**PIOMIOSITIS**

**Autores: Florencia Cibanal, Mariano Arenas, Aldana Gimenez, Sandra Zapata**

**Servicio Clínica Médica**

**Mail:**[**samazap@gmail.com**](mailto:samazap@gmail.com)

Introducción:

La piomiositis es una infección bacteriana aguda del músculo esquelético producto de probable diseminación hematógena de su agente causal cuyo punto de partida no siempre es dilucidado, generalmente con formación de abscesos. De prevalencia desconocida puede clasificarse en primaria (Piomiositis Tropical) o secundaria a traumatismos penetrantes, infecciones óseas, de tejidos blandos a distancia o adyacentes.Presenta mayor incidencia en zonas tropicales y hombres menores de 45 años. La mortalidad asciende al 10% si el diagnóstico es tardío. S. aureus es el principal agente etiológico (70%).

Caso:

Se presenta paciente femenina de 68 años de edad, con residencia en CABA. Hipertensión arterial. Insuficiencia renal crónica. Motivo de internación: Sindrome confusional de causa multifactorial por anemia y alteraciones electrolíticas asociada a infección de piel y partes blandas en región trocantérica izquierda secundaria a caída desde altura. Examen físico: vigil con tendencia a la somnolencia. Lesión ulcerada de 5 cm con drenaje purulento en región trocanterica izquierda. Laboratorio de ingreso: hematocrito de 15% y hemoglobina de 5%, leucocitosis de 25.900/mm, urea 137 mg/dl, creatinina 3mg y potasio 6,3 meq. pH 7,34 y bicarbonato 10mm/l. eritrosedimentación 80. Serologías no detectadas. Ecografía: colección de piel y partes blandas de contenido heterogéneo de 65 x 14mm. Se realiza toilette quirúrgica, rescate en muestra de cultivo Staphylococcus Capitis. Cumple diez días de antibioticoterapia con vancomicina. Múltiples intercurrencias infectológicas con diferentes rescates en hemocultivos (P. Aeruginosa BLEE/Acinetobacter Baumannii/Serratia Marcescens). En RMN se evidencia hidronefrosis grado IV y aumento de la señal en crura diafragmática izquierda, músculo psoas homolateral, iliaco izquierdo e imagen líquida en región iliaca interna izquierda de 26x29mm y otra adyacente de 16x8mm compatible con abscesos. Múltiples intercurrencias cardiovasculares con severa descompensación hemodinámica. Se realiza ateneo multidisciplinario, se decide colocación de catéter pigtail izquierdo con cultivo de pelvis renal negativo y laparoscopia exploradora con cultivo de absceso anexial positivo para Proteus Mirabilis.

Hallazgos en anatomía patológica: formación noduloide rodeada por tejido fibroso a modo de capsula con material eosinofilico en su interior, diagnósticos diferenciales probables apéndice epiploico o remanente de microorganismo (parásito). Mejoría clínica e imagenológica posterior a drenaje quirúrgico, finaliza tratamiento antibiótico con amoxicilina/ácido clavulánico y se otorga egreso hospitalario con estudio por imagen control ambulatorio.

Comentarios:

En países con climas templados como el nuestro, el 60% de los paciente reconoce alguna de las siguientes condiciones predisponentes: diabetes, hepatopatías, uso de corticoides, enfermedades hematológicas, conectivopatías, uso de drogas endovenosas e infección por VIH y es de causa secundaria. Debido a los pocos puntos de encuentro entre la bibliografía disponible y la paciente estudiada es que su diagnóstico fue de exclusión.

Conclusión:

Se presenta caso con la intención de que, como comunidad médica, se tenga mayor consideración de ésta enfermedad al momento de establecer posibles diagnósticos diferenciales ya que, como se refleja en el caso expuesto, la sospecha clínica y el diagnóstico precoz pueden evitar etapas avanzadas de peor pronóstico y posibles secuelas.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |