

PRESENTACIÓN DE UN CASO

Piomiositis Tropical vs. Leptospirosis

Tropical Pyomyositis vs. Leptospirosis

Dr. Axel García Ducongé, Dr. Rodolfo Suarez Iznaga

Hospital Clínico Quirúrgico Universitario "Dr. Salvador Allende". La Habana, Cuba.

RESUMEN

La piomiositis es una infección bacteriana aguda o subaguda del músculo esquelético, caracterizada por la formación intramuscular de uno o más abscesos. Presentamos un paciente con cuadro clínico sospechoso de Leptospirosis y que en el transcurso de su ingreso se le diagnostica la piomiositis tropical. Se describe la evolución del paciente, los estudios realizados y el tratamiento indicado por los especialistas.

Palabras clave: miositis infecciosa, piomiositis tropical.

ABSTRACT

Pyomyositis is an acute bacterial infection or subacute skeletal muscle characterized by intramuscular formation of one or more abscess. A patient with leptospirosis-suspected clinical condition is presented here. During the course of his hospitalization, he is diagnosed with tropical pyomyositis. Patient outcomes, studies and treatment prescribed by specialists are described.

Keywords: Infectious myositis, tropical piomyositis.

INTRODUCCIÓN

La miositis es el término médico usado para definir la inflamación muscular. La inflamación daña las fibras musculares, lo que causa debilidad de los músculos porque impide la capacidad de contracción del músculo. Aunque puede causar dolor muscular y sensibilidad muscular, la debilidad es usualmente el síntoma dominante.¹⁻³

La miositis infecciosa ocurre como parte de una infección sistémica (en todo el cuerpo), especialmente una infección viral. Es especialmente común en personas que tuvieron gripe. La miositis está también causada por la triquinosis, una infección en la cual pequeñísimos parásitos invaden los músculos. Las personas pueden desarrollar esta infección al comer carne poco cocinada.¹⁻³

Un tipo de miositis infecciosa es la denominada piomiositis, una infección bacteriana que causa uno o más abscesos dentro del músculo. El agente etiológico más frecuentemente aislado es *Staphylococcus aureus* (SA), en un 95 % en áreas tropicales y en un 70 % en zonas de climas templado.¹⁻⁶

Los pacientes con piomiositis, usualmente tienen fiebre y el músculo con el absceso es doloroso a la palpación y levemente inflamado.¹⁻³

PRESENTACIÓN DEL CASO

- *Motivo de ingreso: "fiebre y dolores musculares"*.

- *Historia de la enfermedad actual: paciente de 20 años con antecedentes patológicos de apendicectomía hace 6 años. Fumador. Ocupación: músico.*

Quince días antes del ingreso, el paciente presentó un forúnculo en región glútea derecha que evolucionó hacia un absceso, por lo que recibió tratamiento con Ceftriaxona resolviendo aparentemente el proceso infeccioso.

Diez días antes del ingreso viaja a zona rural donde camina descalzo, está en contacto con animales (caballo, perros) y practica deportes acuáticos en piscina por un periodo de 3 días. A las 24 h después del regreso a su hogar, comienza con fiebre de 39-40 °C en forma de picos febriles, cefalea frontal y tos seca y dolores musculares. Se interpretó por el paciente como un refriado común. Después de 72 h de evolución al cuadro clínico se le añade dolor de moderada intensidad en cara anterior del muslo izquierdo y en región sacrolumbar, con marcada afectación de su estado general. El paciente llega al cuerpo de guardia de Medicina Interna con un cuadro febril de 7 días de evolución, dolores musculares y decaimiento.

Examen físico positivo al ingreso en Cuerpo de Guardia

- Abdomen: plano, depresible, doloroso a la palpación profunda. Meteorismo moderado. Ruidos hidroaéreos aumentados ligeramente.

- Sistema osteomioarticular: dolor a la palpación de forma moderada en los miembros inferiores. Aumento de volumen ligero y dolor exquisito en cara anterior del muslo izquierdo. No calor, ni rubor en la zona. Se conserva movilidad de la articulación de la rodilla izquierda.

Investigaciones realizadas en el Cuerpo de Guardia

1. Hemoglobina (14,1 g/L); Leucograma (12,4 × 10 000); Polimorfonucleares (86,89 %); Linfocitos (11,5 %); Monocitos (4,7 %); Conteo de plaquetas (166 × 10 000).
2. Creatinina= 94 mmol/L.
3. Parcial de orina: sin alteración.
4. Radiografía de tórax de senos perinasales: sin alteración.
5. Radiografía de miembro inferior izquierdo: sin alteración.
6. Ultrasonido de partes blandas del miembro inferior izquierdo No. 1. (31/03/2013): No se aprecian signos inflamatorios en 1/3 medio del músculo cuádriceps femoral izquierdo. No absceso en la zona.

Es valorado en el Cuerpo de Guardia por especialistas del Servicio de Ortopedia y se le impone tratamiento por posible contractura del músculo cuádriceps femoral izquierdo y se decide revaloración del paciente a las 48 h. Teniendo en cuenta el cuadro clínico, el examen físico y los estudios realizados al paciente se decide ingresar en el Servicio de Medicina Interna el 31/03/2013 con los siguientes diagnósticos:

1. Sospecha de Leptospirosis.
2. Miositis aguda asociada a contractura del músculo cuádriceps femoral izquierdo.
3. Descartar síndrome compartimental.

Se le impone tratamiento con Penicilina Cristalina 2 bb endovenoso c/6 h, relajantes musculares, antiinflamatorios, analgésicos e hidratación parenteral.

Estudios en Sala de Medicina Interna

1. Hb= 13,4 g/L; Leucograma= 10,0 × 10000; Polimorfonucleares (0,70); Linfocitos (0,30).
2. Eritrosedimentación= 70 mm.
3. Glicemia, pruebas funcionales hepáticas y renales sin alteración.
4. CPK= 252 U/L.
5. Ultrasonido abdominal No. 1 del 2/4/2013. Sin alteración.

El 3 de abril de 2013 el paciente continúa con fiebre nocturna de 38,5 grados, dolor en el muslo izquierdo con aumento significativo de volumen que se extiende hasta la rodilla. Se decide por médico de asistencia realizar un ultrasonido de partes blandas de la zona No. 2 y revalorar por Ortopedia:

- Ultrasonido de partes blandas en muslo izquierdo No. 2:

En proyección del músculo vasto externo del miembro inferior izquierdo existe una gran colección alargada de contornos irregulares que se extiende hasta la región suprapatelar con gran cantidad de elementos suspendidos en su interior y presencia de muy finos tabiques en su interior. El tejido muscular perilesional es ecogénico. Insercionitis del cuádriceps en la rótula izquierda con límites en la fosa suprapatelar. Adenopatía inflamatoria inguinal izquierda (Figs. 1 y 2).

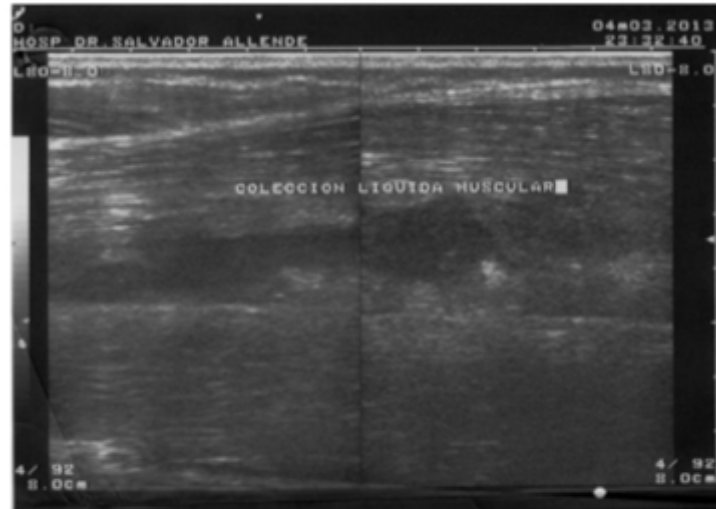


Fig. 1. Ultrasonido No.2 del muslo izquierdo donde se observa la colección purulenta en el músculo vasto externo.

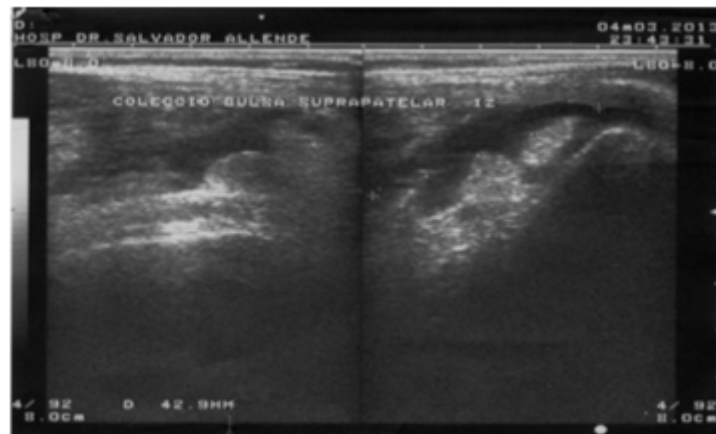


Fig. 2. Ultrasonido No.2 del muslo izquierdo donde se observa la colección purulenta en bolsa suprapatelar.

El paciente es revalorado por médicos del Servicio de Ortopedia el 03/04/2013 encontrando al examen físico un aumento del volumen del muslo izquierdo, focalizado a cara supero-externa, caliente, duro, no fluctuante, imposible flexionar la rodilla izquierda (maniobra de estiramiento compartimental positivo). Teniendo en cuenta lo encontrado al examen físico y los resultados del Ultrasonido No. 2 se plantea en la discusión de caso conjunta por los especialistas de Medicina Interna y Ortopedia el diagnóstico de miositis infecciosa aguda en fase de abscedación. Se expresa que por la historia de la enfermedad del paciente es un caso típico de una miositis infecciosa

del tipo piomiositis tropical. En este paciente se plantea la hipótesis que la causa del proceso podría ser el estafilococo aureus coagulasa positiva (primera causa bacteriana de esta enfermedad) cuyo origen pudo haber sido el forúnculo en región glútea derecha y que a los 15 días aproximadamente realizó un émbolo séptico al músculo vasto del muslo izquierdo estando en estos momentos en fase de abscedación. Se decide:

- Traslado al Servicio de Ortopedia para mejor seguimiento y tratamiento.
- Eliminar el diagnóstico de sospecha de Leptospirosis y suspender tratamiento con penicilina cristalina.
- comenzar tratamiento con cefotaxima (1g c/6 horas), gentamicina (80 mg c/8 horas) y metronidazol (500 mg c/8 horas) todos por vía endovenosa.

Una punción-aspiración con cultivo bacteriológico del absceso durante el ingreso del paciente confirmó la presencia de *Staphylococcus aureus*.

El resultado del test de Leptospira del paciente fue negativo.

El 5 de abril de 2013 el paciente deja de tener fiebre, aunque persisten signos inflamatorios en el muslo izquierdo. Se realiza un ultrasonido de partes blandas del muslo izquierdo evolutivo No 3. donde se informa que en el músculo vasto externo del miembro inferior izquierdo continúa la colección líquida que mide 87 × 13 mm, de contornos irregulares, contenido celular y tabiques gruesos. Presencia de sinovitis de rodilla izquierda (Fig. 3).

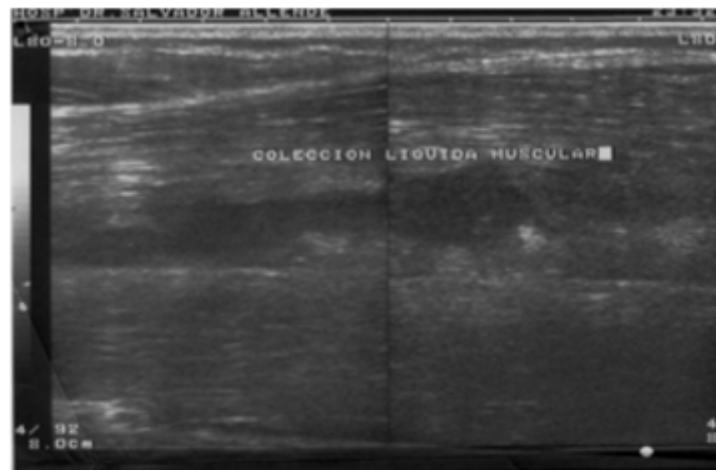


Fig. 3. Ultrasonido evolutivo No.3 en el muslo izquierdo donde se observa la colección purulenta en el músculo vasto externo.

En el Servicio de Ortopedia se valoró la posibilidad de drenar el absceso inicialmente, opción eliminada más tarde por la evolución satisfactoria del enfermo con la antibioticoterapia durante 3 semanas. El paciente se le dio alta hospitalaria y fue seguido en consulta externa por médicos de las especialidades de Ortopedia y Fisioterapia/Rehabilitación recuperándose totalmente.

DISCUSIÓN

La piomiositis fue descrita por J. Scriba en 1885, como una enfermedad infecciosa de los músculos esqueléticos recibiendo posteriormente el nombre de piomiositis tropical, por su mayor frecuencia en esta área geográfica. También está presente en países del África subsahariana.¹⁻⁶

Afecta predominantemente a hombres jóvenes entre la segunda y la tercera década de la vida. Existen diversos factores de riesgo: diabetes, neoplasias, enfermedades autoinmunitarias, infección por VIH, cirugía y traumatismos previos, pero en un tercio de los casos no se encuentra una causa predisponente.¹⁻⁶

Como en la mayoría de los pacientes no se identifica una puerta de entrada, se cree que se produce como complicación de una bacteriemia transitoria. Las localizaciones más habituales se producen en los miembros inferiores y los músculos del tronco donde existen músculos esqueléticos largos. La evolución generalmente de esta entidad ocurre entre las dos a cuatro semanas pero puede prolongarse hasta tres meses o más.¹⁻³

El estafilococos aureus es el responsable en el 95 % de los casos de esta enfermedad en áreas tropicales. El germen alcanza su localización a nivel de los músculos por vía sanguínea.^{1,3-5}

Otros gérmenes presentes son: estreptococos del grupo A afectan del 1 al 5 % de los casos, el estreptococos (grupos B, C y G), estreptococos neumoniae y estreptococos anginosus. También pueden estar implicados algunas enterobacterias (Escherichiacoli, Klebsiellaoxytocay Salmonella spp), gérmenes anaerobios y hongos.

Igualmente se ha informado de casos de Piomiositis Tuberculosa y Piomiositis Necrotizantes por M. Ariumcomplex en pacientes con infección por el VIH 5.¹⁻⁴

Según la historia natural de la piomiositis suele tener un comienzo subagudo y comprende tres estadios:

- Invasivo: cuadro subagudo; fiebre, dolor e inflamación del área de la lesión con eritema o sin este, durante la primera semana.
- Purulento o supurativo: de la segunda a la tercera semana, con formación de absceso en el músculo, con síntomas sistémicos como fiebre alta, dolor de la región, alteraciones de la marcha, con una zona indurada y eritema con formación de pus.
- Tardío: si el absceso no es tratado puede evolucionar a infección diseminada, bacteriemia, seguida de septicemia, *shock* séptico, falla renal hasta absceso metastásico.^{1-3,6}

Se describe una forma clínica multifocal, con gran toma del estado general, hiperpirexia marcada, anemia severa y semicomato, que se le llama Piomiositis fulminante y cuya gravedad es extrema por el marcado *shock* séptico que le acompaña.^{1,2,6}

El tratamiento adecuado lleva a la recuperación completa del paciente en la mayoría de los casos, pero se han comunicado complicaciones, como osteomielitis del hueso adyacente, debilidad residual, impotencia funcional, cicatrices musculares y hasta un

10% de mortalidad en el período agudo. El diagnóstico y tratamiento precoz de la entidad es un factor determinante para evitar las complicaciones.^{1,2,5,6}

El paciente presentado en este estudio siguió la evolución natural de la enfermedad, que se diagnosticó en el estadio 2: purulento o supurativo. Lo más frecuente en este período de la entidad es el drenaje del absceso y la instauración de la terapéutica antibiótica oportuna, aunque en algunos individuos un buen esquema de antibioticoterapia ha sido la única variante terapéutica utilizada con excelente evolución. En el caso de este paciente solo se utilizó la antibioticoterapia de amplio espectro resolviéndose totalmente el cuadro sin complicaciones.³⁻⁵

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Runia AJ, Schasfoort A, Kerver AJ, Van der Ham AC. A rare case of pyomyositis due to swine flu. *Journal Surgical Case Reports*. 2011 April; 2011.[Consultado el 15 de Septiembre de 2013];(4):7. doi: 10.1093/jscr/2011.4.7
2. Jozefkowicz M, Jorrat Méndez J. Piomiositis primaria por *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente proveniente de la comunidad. *Arch. argent. pediatr*. 2008 [Consultado el 30 de Junio de 2013]; 106(6). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=s0325-00752008000600014&script=sci_arttext
3. García C, Hallin M, Deplano A, Denis O, Sihuincha M, de Groot R, Jacobs, J. *Staphylococcus aureus* Causing Tropical Pyomyositis, Amazon Basin, Peru. *Emerging Infectious Diseases*. 2013; 19(1):23-125. doi: 10.3201/eid1901.120819
4. Hyeon L M, JinByon H, Jun Jung H, Cha YD, Ik Lee D. Pyomyositis of the iliacus muscle and pyogenic sacroiliitis after sacroiliac joint block. *Korean J Anesthesiol*. 2013 May; 64(5): 464-468. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4097/kjae.2013.64.5.464>
5. Olson DP, Soares S, Kanade SV. Community-Acquired MRSA Pyomyositis: Case Report and Review of the Literature. *J Trop Med*. 2011;2011: 970848. doi: 10.1155/2011/970848.
6. Koudela K Jr, Koudela K Sr, Koudelová J, Kunesová M. Secondary pyomyositis of hip muscles (non-tropical pyomyositis)]. *Acta Chir Orthop Traumatol Cech*. 2008 [Consultado: 12 de Septiembre de 2013]; 75(3):196-204. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18601818#>

Recibido: 4 de enero de 2015

Aprobado: 2 de abril de 2015.

Dr. Rodolfo Suarez Iznaga. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Máster en Medicina Natural y Bioenergética. Hospital Clínico Quirúrgico Universitario "Dr. Salvador Allende". Calzada del Cerro No. 1551. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: rodolforez@infomed.sld.cu