



Piomiositis multifocal en paciente con omalgia. A propósito de un caso

Pérez del Río V, Martín García F, Fdez Arroyabe Saez de Ojer N, Garcia de Quevedo Puerta D.

Hospital Regional Universitario Málaga

OBJETIVOS

La piomiositis multifocal es una infección infrecuente y potencialmente grave, que exige un diagnóstico y tratamiento precoz. Nuestro objetivo es realizar una revisión bibliográfica a propósito de un caso

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Paciente de 56 años que durante su ingreso en Neurocirugía para biopsia cerebral por LOE cerebral y sin otros antecedentes de interés, desarrolla omalgia izquierda atraumática con gran impotencia funcional. Días después refiere coxalgia bilateral que le dificulta la deambulación. Ante el reciente diagnóstico oncológico y para descartar proceso metastásico se solicita RM de hombros y caderas que muestra colecciones en múltiples niveles.

RESULTADOS

Se objetiva además bacteriemia por *Staphylococcus aureus* multis, por lo que se inicia tratamiento antibiótico con Cefazolina 2 gramos intravenoso cada 8 horas durante 3 semanas y se decide drenaje percutáneo de las colecciones que presentaba tanto en hombro izquierdo como en tensor de fascia lata de muslo derecho.

Presenta evolución satisfactoria por lo que es dado de alta hospitalaria, pero dos días después comienza con dolor intenso en adductores de ambos miembros inferiores y tumefacción en región acromioclavicular. Se realiza nueva RM que comparada con la previa destaca un importante aumento de los abscesos de los músculos obturadores y adductores. La colección en el tensor de la fascia lata había desaparecido aunque persistían cambios inflamatorios musculares. También se describen colecciones pélvicas que están en comunicación con los abscesos obturadores que se extienden por la sínfisis del pubis y se localizan retropúbicas, una media y otra parasagital izquierda. Se identifica una irregularidad de la superficie de la sínfisis del pubis con discreto edema medular adyacente, sugerente de osteítis vs osteomielitis infecciosa, más evidente en la superficie derecha.

Es nuevamente sometido a drenaje percutáneo de colecciones de músculos adductores por parte de Radiología Intervencionista y se inicia antibioterapia con quinolonas oral (levofloxacino 750 mg al día) durante 4 semanas.

Fig 1

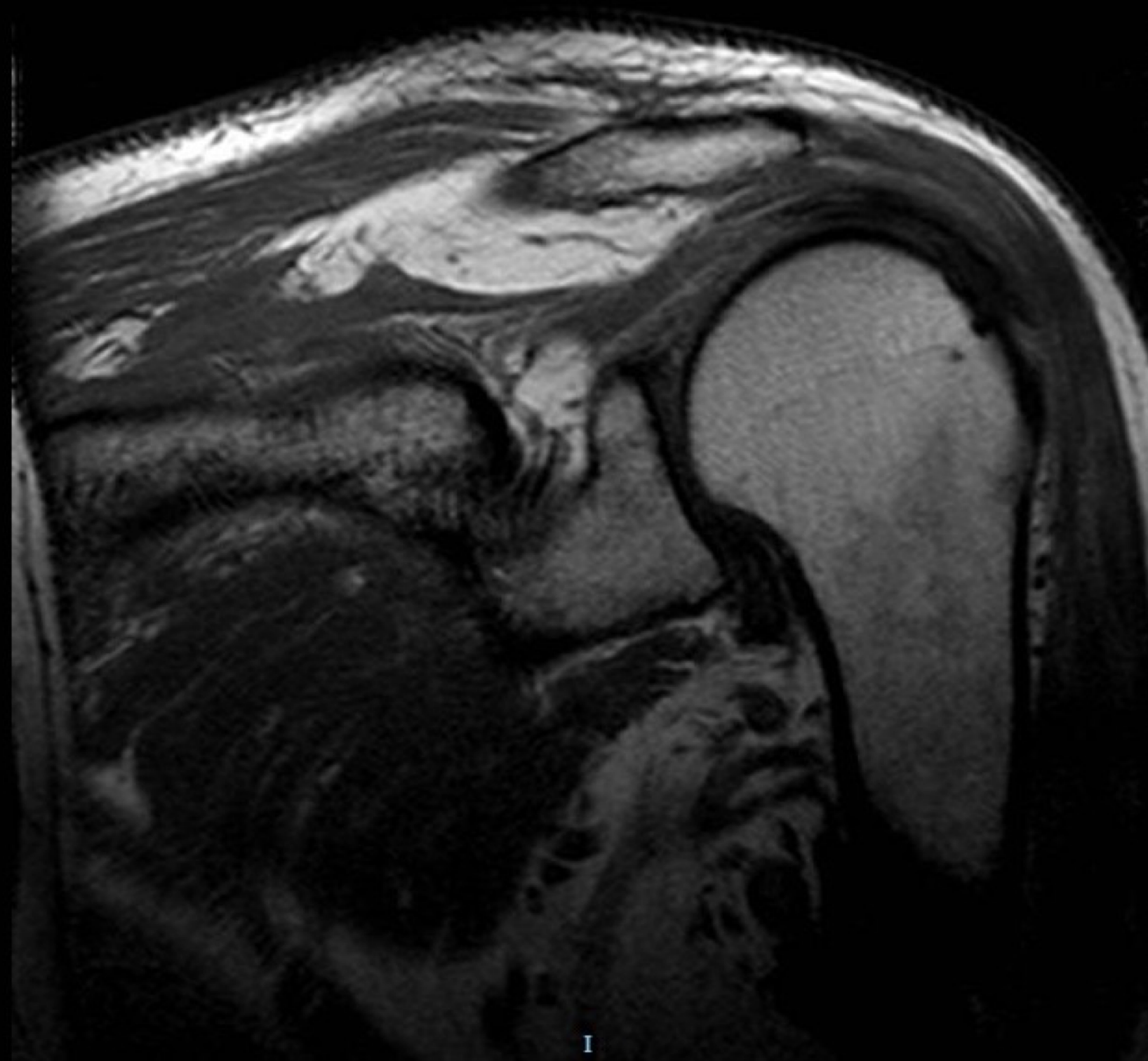


Fig 2



CONCLUSIONES

Originariamente fue descrita en regiones tropicales por lo que se conoció inicialmente como piomiositis tropical; sin embargo, su incidencia en climas templados se encuentra en incremento, con posterioridad al surgimiento de la epidemia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y ha pasado a ser denominada en este medio como piomiositis no tropical.

Los grupos musculares que se afectan mayoritariamente se sitúan en la región proximal de los miembros inferiores y cintura pélvica. Los sitios menos afectados son la pared abdominal, torácica y paraespinales. No obstante, cualquier músculo puede involucrarse y la distribución multifocal es la regla

El agente causal más frecuente es el *Staphylococcus aureus*.

El reconocimiento temprano como el tratamiento oportuno son necesarios dado que rápidamente puede desarrollarse un cuadro grave, y sus manifestaciones clínicas son similares a una celulitis o un absceso en las primeras etapas