



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2275 - DOLOR LUMBAR Y FIEBRE. ¿POR QUÉ SOLO PENSAR EN PIELONEFRITIS AGUDA?

M. Vigil Velis^a, M.M. Antonio González^b, M. Solana Palazón^c, J. Ballesta Lozano^c, S. Hernández Baño^c, M. Serna Martínez^c, S. Herreros Juárez^c, M.J. Rico Lledó^d, L. Monteagudo González^e y L.M. González Torres^f

^aIntensivista; ^dMédico Residente de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. ^cMédico Residente. Centro de Salud Cieza

Oeste. Murcia. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia-Infante. Murcia.

^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Floridablanca. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: AP: no RAM. DM. No tóxicos. Tratamiento: metformina/vildagliptina. EA: Varón, 53 años. Desde hace una semana, dolor lumbar irradiado a MID exacerbado con esfuerzos, sensación distérmica y sudoración. Asoció dolor abdominal cólico, vómitos y diarrea acuosa. Hace tres días, dolor en MSD con tumefacción. Previo a su ingreso comienza con disuria.

Exploración y pruebas complementarias: EF: CyO, PAS: 103 mmHg PAD: 65 mmHg FC: 128 lpm. FR: 22 rpm. SatO₂: 99% T^a: 36,5° C. CyO. MEG. Frío, sudoroso. ACP: rítmico, sin soplos. MVC. Abd: no doloroso. RHA disminuidos. MMII: frialdad distal sin edemas ni signos de TVP. Pulsos presentes. MMSS: tumefacción de ambos miembros, mayor en el derecho. Pulsos presentes. Hemograma: Hb: 14,6 g/dL Leuc: 6,4 × 10³/uL. N: 92%. Pla_q: 35,0 × 10³/uL. Bioquímica: Gluc: 241,0 mg/dl. Creat: 1,79 mg/dl. Na: 133,0 mmol/L. K: 4,0 mmol/L. CPK: 2.646,0 U/L. Procalcitonina 34,0. PCR: 22,55 mg/dl. GSV: pH: 7,33. pCO₂: 35,8 mmHg. EB: -6,3 mmHg. Coagulación: act prot: 78,0%, dímero D 12.980,0 ng/mL. ECG: RS a 100 lpm. Rx tórax: no cardiomegalia. Sin infiltrados. TC toraco-abdominal (se incluyen MMSS): no TEP. Absceso en músculo psoas-iliaco derecho < 3 cm. Distensión de asas intestinales probablemente secundaria al absceso descrito. En MMSS: alteración difusa en planos musculares del brazo derecho y edema subcutáneo con lengüetas de líquido en paredes torácicas y abdominopélvicas. Hemocultivos: SAMS.

Juicio clínico: Shock séptico secundario a piomiositis por SAMS.

Diagnóstico diferencial: Contractura muscular. Celulitis. TVP. Osteomielitis. Artritis séptica. Neoplasias. Mionecrosis clostridial. Fascitis necrotizante. Miositis gangrenosa espontánea. Infarto muscular en DM

Comentario final: La piomiositis es una infección purulenta del musculo esquelético, muy infrecuente en nuestro medio, producida habitualmente por S. Aureus. Suele afectar a hombres y darse en pacientes sanos, aunque existen factores predisponentes: traumatismos, ADVP, malnutrición, inmunodepresión (VIH, DM, neoplasias, cirrosis, insuficiencia renal, trasplante de órganos y administración de inmunosupresores). De curso insidioso, suele afectar a cuádriceps,

glúteos y psoas ilíaco. El tratamiento habitual consiste en drenaje de las colecciones y antibioticoterapia.

Bibliografía

1. Tics, R, Melgarejo W, Fuentes-Dávila A, Ortíz J, Zegarra J. Presentación atípica de piomiositis tropical difusa de psoas por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2012;29:135-8.
2. Baddour LM, Keerasuntornpong A. Pyomyositis.. Uptodate, 2016.

Palabras clave: *Piomiositis. Lumbalgia. Sepsis.*