aureus*.

Por otro lado, su posible confusión con una artritis séptica y el amplio uso de los antibióticos que se realiza en nuestro país, puede originar que muchos enfermos evolucionen favorablemente al tratamiento antibacteriano, sin una identificación precisa del proceso clínico. La evolución clínica de este cuadro, como lo realizó esta paciente, es habitualmente favorable, y se resolvió con antibioticoterapia; solo en algunos casos, especialmente en aquellos en los que el tratamiento es tardío, es preciso realizar la intervención quirúrgica¹⁰.

Referencias bibliográficas

1. Patel SR, Olenginski TP, Perruquet JL, Harrington TM. Pyomyositis: clinical features and predisposing conditions. *J Rheumatol*. 1997;24:1734-8.
2. Moralejo-Alonso L, Alonso-Claudio G. Piomiositis. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:666-70.
3. Martín M, García C, Gutiérrez M, Fernández M, González J. Piomiositis: una revisión retrospectiva en un hospital terciario del norte de España. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2006;24:173-7.
4. Walji S, Rubenstein J, Shannon P, Carette S. Disseminated Pyomyositis mimicking idiopathic inflammatory myopathy. *J Rheumatol*. 2005;32:184-7.
5. Drosos G. Pyomyositis. A literature review. *Acta Orthop Belg*. 2005;71:9-16.
6. Paganin H. Infecciones por *Staphylococcus aureus* meticilinoresistente proveniente de la comunidad: un nuevo desafío para los pediatras. *Medicina Infantil. Rev Hosp Pediatr Garrahan*. 2007;XIV(4):292-6.
7. Pannaraj PS, Hultén KG, González BE. Infective pyomyositis and myositis in children in the era of community-acquired, methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection. *Clin Infect Dis*. 2006;43:953-60.
8. Villamil-Cajoto I, Maceiras-Pan F, Villacian-Vicedo MJ. Piomiositis: presentación de 17 casos en niños y adultos. *Rev Med Chile*. 2006;134:31-8.
9. Jozefkowicz M, Jorrot P, Méndez J. Piomiositis primaria por *Staphylococcus aureus* meticilino – resistente proveniente de la comunidad. *Arch Argent Pediatr*. 2008 Nov-Dic;106(6).
10. Reparáz FJ, Reparáz J, Martínez-Bayarri M, Tejero A, Corchuelo C, Ávila A. Piomiositis primaria causada por *Streptococcus intermedius*. *An Sist Sanit Navar*. 2007 Mayo-Ago;30(2):273-9.

Recibido: 22 de octubre de 2010

Aprobado: 27 de enero de 2011