



<https://www.revclinesp.es>

I-116 - ESTUDIO DE LOS CASOS DE PIOMIOSITIS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL Hospital UNIVERSITARIO DE GETAFE

H. Notario Leo¹, C. Morales García², A. Payo Martínez¹, A. Cardona Arias¹, B. Martínez Cifre¹, E. Aranda Rife¹, B. Pérez Álves¹ y A. Monereo Alonso¹

¹Medicina Interna; ²Universidad Europea de Madrid. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).

Resumen

Objetivos: Descripción de la epidemiología, características clínicas y manejo de los casos de piomiositis o miositis infecciosa en el servicio de Medicina Interna.

Material y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de los casos de piomiositis como diagnóstico principal ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Getafe (HUG) entre enero 2009 y diciembre 2015.

Resultados: De los 13 casos analizados, 9 (69,2%) fueron varones y la edad media era 59,7 años (DE 19,1). Entre los factores de riesgo se identificó diabetes mellitus y antecedente de infección de partes blandas en 5 pacientes cada uno (38,5%), antecedente de traumatismo en 3 (23,1%), cirrosis hepática en 3 y el uso de drogas por vía parenteral en 1 (7,7%). Durante el cuadro, la fiebre fue identificada en 9 casos (69,2%), 12 pacientes referían dolor (92,3%) y 11 (84,6%) contracción muscular. El eritema se objetivó en 10 (72%) y en 8 había edema (68%). Se localizaban 5 casos (38,5%) en musculatura del cuello, 3 (23,1%) extremidades superiores, 3 en pelvis y 2 (7,7%) extremidades inferiores. La elevación de PCR se objetivó en 12 casos (92,3%), con un valor medio de 86,4 (DE 80,4) y leucocitosis en 9 (69,2%). La VSG se solicitó en 6 pacientes (47,2%) con un valor medio 77 (DE 38). Se enviaron muestras microbiológicas en 12 casos (92,3%). La mitad fueron hemocultivos de los cuales 50% (3) fueron positivos. Las otras 6 muestras se obtuvieron de aspirado de partes blandas, positivas todas ellas. El 46,2% (6 casos) fueron *S. aureus* sensible a meticilina [SASM], el resto *S. aureus* resistente a meticilina, *S. coagulasa negativo*, *E. corrodens* y *E. faecium*. Todas las muestras fueron monomicrobianas. Las pruebas de imagen utilizadas fueron RMN, TC y ecografía. La RMN se realizó en 10 pacientes (76,9%), 3 de ellos de forma aislada (23,1%), 4 con eco o TC y en 3 de ellos se realizaron las 3 pruebas (23,1%). Hubo un único paciente en el que no se realizaron pruebas de imagen. Todos los pacientes fueron tratados, 8 (61,5%) exclusivamente con antibioterapia y 5 necesitaron además cirugía (38,5%). El 38,5% (5) recibieron monoterapia y 3 (23,1%) requirieron triple terapia. La cloxacilina fue utilizada en 7 (53,8%), cotrimoxazol, amoxicilina-clavulánico y levofloxacino en 3 cada uno (23,1%) y vancomicina en 2 casos (15,4%). No hubo ningún fallecido.

Discusión: En congruencia con la literatura, el SASM sigue siendo el patógeno responsable más frecuentemente aislado pese a un número creciente de casos de resistencia a meticilina. Los principales factores de riesgo fueron DM y el antecedente de infección de partes blandas. Llama la atención la ausencia de pacientes infectados por VIH en nuestra serie, siendo este un factor de riesgo importante recogido en la literatura (probablemente en relación con la disminución de usuarios de drogas por vía parenteral). Dada la

inespecificidad de la clínica y datos de laboratorio, las técnicas de imagen tienen un papel esencial en el diagnóstico. La RMN es la prueba de elección, aunque su alto coste y su baja disponibilidad supone dificultades en el diagnóstico urgente. En nuestro estudio ha predominado su uso frente a la ecografía o el TC y en muchos casos se ha recurrido a la combinación de varias técnicas. Hay que destacar la gran utilidad de los estudios microbiológicos, en especial los cultivos de muestra directa, siendo muy inferior la rentabilidad de los hemocultivos. El tratamiento antibiótico ha sido eficaz en todos los casos observándose menor necesidad de cirugía que lo descrito en otros trabajos.

Conclusiones: La piomiositis es una enfermedad con baja incidencia en nuestro medio, lo que hace difícil su estudio y experiencia en el manejo. Por ello, es importante estar alerta ante una clínica compatible que suele ser inespecífica. La RM junto con una correcta muestra microbiológica nos permite un diagnóstico más exacto y la instauración de un tratamiento antibiótico dirigido, que pueda evitar tratamientos invasivos y complicaciones.