

Mujer de 53 años con fiebre, dolor y tumefacción en hemitórax derecho

A 53-Year-Old Woman with Fever, Pain, and Tumefaction in Right Hemithorax

Sáez-Jiménez R,* Almodóvar-González R,**, Quirós-Donate FJ, **, Zarco-Montejo P,**
Mazzucchelli-Esteban R**.

* *Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Fundación Hospital de Alcorcón, Madrid, España.* ** *Unidad de Reumatología. Fundación Hospital de Alcorcón .Madrid, España.*

Recibido: 14-06-06 Aceptado: 06-07-06
Correpondencia: E-mail: rsaez@fhalcorcon.es

Descripción del caso clínico

Mujer de 53 años de edad con antecedentes de cirugía de hernia discal cervico-lumbar y fibromialgia de la años de evolución. Por artromialgias generalizadas de larga evolución con mal control, le realizaron en la Unidad del Dolor bloqueo epidural a través de catéter colocado en región lumbar L2-L3. Un día antes de la retirada del catéter la paciente presenta febrícula (37,5°) con escalofríos y aparición de dolor en parte alta del hemotórax derecho de carácter mecánico. Cinco días después comenzó con tumefacción, calor y dolor en hemitórax derecho con fiebre de 38°. No otros síntomas acompañantes.

A la exploración física se objetivó que el hombro derecho presentaba arco doloroso. En la parte superior del hemitórax derecho, sobre la musculatura pectoral, se palpaba 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. Presentaba aumento de la temperatura local y no se palpaba crepitación.

En las pruebas de laboratorio destacaba: Leucocitosis de 17,35x10. El sistemático de orina y el urocultivo fueron normales. Se extrajeron hemocultivos. En la radiografía de tórax se observaba artrodesis con implantes metálicos entre C6-C7 y L4-L5. En la radiografía de hombro derecho se objetivaba una calcificación a nivel del tendón supraespinoso. Se realizó un Ecocardiograma que resultó ser normal. Se realizó una Tomografía computerizada (TC) (Figura 1) y una Resonancia Magnética Nuclear (RMN) torácica (Figura II).

Diagnóstico y evolución

La TC y la RMN demostraron un engrosamiento muscular importante del pectoral mayor derecho, con pequeña colección de 20 mm y sinovitis esternoclavicular por contigüidad. Se realizó punción-aspiración sin obtención de líquido. En los hemocultivos se aisló un *Stafilococo aureus* meticil sensible. 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 cloxacilina 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 es una infección bacteriana aguda del músculo esquelético caracterizada por la formación de abscesos musculares únicos o múltiples en el interior del músculo. Es poco frecuente. Se la denominó piomiositis tropical por -

darse con mayor frecuencia en los trópicos donde es endémica (1-4%), aunque puede verse en países de clima frío o templado, conocida como piomiositis no tropical ¹⁻³. Más frecuente en varones (70-80%). Aparece a cualquier edad, aunque más frecuente en niños y adultos jóvenes (77% entre los 10 y los 33 años) ¹⁻⁷. La piomiositis no tropical puede aparecer en ancianos. El microorganismo más frecuente aislado tanto en las piomiositis tropicales como no tropicales es el *Staphylococcus aureus* (75-95%), aunque parece menos frecuente en las no tropicales ^{4,8,9}. Se han comunicado en la literatura piomiositis por otros microorganismos como cocos Gram positivos aerobios, anaerobios, bacilos Gram negativos y micobacterias ⁴. Como factores predisponentes se encuentran personas afectas de SIDA, Diabetes Mellitus, hematomas musculares, miopatías previas, enfermedades hematológicas, adicción a drogas por vía parenteral y situaciones de supresión farmacológica ^{9,10}. La sintomatología es similar en las piomiositis tropicales y no tropicales. Clínicamente se manifiesta con dolor, induración muscular, impotencia funcional y fiebre ^{1,5,11}.

Las localizaciones más frecuentes son en muslos (cuádriceps), nalgas (glúteos), tronco (psoas, músculo piriforme) y en miembros inferiores y superiores. En la mitad de los pacientes hay abscesos múltiples, más frecuente en las no tropicales. En el laboratorio aparece leucocitosis y aumento de la velocidad de sedimentación globular. En los casos tropicales hay eosinofilia. La elevación de la creatin-fosfoquinasa (CPK) no es habitual, salvo en casos de rhabdomiólisis severa ^{2,12}.

El diagnóstico se realiza por sospecha clínica y estudios analíticos y microbiológicos. Los hemocultivos son positivos en el 35-57% de los casos, pero en las tropicales sólo en un 5% ^{2,13}. El diagnóstico definitivo se obtiene mediante el cultivo del material aspirado del músculo. Como pruebas de imagen se utilizan la Ecografía, Tomografía Axial Computerizada y Resonancia nuclear magnética, esta última supera a las otras técnicas, pues muestra un aumento del tamaño muscular con áreas de menor señal, que sugieren la presencia de colecciones líquidas y en la secuencia de la figura II se delimitan bien los abscesos ^{14,15}.

En las fases iniciales la piomiositis puede confundirse con artritis, osteomielitis, fiebre de origen desconocido, apendicitis, diverticulitis, tromboflebitis, hematomas, sarcomas de partes blandas o roturas musculares. Si existe eosinofilia puede simular una triquinosis.

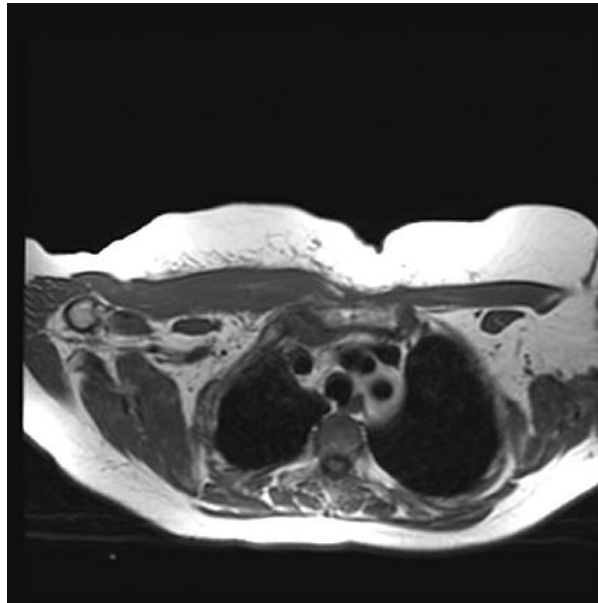
El pronóstico suele ser bueno, aunque puede haber recidivas y está claramente relacionado con el momento del diagnóstico. La mortalidad es más elevada en las piomiositis no tropicales (10%) que en las tropicales (2%). El tratamiento consiste en antibioterapia durante 3-4 semanas y drenaje quirúrgico de los abscesos. En estadios iniciales la antibioterapia suele ser suficiente, tal y como ocurrió en este caso ^{16,17}.

Figura I



Tomografía Computerizada (TC) torácica: Muestra una imagen de aumento de tamaño del pectoral mayor derecho.

Figura II



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

REFERENCIAS

1. Chiedozi LC. Pyomyositis. Review of 205 cases in 112 patients. *Am J Surg* 1979; 137: 55-259.
2. Gibson RK, Rosenthal SJ, Lukeert BP. Pyomyositis. Increasing recognition in temperature climates. *Am J Med* 1984; 77: 768-772.
3. Horn CV, Master S. Pyomyositis tropicans in Uganda. *East Afr Med J* 1968; 45: 463-471.
4. Gómez Reino JJ, Aznar JJ, Pablos JL, Díaz Gonzalez F, Laffon A. Nontropical pyomyositis in adults. *Semin Arthritis Rheum* 1994; 23: 396-405.
5. Schlech WF, Moulton P, Kaiser AB. Pyomyositis : Tropical disease in a temperature climate. *Am J Med* 1981; 71: 900-902.
6. Grose C. Staphylococcal pyomyositis in south Texas. *J Pediatr* 1971; 93: 457-458
7. Sirinavin S, McCracken GH. Primary suppurative myositis in children. *Am J Dis Child* 1979; 133: 263-265.
8. Moore DL, Delage G, Labelle H. Peracute streptococcal pyomiositis. Report of two cases and review of the literature. *J Pediatr Orthop* 1986; 6: 232-235.
9. Anand SV, Evans KT. Pyomyositis . *Br J Surg* 1964; 51: 917-920.
10. Watts RA, Hoffbrand BI, Paton DF. Pyomyositis associated with HIV infection. *Br Med J* 1987; 294: 1524-1525.
11. Skoutelis A, Andonopoulos A, Panagiotopoulos E, Bassaris H. Non-tropical pyomyositis in adults: report of four cases and literatura review. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1993; 12: 769-772.
12. Kallen P, Nies KM, Louie JS, Keller M, Worthen N, Bayer AS. Tropical pyomyositis .*Arthritis Rheum* 1982; 25: 107-110.
13. Jiménez ME, Lozano F, Alfaro MJ. Pyomyositis caused by staphylococcus aureus. *Mad Clin* 1992; 15: 668-677.
14. Yuh WT, Schreiber AE, Montgomery WJ. Magnetic resonance imaging of pyomyositis. *Skeletal Radiol* 1988; 17: 190-193.
15. Chan WP, Fleckenstein JL, Liu GCH, Genant HK. Disorders of skeletal muscle. In “Chan WP, Lang P, Genant HK” (eds). *MRI of the musculoskeletal system*. Phyladelphia , WB, Saunders Co, 1994; 487-516.
16. Nuno FJ, Noval Menendez J, Moris de la Tassa J. Pyomyositis: a case solved with only antibiotic treatment. *An Med Interna* 2001; 9: 501-502.
17. Fan HC, Lo WT, Chu ML, Wang CC. Clinical characteristics of staphylococcal pyomyositis. *J Microbiol Immunol Infect* 2002; 2: 121-124.