

CARTAS

Piomiositis en hemodiálisis: una complicación poco frecuente

N. Marigliano, A. Covarsi, R. Novillo, Jy R. Gómez-Martino

Sección de Nefrología. Complejo Hospitalario San Pedro de Alcántara. Cáceres

Señor director:

La piomiositis es una infección aguda, infrecuente, que afecta al músculo estriado y que habitualmente se acompaña de abscesos. Si no se trata, su evolución es a un cuadro grave de septicemia¹⁻⁴. Es una patología poco frecuente en pacientes en diálisis⁵.

Presentamos un caso de piomiositis en un paciente de hemodiálisis (HD) con afectación de músculo vasto externo, localización inusual, que evolucionó satisfactoriamente tras tratamiento médico quirúrgico.

Se trata de un varón de 24 años con insuficiencia renal crónica (IRC) secundaria a nefropatía lúpica que inició programa de hemodiálisis (HD) en enero de 1990.

En mayo de 1993 comenzó con dolor en muslo derecho y febrícula vespertina, sin antecedentes de traumatismo ni esfuerzo inusual. Tratado con antiinflamatorios no esteroideos, los síntomas ceden parcialmente, pero persiste leve dolor que aumenta en bipedestación.

Al mes de iniciar esta sintomatología acudió al servicio de urgencias con dolor intenso en región antero-externa del muslo derecho, tumefacción local, impotencia funcional y fiebre de 38° C; la exploración física objetivó leve dificultad en la flexo-extensión de miembro inferior derecho y la radiología convencional no mostró imágenes patológicas. Se solicitó ecografía y resonancia magnética nuclear (RMN) para completar estudio.

Se realiza estudio ecográfico comparativo de la región afectada, apreciándose en situación intermuscular externa derecha una imagen de unos 11 cm con características de colección hipoeoica con contenido ecogénico móvil en su interior, aumento de la transmisión posterior que sugiere hematoma evolucionado a absceso.

En la RMN se realizan cortes transversales en T1 y coronales en T2, apreciándose a nivel de vasto exter-

no de pierna derecha una formación ovalada de unos 11 cm, bien definida, con características líquidas sin evidencia de pared ni imágenes sólidas en su interior: isoíntensa en T1, hiperíntensa en T2, confirmando la sospecha de absceso.

El servicio de traumatología procedió al desbridamiento y drenaje quirúrgico.

En el líquido obtenido se cultivó *Stafilococcus aureus*. Fue tratado durante dos meses con antibióticos (vancomicina, cefalosporinas y metronidazol). Evolucionó satisfactoriamente.

Actualmente está trasplantado con injerto funcional.

La piomiositis es propia de climas tropicales, lo que la hace infrecuente en nuestro medio. Afecta principalmente a varones y su localización es la musculatura de la cintura pélvica y la raíz de los miembros inferiores (psoas-psoas ilíaco, paravertebrales, glúteos y cuádriceps)^{6,7}. La clínica es vaga e insidiosa.

Las técnicas de imagen más empleadas para el diagnóstico son ecografía y tomografía axial computarizada (TAC), que, con la RMN, son de elección; esta última es mucho más precisa para localizar abscesos y delimitar la extensión de la lesión muscular⁸⁻¹¹; la radiología convencional tiene escasa rentabilidad^{7,8}.

El tratamiento es médico-quirúrgico^{2,7,9}. La antibioticoterapia aislada sólo es eficaz cuando se utiliza precozmente⁸.

Los pacientes en HD están inmunodeprimidos. El incremento de pacientes diabéticos en programa de HD ha aumentado la incidencia de complicaciones, con aumento de la morbimortalidad.

La piomiositis es una complicación rara en HD. Sólo hemos encontrado una referencia en la literatura de los últimos diez años⁵. Creemos que el interés de esta aportación radica en la escasa frecuencia de esta patología y en la importancia del diagnóstico precoz.

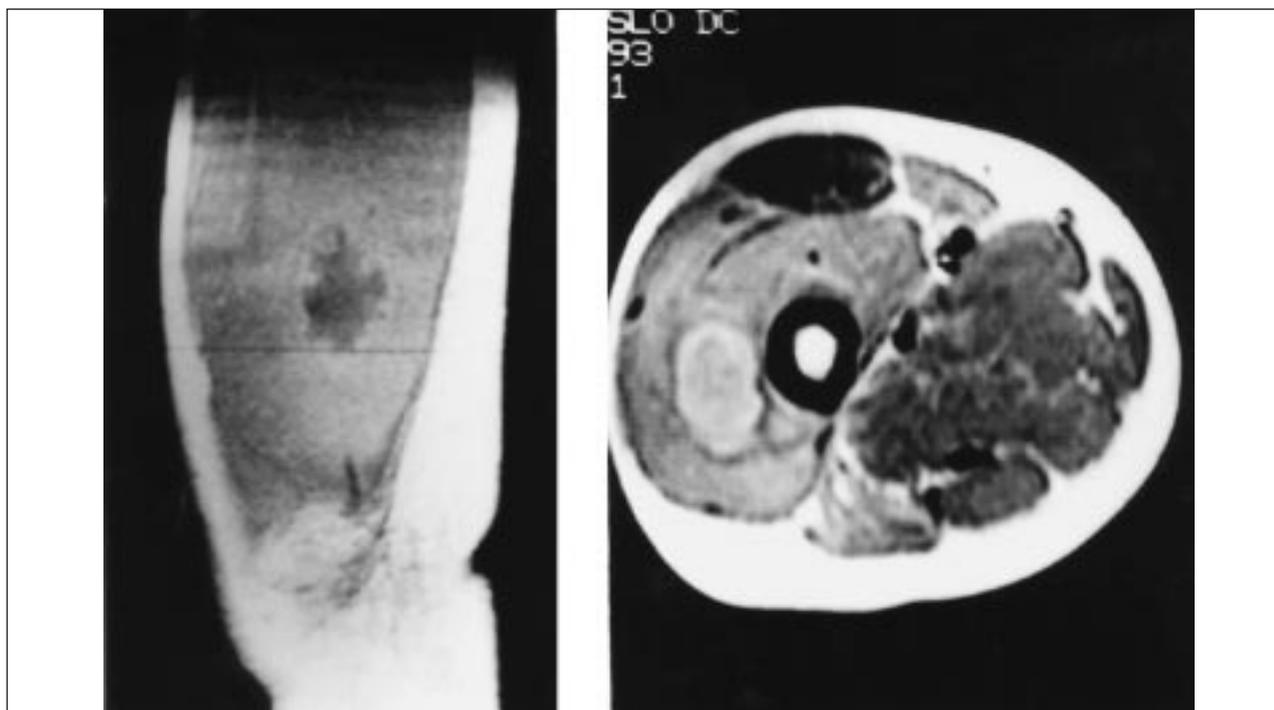


Fig. 1.—Imagen de absceso (piomiositis) en músculo vasto-externo de pierna derecha. Visualizado en resonancia magnética nuclear (RMN) (corte axial y corte coronal).

Bibliografía

1. Swartz MN: Myositis. Pyomyositis. En Mandell Gill, Douglas RG, Bennett JE (ed.). *Principles and practice of infectious Diseases*, 3.ª ed. Nueva York, Churchill Livingstone nc, 816-817, 1990.
2. Chiedozi LC: Pyomyositis. A review of 205 cases in 112 patients. *Am JSurg* 137:255-259, 1979.
3. Pedro-Botet J, Grau JM: Miositis bacteriana espontánea, una enfermedad tropical. *Enferm Infect Microbiol Clin* 5:71-73, 1987.
4. Smith MI y Vickers AB: Natural history of 338 treated and untreated patients with staphylococcal septicemia. *Lancet* 1: 1318-1322, 1960.
5. Rodríguez Jbrnet A, Fort J, Bartolomé Jy Olmos A: Piomiositis no tropical en hemodiálisis. *Med Clin (Barc)* 82:692-693, 1984.
6. Jiménez-Mejías ME, Lozano de León F, Alfaro-García MJ, Fernández-López A, Jiménez Ocaña C, Cañas García-Otero E y Pachón-Díaz J: Piomiositis por *Staphylococcus Aureus*. *Med Clin (Barc)* 99:201-205, 1992.
7. Hall RL, Callaghan JJ, Moloney E, Martínez S y Harrelson JM: Pyomyositis in a temperate climate. Presentation, diagnosis and treatment. *JBone Joint Surg (Am)*, 72:1240-1244.
8. Adel G FAM, Jbel Rubenstein y Fred Saibil: Pyomyositis: Early Detection and treatment. *The Journal of Rheumatology* 20:3, 521-524, 1993.
9. Vatandaslar F y Alemdarglu A: CT. Guided percutaneous drainage of psoas abscess. *Urology* 450-453, 1987.
10. Yuh NTC, Schreiber AE, Montgomery WS y Ehadas: Magnetic Resonance Imaging of pyomyositis. *Skeletal Radial* 17:190-193, 1988.
11. Applegate GR y Cohen AJ: Pyomyositis: Early detection utilizing multiple imaging modalities. *Mag Reson Imaging* 9:187-193, 1991.