



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



424/3011 - DOCTOR, ME DUELE EL PECHO

E. Llinares Climent¹, M. Ferrer Albors², M. Reyes Jara³ y M. Bou Collado³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Les Foietes. Alicante. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alfas de Pi. Alicante. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Marina Baixa. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 14 años que consulta por dolor centrotorácico de corta evolución. Ante la inespecificidad de la sintomatología, se decide actitud expectante. 48 horas después inicia fiebre de hasta 40°, acudiendo nuevamente y siendo remitida a Urgencias Hospitalarias, donde no se observan hallazgos patológicos en las pruebas complementarias, por lo que se orienta hacia origen mecánico del dolor. Una semana después, aparece una tumoración en región esternal, dolorosa a la palpación y con los movimientos. La madre destaca que el mes anterior estuvo en tratamiento antibiótico por una infección cutánea a nivel pilar que fue tratada con ATB vía oral.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. TEP estable. No aspecto séptico. Glasgow 15. Activa y reactiva. ACP: rítmica sin soplos ni roces. MVC sin ruidos sobreañadidos. Tórax: induración bien delimitada de 10 × 7 cm en región centrotorácica, caliente al tacto y dolorosa a la palpación. No adenopatías locorregionales. Abdomen: blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal. Hemograma: leucocitos 11,37 mil, neutrófilos 74,9%, linfocitos 12,2%. Bioquímica: CK 28. Troponina I < 0,03 PCR 10,60. Hemocultivos/exudado PAAF de la tumoración: Positivo pasa S. aureus. ECG: RS a 75 l/m. PR < 0,20. QRS > 0,12. Ondas T negativas en DIII y AVF. Rx tórax: ICT < 0,5 SCF libres. No se aprecian masas, condensaciones ni lesiones óseas. Ecografía torácica: en región paraesternal derecha se aprecia engrosamiento con áreas hipoeoicas confluentes mal delimitadas con incremento difuso de la vascularización. RMN tórax: hallazgos compatibles con piomiositis en pared muscular torácica anterior y osteomielitis en cuerpo del esternón.

Orientación diagnóstica: Inicialmente la clínica inespecífica orientó hacia una causa mecánica por lo que el diagnóstico se retrasó hasta disponer de alteraciones en las pruebas complementarias y cambios clínicos que orientaron hacia un origen infeccioso del episodio, permitiendo iniciar el tratamiento antibiótico y resolver el caso.

Diagnóstico diferencial: Dolor osteomuscular. Infección respiratoria.

Comentario final: La piomiositis es una infección infrecuente y de difícil diagnóstico precoz por lo que debemos considerarla en el diagnóstico diferencial de fiebre, dolor osteomuscular localizado y/o impotencia funcional ya que ésta es la clave para iniciar una antibioterapia precoz y minimizar las secuelas.

Bibliografía

1. Llorente L, Vazquez S, Iñigo G, et al. Piomiositis en los niños: no sólo una enfermedad tropical. *An Pediatr (Barc)*. 2007;67(6):578-81.

Palabras clave: Osteomielitis. Piomiositis. Dolor torácico.