



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Varón joven con fiebre y dolores musculares tras acudir al dentista



Young male with fever and muscle pain after a visit to the dentist

Carla de la Guerra Acebal^{a,*}, Ana Moreno Rodrigo^a, José María Manterola Martija^b e Idoia Madariaga Ordeñana^a

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital de Mendaro, Mendaro, Guipúzcoa, España

^b Servicio de Microbiología, Hospital de Mendaro, Mendaro, Guipúzcoa, España

Caso clínico

Varón de 28 años, sin ningún antecedente médico de interés, que ingresa en nuestro servicio por fiebre de hasta 38,5 °C de una semana de evolución y dolor gemelar bilateral tras la toma de 2 dosis de levofloxacino, que en las últimas horas le impide la deambulación. Los días previos se había realizado una limpieza bucal en el odontólogo y el primer día del cuadro febril corrió una carrera de 7 km. En la exploración física destacaba únicamente dolor en ambos gemelos al roce, con dificultad para mantener la bipedestación, sin focalidad neurológica alguna asociada; el resto de la exploración resultó anodina. Con la sospecha clínica de probable cuadro viral y efecto adverso de tratamiento con quinolonas, se decidió mantener actitud expectante y realización de ecografía muscular que resultó normal.

Evolución

A las 72 h continuaba con febrícula, dolor gemelar que se había intensificado en el lado izquierdo y no se conseguía controlar con analgésicos y empeoramiento analítico con aparición de datos de daño tisular: CK 5316 U/l, LDH 483 U/l y GOT 144 U/l, sin leucocitosis ni neutrofilia, pero sí con una PCR elevada (185 mg/l). Por todo ello, se decide realizar una TAC en la que se observó engrosamiento del músculo sóleo izquierdo con áreas hipodensas, de contornos mal definidos, sugestivos de miositis con áreas flemonosas, confirmado posteriormente mediante RM (fig. 1). Ante tal hallazgo, se inició antibioterapia de amplio espectro con ceftriaxona y clindamicina, tras la realización de forma urgente de fasciectomía de la zona, con toma de muestra para cultivo y con rápida mejoría del cuadro clínico. Tanto los hemocultivos repetidos como las serologías realizadas resultaron negativas, pero en la pieza quirúrgica se aisló *Streptococcus sanguis* sensible a penicilina G. La identificación a nivel de especie se realizó por el sistema automático Vitek[®] 2



Figura 1. Engrosamiento y edema parcheado de bordes mal delimitados en sóleo izquierdo compatible con miositis.

Compacto y se comprobó por el sistema MALDI-TOF (score 2242). Ajustado el tratamiento antibiótico al antibiograma, el paciente continuó evolucionando de forma favorable, afebril, con importante mejoría del dolor y con normalización de los parámetros analíticos de daño muscular.

Diagnóstico

Miositis de sóleo izquierdo por *Streptococcus sanguis*.

Comentario

La miositis corresponde a una inflamación y necrosis muscular, de origen infeccioso o no. Las de origen infeccioso son más

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carla.dlga@gmail.com (C. de la Guerra Acebal).

frecuentes en áreas tropicales y por *Staphylococcus aureus*¹, aunque en nuestro medio está aumentando el número de casos descritos y también el de microorganismos aislados².

Nosotros presentamos un caso de miositis por *Streptococcus sanguis*, tras realización de ejercicio físico. La patogenia sigue siendo un enigma pero todo indica a que el daño muscular secundario a realización de ejercicio debe de jugar un importante papel³; así como también la presumible bacteriemia transitoria tras manipulación dentaria. El diagnóstico clínico puede ser difícil ya que si la afectación muscular es profunda, los signos locales no son aparentes. La ecografía muscular es a menudo normal en las fases iniciales, siendo la TAC, y especialmente la RM, las técnicas más sensibles. Los hemocultivos resultan negativos hasta en un 35-40% de los casos^{1,2,4,5}, precisando en muchas ocasiones de una pieza quirúrgica para la confirmación microbiológica. Analíticamente las enzimas de daño muscular (CK, GOT, aldolasa) pueden resultar normales si la afectación es muy localizada. Un tratamiento antibiótico adecuado y el abordaje quirúrgico son críticos para la curación de la enfermedad. La duración del tratamiento antibiótico no está bien definida, pero se aceptan unas 4-6 semanas²⁻⁴. Por todo ello, debemos incluir a la piomiositis en el diagnóstico diferencial de todo paciente con

fiebre y dolor muscular (con o sin inflamación local), para un precoz diagnóstico y adecuado tratamiento⁶.

Agradecimientos

Al Dr. José María García-Arenzana del Hospital Universitario Donostia, por la identificación con el sistema MALDI-TOF, y al servicio de Traumatología del Hospital de Mendaro.

Bibliografía

1. Crum-Cianflone NF. Bacterial, fungal, parasitic and viral myositis. *Clin Microbiol Rev.* 2008;21:473–94.
2. Martín-Millán M, García-Ibarbia C, Gutiérrez-Cuadra M, Gutiérrez-Santiago M, Fernández-Sampedro M, González-Macías J, et al. Piomiositis: una revisión retrospectiva en un hospital terciario del norte de España. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2006;24:173–7.
3. López C, Padilla S, Lambert K, Gutiérrez F. Piomiositis pélvica con bacteriemia por *Staphylococcus aureus* en dos adolescentes sanos después de ejercicio intenso. *Rev Clin Esp.* 2012;212:e1–3.
4. Crum-Cianflone NF. Infection and musculoskeletal conditions: Infectious myositis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2006;20:1083–97.
5. Moralejo L, Alonso G. Piomiositis. *Med Clin (Barc).* 2005;125:666–70.
6. Grau JM, Casademont J. Miositis. *Med Clin (Barc).* 1992;99:218–20.