



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/2056 - MÁS ALLÁ DE UNA SIMPLE CELULITIS

C. Celada Roldán^a, M. García Aroca^b, C.G. Zambrano Clavier^c, C. Sánchez Pérez^d, M.J. Conesa Espejo^d, K.P. Baldeón Cuenca^e, M.S. Fernández Guillén^f, E.M. Fernández Cueto^g, M. Boksan^h y E. Schmucke Fortty^h

^aMédico Residente de 2º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^bMédico Residente de 3º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia. ^eMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Besaya. Torrelavega. Cantabria. ^fMédico de Familia y Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar. Murcia. ^gMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar Mar Menor. Cartagena. Murcia. ^hMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casco Antiguo. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 57 años que acude a nuestro Centro de Salud por dolor e impotencia funcional en miembro inferior derecho de tres días de evolución, con aumento de perímetro y aumento de temperatura local con sensación febril sin termometrar, sin otra clínica concurrente. Niega traumatismos previos, intervenciones quirúrgicas ni episodios infecciosos recientes. Como antecedentes destacar HTA en tto con ARA II y diuréticos. DMII en tratamiento con ADO. Exfumador. SAHS muy severo, síndrome de hipoventilación y obesidad mórbida requiriendo oxigenoterapia domiciliaria. Gonartrosis bilateral avanzada que le condiciona vida sedentaria.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general. Hipotenso (TA: 90/62), Fiebre 38,5°. Obesidad mórbida, eupneico en reposo, Sat 96-97% con gafas nasales. Auscultación cardiopulmonar con disminución generalizada del murmullo vesicular. Abdomen anodino. Miembros inferiores: marcados signos de IVC con edemas bilaterales. En miembro inferior derecho moderada tumefacción eritematosa desde tobillo hasta rodilla, con aumento de temperatura local y dolor. Presencia de úlceras en zona pretibial y de flictenas en cara posterior, sugestivas de fascitis necrotizante. Pulsos pedios indetectables. Ante la inestabilidad hemodinámica se deriva al paciente a Urgencias para estabilización y estudio. Rx tórax: cardiomegalia muy importante con hilios congestivos Bioquímica: proteína C reactiva: 0,9. Hemograma: leucos: 17,7 (N: 87,5%). Dímero D < 500. Hemocultivos: estreptococo grupo C Sensible a penicilina. Eco doppler: Marcado edema en tejido celular subcutáneo de toda la pierna en relación con celulitis y aumento difuso de la ecogenicidad de los diferentes grupos musculares en posible relación con miositis. En ecos de control no se observan colecciones drenables. TAC partes blandas: Imposible realizar.

Juicio clínico: Piomiositis por estreptococo grupo C en miembro inferior derecho.

Diagnóstico diferencial: Trombosis venosa profunda, celulitis, fascitis necrotizante, gangrena gaseosa, miositis vírica/parasitaria, hematoma muscular, osteomielitis, artritis sépticas, sarcoma de

tejidos blandos, sepsis.

Comentario final: La piomiositis primaria o "tropical", es una infección intramuscular bacteriana subaguda no secundaria a traumatismo poco frecuente en nuestro medio, cuya incidencia ha aumentado sobretodo en pacientes inmunodeprimidos. El principal agente implicado es el *S. aureus* (90%) siendo poco frecuente el aislamiento de otros agentes (*Streptococcus* Grupo A, micobacterias, etc.). El abordaje terapéutico dependerá de la fase en la que se encuentre la infección por lo que es esencial desde Atención Primaria el estudio de factores predisponente así como un diagnóstico precoz de los estadios iniciales (fase 1: celulitis, fase 2: absceso intramuscular) con buena respuesta a antibiototerapia y/o drenaje quirúrgico para evitar progresar a la fase 3: sepsis de elevada mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Navarro-López V, Ramos JM, Meseguer V, Perez-Arellano JL, Serrano R, García-Ordóñez MA, et al. (Grupo de estudio de enfermedades infecciosas de la SEMI). Microbiology and outcome of iliopsoas abscess in 124 patients. *Medicine*. 2009;88:120-30.
2. Baraia-Etxaburu J, Martínez A, Oleaga L, Zubero Z, Cisterna R, Santamaria JM. Colección intramuscular en paciente infectado por HIV. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1994;12:263-4.
3. Crum-Cianflone NF. Infectious myositis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2006;20:1083-97.
4. Moralejo-Alonso L, Alonso-Claudio G. Piomiositis. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:666-70.