

Piomiositis primaria: un nuevo caso en paciente inmunocompetente

Primary pyomyositis: a new case in an immunocompetent patient

Ana Moreno-Rodrigo¹, Josu Baraia-Etxaburu², Alfonso Gutiérrez-Macías¹, Oscar Luis Ferrero Benítez²

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital de Basurto, Bilbao

²Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital de Basurto, Bilbao

La piomiositis primaria, conocida clásicamente como piomiositis tropical, es una patología poco frecuente, inicialmente descrita en climas tropicales, que debe ser tenida en cuenta también en nuestro medio. A continuación presentamos un caso de piomiositis primaria en un varón joven en nuestro hospital.

Caso clínico

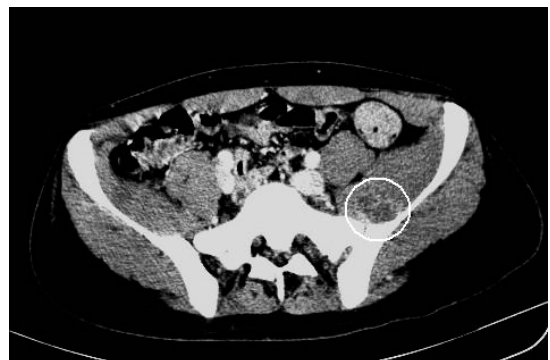
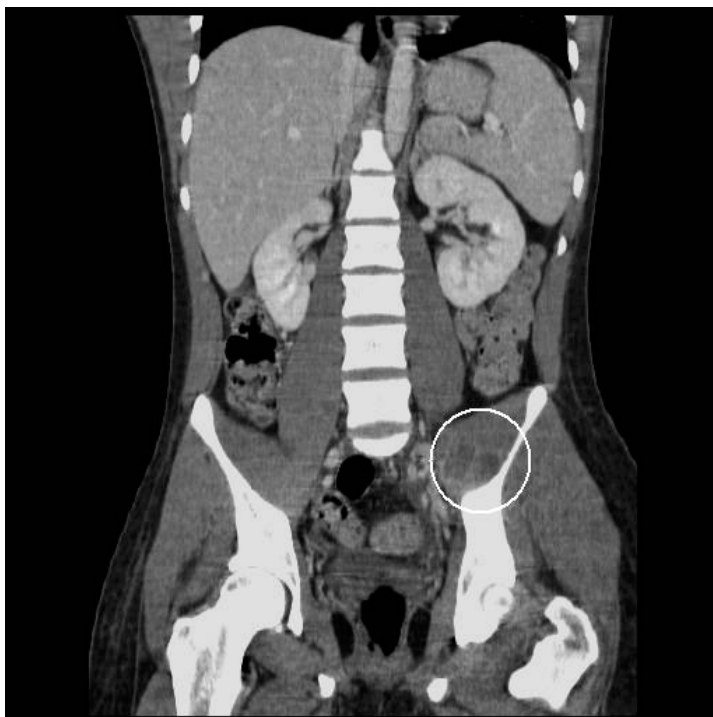
Varón de 18 años de edad que acudió al servicio de urgencias por dolor lumbar y de cadera izquierda, con impotencia funcional. Dos días antes había sufrido una caída casual con contusión en zona lumbar y de cadera izquierda, comenzando con dolor e impotencia funcional de cadera progresivos, que le dificultaban la marcha. El paciente no presentaba ningún antecedente de interés, y a la exploración física destacaba el dolor a la palpación en musculatura paravertebral lumbar izquierda así como en pala ilíaca y hemiabdomen del mismo lado, sin presentar signos de irritación

peritoneal. El signo del psoas izquierdo era positivo, y presentaba un dolor intenso a la movilización pasiva de la cadera. Las radiografías simples de cadera y columna lumbar no presentaban ninguna alteración, y en la analítica a su ingreso destacaba una leucocitosis de 20.800 / μ l con neutrofilia, enzimas musculares ligeramente elevadas (CK 504 U/L) y proteína C reactiva de 5,74 mg/dL. El resto de analítica era normal, incluyendo un examen de orina. Se realizó una ecografía abdominal, sin ningún hallazgo de interés. El paciente fue ingresado en el servicio de Traumatología por mal control del dolor, con tratamiento analgésico, relajantes musculares y corticoides intravenosos.

A los 6 días de su ingreso la evolución fue desfavorable, comenzando con fiebre de 38°C y persistencia de dolor intenso. Se extrajeron hemocultivos, en los cuales se aisló *Staphylococcus aureus*, y se solicitó una tomografía computerizada (TC) abdomino-pélvica y de columna lumbar que demostró piomiositis en hemipelvis izquierda, con formación de abscesos en músculo piramidal y psoas-ilíaco izquierdos (figuras 1, 2 y 3).

Fig. 1, 2 y 3.

TC abdomino pélvica: cambios de piomiositis en hemipelvis izquierda, con formación de abscesos en músculo piramidal y psoas-ilíaco izquierdos (dentro del círculo)



Se inició tratamiento empírico con cloxacilina y vancomicina intravenosos, continuando con cloxacilina tras recibir el antibiograma, así como drenaje percutáneo de los abscesos (guiado por TC y con controles por ecografía). En el cultivo del pus procedente del drenaje también se aisló *S. aureus* sensible a cloxacilina. El paciente precisó tres drenajes percutáneos en diferente localización y se prolongó su tratamiento intravenoso hasta completar 4 semanas. Tras retirar el último drenaje la evolución clínica fue muy buena, continuándose tratamiento con linezolid oral otras 3 semanas. A los 3 meses el paciente se encontraba asintomático, con analítica normal y TC abdómino-pélvica sin hallazgos.

Discusión

La piomiositis primaria o tropical es una entidad poco frecuente, inicialmente descrita en países de clima tropical. Se define como una infección intramuscular bacteriana aguda, no secundaria a traumatismo penetrante ni a diseminación de foco infeccioso contiguo¹. Para que se produzca es necesaria una bacteriemia transitoria asociada a una lesión muscular, ya que el tejido muscular sano es muy resistente a la colonización bacteriana. Clásicamente se describen 3 estadios en la piomiositis²: primer estadio con invasión muscular del agente infeccioso, con edema y dolor muscular; segundo estadio con formación del absceso; y tercer estadio o fase de sepsis. La mayoría de veces el diagnóstico se realiza en el segundo estadio. En las últimas décadas ha aumentado el número de casos en países de clima templado, gracias a las técnicas diagnósticas, sobre todo en pacientes que presentan inmunosupresión^{3,4}. El agente etiológico principal es el *S. aureus* (90% en países tropicales y 70% en países de clima templado)¹. Entre pacientes inmunosuprimidos aumenta la incidencia de otros agentes (*Streptococcus* del grupo beta hemolítico, *Salmonella*, *Bartonella*, micobacterias, hongos, parásitos, etc.)^{1,3,5}. En el diagnóstico diferencial se debe incluir desgarrados musculares, osteomielitis y artritis sépticas; en

el caso de absceso de ilio-psoas, se debe descartar además pielonefritis aguda, apendicitis, diverticulitis, espondilodiscitis, sacroileítis y tumores, entre otras patologías⁶. El diagnóstico se realiza con la clínica, los cultivos de sangre y material purulento del drenaje, y mediante técnicas de imagen. Los signos de alarma que nos deben hacer sospechar son un dolor intenso y desproporcionado con gran impotencia funcional y aparición de marcadores de infección bacteriana aguda en la analítica, sin olvidar que la fiebre puede estar ausente por los tratamientos analgésicos. La ecografía es menos sensible (52% en abscesos de ilio-psoas), siendo de elección la TC o Resonancia Magnética, con una sensibilidad del 100% en algunos estudios³. El tratamiento en la mayoría de casos es mixto, con drenaje percutáneo guiado por TC o ecografía y antibioticoterapia intravenosa¹⁻⁶. En casos con mala evolución suele ser preciso el drenaje quirúrgico. La evolución es buena con una mortalidad inferior al 2% en abscesos de ilio-psoas primarios (a diferencia de una mortalidad de hasta el 20% en abscesos secundarios a foco contiguo)¹, siendo la recurrencia muy poco frecuente. Como principal conclusión cabe destacar la importancia de pensar en la piomiositis primaria dentro de nuestro diagnóstico diferencial, ya que, aunque es una entidad poco frecuente y de fácil diagnóstico con una prueba de imagen, el retraso en el tratamiento puede suponer una tórpida evolución.

Bibliografía

1. Crum-Cianflone NF. Bacterial, fungal, parasitic, and viral myositis. *Clin Microbiol Rev.* 2008; 21: 473-94.
2. Swartz MN. Myositis. Pyomiositis. En: Mandell GL, Douglas RG, Bennett JE, editors. *Principles and practice of infectious diseases.* 5th ed. New York: Churchill Livingstone Inc.; 2002. p. 1032-4.
3. Navarro-López V, Ramos JM, Meseguer V, Pérez-Arellano JL, Serrano R, García-Ordoñez MA et al. (Grupo de estudio de enfermedades infecciosas de la SEMI). Microbiology and outcome of iliopsoas abscess in 124 patients. *Medicine.* 2009; 88: 120-30.
4. Baraia-Etxaburu J, Martínez A, Oleaga L, Zubero Z, Cisterna R, Santamaría JM. Colección intramuscular en paciente infectado por HIV. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1994; 12: 263-264.
5. Crum-Cianflone NF. Infectious myositis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2006; 20: 1083-97.
6. Moralejo-Alonso L, Alonso-Claudio G. Piomiositis. *Med Clin (Barc).* 2005; 125: 666-70.