



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1416 - Celulitis que no curan: ¿piomiositis?

S. López Aguilera^a, J.A. López Freire^a, P. Martínez Arias^a, M.D. Martos Morillo^b, M.A. Catalán Moreno^a, E. Pérez Valle^b, N. Enríquez Sánchez^c, C. Silva Monteiro^c, M. Lorenzo Borda^c y T. Martín Quiles^a

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Américas. Parla. Madrid.

^bMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Américas. Parla. Madrid.

^cMédico de Familia. Centro de Salud Las Américas. Parla. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 68 años, hipertenso, diabético tipo II en tratamiento con insulino terapia y enfermedad vascular periférica (amputación infracondílea en MII tras by-pass femoro-poplíteo con mala evolución clínica) e isquemia grado IV en MID. Consulta en atención primaria por lesión eritematosa en hombro derecho desde hace 5 días, asintomática, sin que exista traumatismo o picadura en dicha localización. El paciente no había presentado fiebre ni otros síntomas sistémicos.

Exploración y pruebas complementarias: Se observa en región supraescapular derecha un eritema no doloroso con telangiectasias de aproximadamente 10 × 5 cm, leve aumento de temperatura sin otros datos sugerentes de infección. La exploración osteomuscular y neurovascular del hombro es normal. Desde atención primaria se solicita analítica sanguínea en la que se observa importante aumento de reactantes de fase aguda. Se inicia antibioterapia con amoxicilina-clavulánico ante la sospecha de celulitis aguda. A los 15 días de tratamiento antibiótico sin que se produzca mejoría clínica de la lesión, se decide derivar al paciente a urgencias hospitalarias para completar estudio. Allí se le realizan TAC y RM en las que describen: afectación ósea de la articulación acromioclavicular, con alteración de la cortical del acromion y del tercio proximal de la clavícula, hallazgos que son altamente sugerentes de piomiositis abscesificada/hematoma abscesificado del deltoides y supraespinoso derechos, complicada con osteomielitis que compromete la articulación acromio-clavicular. Se ingresa al paciente para realizar drenaje de la lesión y antibioterapia intravenosa durante un mes, sin que se produzcan complicaciones durante el mismo.

Juicio clínico: Piomiositis/hematoma abscesificado de deltoides derecho con osteomielitis de articulación acromioclavicular derecha.

Diagnóstico diferencial: Contusión, hematoma, celulitis, trombosis venosa profunda, infecciones necrotizantes de partes blandas, artritis, neoplasia.

Comentario final: La piomiositis es una entidad grave y poco frecuente que ocurre principalmente en miembros inferiores en pacientes inmunodeprimidos o en los que ha existido una puerta de entrada. Desde atención primaria debemos sospecharla cuando exista una lesión compatible con celulitis, fiebre, intenso dolor y mala evolución clínica con antibioterapia habitual. El diagnóstico

requiere realización de RM/TAC y exudado de la lesión para poder realizar un tratamiento con antibioterapia intravenosa dirigida al microorganismo responsable (principalmente *S. aureus*). En estadios avanzados es necesario realizar drenaje quirúrgico de la lesión y mantener el tratamiento antibiótico intravenoso durante 3-4 semanas. Posteriormente habrá que confirmar la resolución con pruebas de imagen. Esta entidad conlleva una mortalidad aproximada de un 10%, asociada a bacteriemia, endocarditis, shock séptico, fracaso renal agudo o rabdomiolisis, entre otros. Por tanto, ante la sospecha clínica de infección de piomiositis/fascitis necrotizante debemos derivar al paciente de manera urgente para no demorar el diagnóstico y tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baddour L, Keerasuntornpong A. Pyomyositis [sede Web]. Jul 2, 2014. Acceso Julio 2015. Uptodate. <http://www.uptodate.com/>
2. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the infectious diseases society of America. *Clin Infect Dis.* 2014;59:147.