

Piomiosite do muslo en paciente con adenocarcinoma de sigma

Pyomyositis of the thigh in a patient with adenocarcinoma in the sigmoid colon

Bruno Gago Vidal*, Pablo Varela García**, José Midón Míguez* Francisco Martelo Villar*

*Servicio de Ciruxía Plástica e Reparadora. **Servicio de Medicina Interna (Infecciosas)
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). SERGAS

Palabras clave: piomiosite, infección, adenocarcinoma
Keywords: pyomyositis, infection, adenocarcinoma

Introducción

A piomiosite é unha infección bacteriana dos músculos esqueléticos pouco frecuente^{1,2}. Describiuse por primeira vez en climas tropicais³ aínda que se diagnostica cada vez con máis frecuencia en países con climas templados. Soe ter un comezo subagudo cunha fase inicial caracterizada por dor local e febre, pudiendo chegar a producir extensa destrución muscular e shock séptico. Os achádegos do laboratorio soen ser inespecíficos. Tanto a ecografía como a resonancia magnética e a tomografía computarizada son moi útiles para o diagnóstico. Unha punción-aspiración ou biopsia dos músculos afectados, con cultivo do pus obtido, confirma o diagnóstico.

Caso clínico

Presentamos o caso dun varón de 83 anos con antecedentes médicos de dislipemia e vida basal activa que acude a Urxencias por dor de un mes de evolución na cara interna do muslo esquerdo. Presentara febre (39°C) diaria con escalofríos durante os últimos 10 días. Non refería traumatismo recente nin outra sintomatoloxía. Á exploración física presentaba unha temperatura de 38,6°C, tensión arterial de 145/75 mmHg, frecuencia cardíaca 90 latidos/min. Existía aumento do diámetro no muslo esquerdo sendo este de consistencia leñosa, dor á palpación, sen signos de fluctuación nin crepitación. En canto ás probas complementarias cabe destacar leucocitose $20,35 \times 10^3$ cels/ μ L con neutrofilia (96%), aumento de: urea e creatinina (105 mg/dL e 1.33 mg/dL respectivamente), glucosa 138 mg/dl, CPK 273 U/l e dímero D 4.160 ng/ml. Os hemocultivos foron positivos para *Bacteroides fragilis*. A ecografía do muslo esquerdo mostrou imaxe compatible con piomiosite con coleccións de moderado tamaño. A resonancia magnética mostrou colección líquida antero-interna (15 x 4 x 3,2 cm) en terzo proximal do muslo e piomiosite (Fig. 1). O paciente foi intervido realizándose drenaxe da colección purulenta e recollida de mostras para estudo microbiolóxico. Tras a cirurxía o paciente experimentou unha melloría progresiva do cadro precisando peche

Figura 1. Resonancia magnética mostra colección en muslo esquerdo (frecha branca)



primario posterior da zona de incisión cirúrxica. A análise microbiolóxica mostrou crecemento de *Escherichia coli*, *Streptococcus agalactiae* e *Bacteroides fragilis*. O tratamento antibiótico foi piperacilina/ tazobactam 4/0,5 g cada 8 horas vía intravenosa durante catro semanas. Con estes datos e ante a sospeita de lesión no tracto dixestivo decidiuse a realización de radiografía de abdome con contraste e tomografía computerizada toraco-abdominal con contraste descubríndose unha lesión estenosante en sigma

con infiltración da grasa circundante e unha pequena colección retroperineal sin afectación en columna nin a nivel iliopsoas. Posteriormente efectúase colonoscopia obxetivándose pequena lesión vellosa estenosante a 39 cm do canal anal. Intervense novamente o paciente para a resección da tumoración de sigma. Tras o estudo anatomopatolóxico da peza diagnósticase de adenocarcinoma. A evolución do paciente foi favorable e sen complicación postoperatoria algunha.

Discusión

A etiopatoxenia da infección do músculo esquelético en muslo esquerdo a partir da neoplasia colónica non está clara. Dúas son as opcións que se barallan: en primeiro lugar, e tendo en conta a vida basal activa do paciente, estaría a posibilidade dunha asociación de lesión muscular leve e asintomática en muslo esquerdo tras unha actividade física intensa, cunha bacteriemia de orixe colónico. Outra das opcións sería que a tumoración colónica fistulizase e mediante diseminación por contigüidade a través do orificio obturador alcanzase tecido muscular en muslo esquerdo provocando a infección. Para completar o diagnóstico de piomiositis axudámonos neste caso da ecografía de partes blandas e a resonancia. A tomografía computerizada resulta tamén de utilidade sobre todo en coleccións a nivel máis profundo. Cando se obxetivan coleccións purulentas de máis de 3 cm

de diámetro (como sucedeu no noso caso) o drenaxe cirúrxico é, na maioría dos casos, imprescindible. Se as dimensións da abscesificación non superan os 3 cm poderemos tentar o tratamento médico. O tratamento cirúrxico no noso caso consistiu na drenaxe e desbridamento tras incisión da zona. Outra opción sería a punción guiada por ecografía e posterior evacuación do contido purulento de coleccións máis pequenas e localizadas. Tendo en conta que esta patoloxía soe afectar a persoas de idade avanzada ou con patoloxía de base é de vital importancia o tratamento médico e cirúrxico precoz antes dun grave deterioro do estado xeral.

Finalmente queremos destacar a asociación entre a piomiosite e as tumoracións de colon⁴, o cal sospeitarase cando no estudio microbiolóxico se atopen xérmenes habituais na flora intestinal.

Bibliografía

1. Fox LP, Geyer AS, Grossman ME. Pyomyositis. J Am Acad Dermatol 2004;51:308-14.
2. Jiménez-Mejías ME, Lozano de León F, Alfaro-García MJ, Fernández-López A, Jiménez-Ocaña C, Canas García-Otero E, et al. Piomiositis por Staphylococcus aureus. Med Clin (Barc) 1992;99:201-5.
3. Christin L, Sarosi GA. Pyomyositis in North America: case reports and review. Clin Infect Dis 1992;15:668-77.
4. Rabuñal Rey R, M^a. A. García Martínez, M^a. J. Cereijo Quinteiro, E. J. Casariego Vales. Piomiositis en la raíz del muslo como forma de presentación de adenocarcinoma de ciego. An. Med. Interna 1997. Vol 14 Nº 7

Fotografía portada: **Yolanda Carbajales**

Título: **Cuenta conmigo**



No estás solo, cuenta conmigo.

Mano con mano, sien con sien,

sangre y camino entreverados,

sangre y camino acompañados...

(J. Montes)