



Nota clínica

Piomiositis pectoral por *Staphylococcus aureus*

R. Golpe Gómez, A. Mateos Colino, P. Alonso Alonso*, A. A. González Rodríguez**

UNIDAD DE NEUMOLOGÍA. *UNIDAD DE MICROBIOLOGÍA, **SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO. HOSPITAL DE MONFORTE LEMOS. LUGO.

RESUMEN

La piomiositis es una infección bacteriana espontánea de los músculos esqueléticos, que no es secundaria a una infección de tejidos contiguos (piel, huesos, etc.). Existen diversos factores predisponentes para la misma, que incluyen la diabetes mellitus, neoplasias, conectivopatías, infección por virus de la inmunodeficiencia humana, o cirugía/traumatismos previos. En un tercio de los casos no existe un factor predisponente. Dada su relativa poca frecuencia, su diagnóstico puede retrasarse si no existe un alto grado de sospecha clínica. Se presenta un caso de piomiositis de músculo pectoral mayor.

Palabras clave: Piomiositis. Infecciones estafilocócicas. Antibióticos

ABSTRACT

Staphylococcus aureus pectoral pyomyositis

Pyomyositis is a spontaneous bacterial infection of the skeletal muscles which is not secondary to infection of adjoining tissues (skin, bone, etc.) there are a number of predisposing factors including diabetes mellitus, neoplasms, connective tissue diseases, human immunodeficiency virus (HIV) infection or previous surgery/trauma. In one-third of the cases no predisposing factor is discerned. Because of its relatively low frequency, the diagnosis may be delayed if there is not a high degree of clinical suspicion. We report one case of *M. pectoralis major* pyomyositis.

Key Words: Pyomyositis. Staphylococcal infections. Antibiotics.

INTRODUCCIÓN

La piomiositis es una rara infección bacteriana espontánea de los músculos esqueléticos que no es secundaria a una infección contigua de la piel, huesos o tejidos blandos¹. Existen varios factores de riesgo para la misma, si bien en un tercio de los casos no se encuentra un agente predisponente. Presentamos el caso de un paciente con piomiositis de músculo pectoral mayor.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Un varón de 50 años sin antecedentes médicos de interés se presentó en el servicio de urgencias de nuestro hospital, relatando una historia de 2 semanas de evolución de dolor localizado en la porción superior de la cara anterior del he-

mitórax derecho y hombro derecho, que aumentaba con los movimientos corporales. Había presentado fiebre elevada diaria durante los últimos 10 días. No había sufrido ningún traumatismo reciente ni contaba otra sintomatología. A la exploración presentaba una temperatura de 39°C, tensión arterial de 120/75 mmHg, frecuencia cardíaca de 100 latidos/minuto y frecuencia respiratoria 20 respiraciones/minuto. Existía un área empastada, indurada y enrojecida, dolorosa al tacto, en la porción superior del hemitórax derecho (cara anterior). No se apreciaron signos de artritis en el hombro derecho. El resto de la exploración fue normal.

El hemograma mostraba leucocitosis de 14×10^3 cels/ μ L, con 88% polimorfonucleares, 6% linfocitos, 5% monocitos, y 1% eosinófilos. La VSG era de 50 mm/h. Los niveles séricos de AST, ALT y GGT eran, respectivamente, 61, 91 y 344 UI/L. El resto de los valores bioquímicos y el estudio de coagulación fueron normales. El examen del sedimento

Correspondencia: Rafael Golpe Gómez
Sección de Neumología
Hospital Comarcal
Corredoira, s/n
27400 Monforte de Lemos (Lugo)

Fecha de recepción: 13-1-2005
Fecha de aceptación: 9-3-2005



Figura 1. Radiografía de tórax postero-anterior.

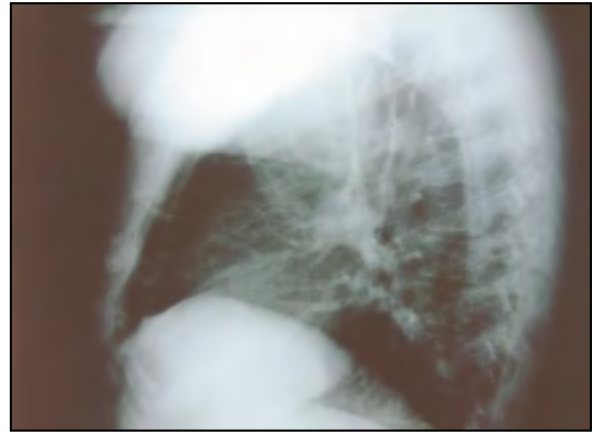


Figura 2. Radiografía lateral de tórax.

urinario mostraba intensa piuria y bacteriuria. Una radiografía de tórax en proyección pósterio-anterior (Fig. 1) mostró un aumento de densidad homogéneo en la porción superior del hemitórax derecho, y una radio-opacidad asimétrica 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 (Fig. 2). Se realizó una tomografía computarizada (TC) torácica (Fig. 3) que reveló que el músculo pectoral mayor derecho estaba difusamente aumentado de tamaño. Se apreció asimismo, en el seno del músculo, una colección líquida bien delimitada, con burbujas de gas en su interior, que medía 10 cm en su diámetro sagital y que afectaba a la pared del tórax, extendiéndose al interior de la cavidad torácica. Se realizó una punción-aspiración del área empastada torácica, obteniéndose una pequeña cantidad de pus, en la cual creció *Staphylococcus aureus*, sensible a oxacilina. Se realizaron hemocultivos seriados, creciendo también en 6 frascos *S. aureus*. Esta bacteria creció asimismo en un urocultivo. Se inició tratamiento con cloxacilina y gentamicina y se realizó drenaje quirúrgico de la colección purulenta bajo anestesia general, consiguiéndose la curación del paciente, sin secuelas.

DISCUSIÓN

La piomiositis es una rara infección bacteriana primaria de los músculos esqueléticos¹⁻⁴. Se describió por primera vez en climas tropicales⁵, pero se está diagnosticando cada vez con más frecuencia en países con climas templados. *S. aureus* es el agente causal más prevalente¹⁻⁵. Esta enfermedad afecta más frecuentemente a los músculos de las extremidades inferiores. Los músculos de las extremidades superiores,

abdominales y espinales también pueden verse afectados. Los músculos pectorales se ven implicados más raramente^{3,5,6}.

La piomiositis suele tener un comienzo subagudo y cursar en 3 estadios^{2,6}: En la fase inicial (estadio invasivo precoz), el paciente tiene dolor muscular local y, habitualmente, fiebre de bajo grado. La enfermedad es difícil de diagnosticar en esta etapa. La segunda fase (estadio supurativo), que generalmente comienza al cabo de una a tres semanas, se caracteriza por una induración dolorosa del músculo y la formación de abscesos. Generalmente es en este período cuando se diagnostica el proceso. Si la enfermedad no se trata y sigue evolucionando, puede llegar a un tercer estadio (septicémico), caracterizado por extensa destrucción muscular y shock séptico.

La mayor parte de los hallazgos de laboratorio son inespecíficos. La leucocitosis y elevación de la VSG son frecuentes. La eosinofilia, aunque habitual en la piomiositis tropical, es poco común cuando la enfermedad ocurre en climas templados⁶. Los niveles séricos de creatinfosfoquinasa son frecuentemente normales, incluso en casos con afectación muscular extensa. La enfermedad puede confundirse con facilidad con una celulitis, cuando afecta a los músculos superficiales¹. La ecografía, TC y la resonancia magnética (RM) son muy útiles para el diagnóstico. La RM es especialmente útil en el primer estadio de la enfermedad, por su mayor sensibilidad. Una punción-aspiración o biopsia de los músculos afectados, con cultivos del pus obtenido, confirma el diagnóstico. Se ha comunicado que los hemocultivos son raramente positivos⁶, aunque éste no es un hallazgo uniforme en todas las series¹⁻³. Los urocultivos pueden ser positivos también en ocasiones, como sucedió en nuestro caso¹.

Los factores de riesgo para esta enfermedad incluyen la diabetes mellitus, la infección por virus de la inmunodeficiencia humana, las neoplasias, las enfermedades del tejido



conectivo y la adicción a drogas intravenosas^{3,7,8}. Otras condiciones que predisponen a sufrir la enfermedad son los traumatismos recientes sobre el área muscular afectada y la cirugía previa^{3,5,7}. Sin embargo, en un tercio de los pacientes no se reconocen factores de riesgo⁶.

La enfermedad puede ser tratada sólo con antibióticos en el primer estadio, pero como mencionamos anteriormente, raramente se diagnostica en esta fase. El drenaje quirúrgico o la aspiración del pus, junto con el tratamiento antibiótico intravenoso, son necesarios para tratar la fase supurativa de la infección. En algunos casos puede intentarse un drenaje percutáneo de los abscesos mediante punción guiada por TC.

En resumen, la piomiositis es una enfermedad relativamente rara, cuyo diagnóstico es difícil en la primera fase. Debemos destacar que en nuestro paciente se sospechó inicialmente una masa pulmonar, aunque la radiografía lateral y la exploración ya hubieran debido sugerir que la localización de la lesión era extrapulmonar, por lo que se retrasó 24 horas la realización de la TC, que fue la prueba esencial para

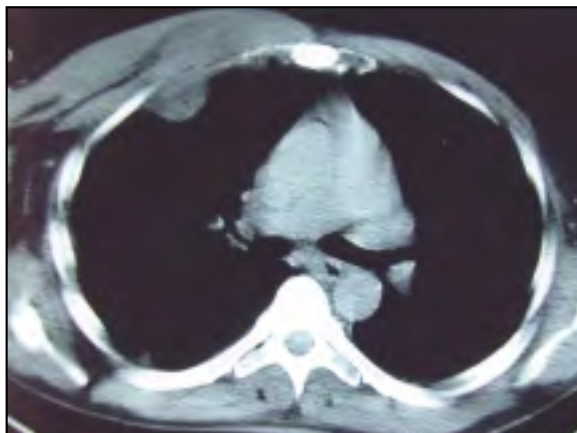


Figura 3. Tomografía computarizada torácica.

llegar al diagnóstico. Es, por lo tanto, importante que los clínicos tengan presente esta enfermedad, para evitar retrasos, que podrían llegar a ser fatales, en el diagnóstico y tratamiento de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Fox LP, Geyer AS, Grossman ME. Pyomyositis. *J Am Acad Dermatol* 2004;51:308-14.
- 2- Schar Schmidt TJ, Weiner SD, Myers JP. Bacterial Pyomyositis. *Curr Infect Dis Rep* 2004;6:393-396.
- 3- 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.
- 4- Christin L, Sarosi GA. Pyomyositis in North America: case reports and review. *Clin Infect Dis* 1992;15:668-77.
- 5- Chauhan S, Jain S, Varma S, Chauhan SS. Tropical pyomyositis (myositis tropicans): current perspective. *Postgrad Med J* 2004;80:267-70.
- 6- Dhillon SS, Adachi R. A 62-year-old man with shoulder pain. *Chest* 2004;126:614-6.
- 7- Patel SR, Olenginski TP, Perruquet JL, et al. Pyomyositis: clinical features and predisposing conditions. *J Rheumatol* 1997;24:1734-8.
- 8- Al-Tawfiq JA, Sarosi GA, Cushing HE. Pyomyositis in the acquired immunodeficiency syndrome. *South Med J* 2000;93:330-4.