

Los músculos más afectados son: muslos en el 54%, dorso en el 13%, nalgas en el 11%, brazos en el 9% y espalda en el 4% (3). Los gérmenes más frecuentes son *Estafilococo aureus* en el 61%, *Streptococos* en el 16%, bacilos gram negativos en el 12%, hongos en el 2% (3). En pacientes inmunodeprimidos, sobre todo VIH y diabetes, presentan gran variedad de patógenos incluidos *Micobacteria avium* (6).

En el diagnóstico de piomiasis es fundamental la ecografía doppler con el fin de dirigir la punción y aspiración con aguja fina del absceso intramuscular para baciloscopia y cultivo (7). El diagnóstico definitivo se realiza por RMN (8) en la que se observan imágenes patognomónicas con hipodensidad en T1 e hiperdensidad en T2 de las colecciones musculares.

La mortalidad está en torno al 10%. La infección de los tejidos y progresión puede ser devastadora en los pacientes diabéticos.

El tratamiento consiste en el drenaje del pus y tratamiento antibiótico con penicilinas resistentes a las penicilinasas de forma empírica hasta conocer antibiograma, manteniéndose durante seis semanas (9).

El déficit de mieloperoxidasas es una patología que se transmite de forma autosómica recesiva y tiene una incidencia de un caso por cada 2.000 habitantes; no compromete de forma grave las defensas del organismo al compensarse con la hiperproducción de peróxido de hidrógeno, excepto en situaciones de coexistencia con otro defecto de la función de neutrófilos, como es la Diabetes melitus, manifestándose entonces con infecciones micóticas recidivantes (10).

Ante la perpetuación o la evolución tórpida de una infección por hongos, como es nuestro caso, se debe descartar la asociación con otros defectos de la función de los neutrófilos como es el déficit de mieloperoxidasas.

J. M. Jiménez Sáenz, C. Morera Fernández,* J. Playán Uson,* A. Pascual Catalán, J. Gómez Berne

*Servicios de Medicina Interna y *Endocrinología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza*

1. Walling DM, Kaelin WG. Pyomyositis in patients with diabetes mellitus. *Rev Infect Dis* 1991; 13 :797-802.
2. Schartzman WA, Lambertus MW, Kennedy CA, Goetz MB. Staphylococcal pyomyositis in patients infected by the human immunodeficiency virus. *Am J Med* 1991; 90:595-600.
3. Gomez-Reino JJ, Aznar JJ, Pablos JL, Diaz -Gonzalez F, Laon A. Non tropical pyomyositis in adults. *Semin Arthritis Rheum* 1994; 23 (6): 396-405.
4. Brown JD, Wheeler B. Pyomyositis. Report of 18 cases in Hawaii. *Arch Intern Med* 1968; 144: 1749-1751.
5. Gibson RK, Rosenthal SJ, Lukert BP. Pyomyositis :Increasing recognition in temperate climates. *Am J Med* 1984; 77: 768-772.
6. Diego Miralles G, Bregman Z. Necrotizing pyomyositis caused by *Mycobacterium avium* complex in patient with AIDS. *Clin Infect Dis* 1994; 18: 833-4.
7. Gottlieb RH, Meyers SP, Hall C, Amesur N, Domke R, Rubens DJ. Pyomyositis: diagnostic value of color Doppler sonography. *Pediatric Radiol* 1995; 25 (suppl): 109-11.
8. Fam AG, Rubenstein J, Saibil F. Pyomyositis: Early detection and treatment. *J Rheumatol* 1993; 20: 521-524.
9. Dunkerley GR, Older J, Onwochei B, Gazienza J. Pyomyositis. *Am Fam Physician* 1996; 54 (2): 565-569.
10. Naus WM. Myeloperoxidase deficiency. *Hematol Pathol* 1990; 4: 165.

Absceso de psoas como primera manifestación de un adenocarcinoma de sigma

Sr Director:

El carcinoma de colon en aproximadamente un tercio de los casos presenta complicaciones mayores, siendo la más común la

obstrucción intestinal y en un porcentaje muy pequeño la perforación, pudiendo condicionar una peritonitis generalizada o un absceso localizado (1). El absceso de psoas (AP) secundario a perforación de un carcinoma de colon (1-4) se ha descrito de forma excepcional, por lo que consideramos de interés comunicar este caso:

Mujer de 50 años de edad que acude a Urgencias de nuestro hospital por un cuadro de 10 días de evolución de fiebre elevada, que no cedía con antibioterapia empírica prescrita por su médico de cabecera. Interrogada refería una historia de 4-5 meses de evolución de astenia, anorexia y pérdida de peso no cuantificada. Desde hacía 2 meses presentaba dolor en hipocondrio izdo, irradiado por flanco izdo hasta fosa iliaca izda e hipogastrio y lós últimos días dolor en pierna izda hasta rodilla, sin irradiación ciática. Ocasionalmente en los 2 últimos meses había presentado melenas y rectorragias. En la exploración física destacaba regular estado general, intensa palidez de piel, Tª 37,5 °C; auscultación cardíaca rítmica con soplo sistólico eyectivo II/VI en foco aórtico. El abdomen era blando, muy doloroso a la palpación de FII e hipogastrio donde se palpaba una masa de aproximadamente 7x7 cm. Maniobra del psoas positiva. En el hemograma destacaba una hemoglobina de 7,3 g/dl, 10.300 leucocitos con 1% metamielocitos, 8% cayados y 72% segmentados. Plaquetas 720.000. Bioquímica general normal. Orina: 30-32 leucocitos/c. Nitritos +. urocultivo negativo. La radiografía de tórax y la simple de abdomen no mostraban hallazgos patológicos. En la ecografía abdominal se apreciaba moderada dilatación pielocalicial izquierda. La tomografía computarizada (TC) abdominal puso de manifiesto un engrosamiento circunferencial e hipercaptante en la pared del colon sigmoide en un segmento largo de 6-8 cm asociado a un importante aumento de la grasa a su alrededor en el mesocolon sigmoide, así como en la interfase con la porción ístmica del útero. En su progresión este segmento se extendía hacia retroperitoneo, hacia el espacio pararenal posterior izquierdo, agrandando y distorsionando de forma notable el músculo psoas ilíaco de este lado, que presentaba en su interior una colección líquida con tenue realce en periferia así como burbujas internas de gas. Se realizó un drenaje percutáneo creciendo en el cultivo del aspirado *E. faecium* y *B. fragilis* y se instauró tratamiento antibiótico con ampicilina e imipenem. Los hemocultivos fueron negativos. Posteriormente se realizó un enema opaco que puso de manifiesto a nivel del sigmoide una zona de estenosis, de aproximadamente 9 cms de longitud, con defecto de repleción en su interior y con unos pliegues desestructurados e irregulares. La rectosigmoidoscopia mostró a 45 cm del margen anal una tumoración de crecimiento intraluminal, erosionada y ulcerada que estenosaba completamente la luz e impedía el paso del endoscopio. El diagnóstico histopatológico de la tumoración sigmoidea fué adenocarcinoma de sigma grado II con extensas áreas de necrosis. Tras la resolución del absceso, 2 semanas después se realizó una laparotomía apreciándose una gran tumoración de sigma que englobaba retroperitoneo, cresta ilíaca, útero y ovario izdo, llegando hasta pliegue peritoneal hasta abajo, no pudiendo realizarse cirugía de la tumoración por lo que practicó una colostomía de descarga y posteriormente se administró quimioterapia paliativa. 6 meses más tarde la paciente falleció como consecuencia de su proceso tumoral.

El absceso de psoas es una entidad que cada vez se diagnostica con más frecuencia, sobre todo desde la introducción de la ecografía y de la tomografía axial computarizada (TAC) como técnicas diagnósticas y terapéuticas. Clásicamente se han dividido en primarios, presumiblemente producidos por diseminación hematogénica a partir de un foco desconocido, siendo el *S. aureus* el germen responsable hasta en un 90% de los casos y secundarios a una patología inflamatoria de vecindad (columna vertebral, articulación sacroilíaca, órganos retroperitoneales del aparato digestivo y sistema urinario, etc) . El origen de éstos últimos varía según las distintas series, habiéndose descrito la enfermedad de Crohn como la

causa principal de los mismos en países desarrollados, hecho que no se comprueba en la mayoría de las series publicadas en nuestro país, donde son más frecuentes la patología ósea y urológica de vecindad que la intestinal. Son más frecuentes en mayores de 30 años, a diferencia de los primarios, suelen afectar a pacientes con alguna inmunodeficiencia de base y están producidos por flora polimicrobiana, y gérmenes gram negativos. (5-7). En nuestro medio no es despreciable la etiología tuberculosa dada la elevada prevalencia de ésta patología (6) y es de esperar en el futuro un incremento en la incidencia de esta etiología sobre todo en la población infectada por el virus de la inmunodeficiencia adquirida. Se han descrito de forma muy excepcional AP secundarios a neoplasias de colon (1-4,9). La perforación es una complicación que ocurre en menos de un 4% de pacientes con carcinoma de colon, pudiendo manifestarse como una peritonitis aguda o bien en forma de absceso localizado, siendo el psoas una localización extraordinariamente infrecuente del mismo. El diagnóstico preoperatorio puede resultar difícil por el curso clínico abigarrado e insidioso y en ocasiones éste no se establece hasta después de la cirugía (1-4). La presencia de gas en el interior del absceso debe hacernos sospechar el origen intestinal del mismo y llevar a cabo las exploraciones necesarias para su diagnóstico. Actualmente la técnica de elección en el diagnóstico del AP es la TC con una sensibilidad entre 90-100%, mientras que la de la ecografía no alcanza en la mayoría de las series el 50% (8). Ambas técnicas permiten además el tratamiento mediando punción dirigida y drenaje del mismo, prefiriéndose hoy en día ésta técnica como abordaje inicial al drenaje quirúrgico por su menor morbilidad. En el caso que describimos, los hallazgos de la TC nos hicieron además sospechar la existencia de una patología inflamatoria o tumoral a nivel del sigma como se comprobó posteriormente. Ante la existencia de un absceso de psoas de origen oscuro hay que considerar en el diagnóstico diferencial el carcinoma de colon como posible causa del mismo.

D. Merino Muñoz, J. M. Pérez Ruiz, R. Creagh Cerquera, J. Gálvez Acebal, E. Pujol de la Llave

Servicio de Medicina Interna. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

1. Mann G, Coggins C, Adkins B. Perforated Cecal Adenocarcinoma Presenting as a Thigh Abscess. *South Med J* 1997; 90: 949-951.
2. Peterson C, Allison J, Lu C. Psoas Abscess Resulting from Perforating Carcinoma of the Sigmoid Colon. *Dis Colon Rectum* 1983; 26: 390-392.
3. Insua S.A, Sánchez J, Rozdos M, García R. Absceso de Psoas secundario a neoplasia de colon. *Rev Esp Enf Digest* 1995; 87: 830-831.
4. Tabet J, Targarona E, Moreno A, Trias M. Absceso de psoas como primera manifestación de un tumor apendicular. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 556-557.
5. Navarro V, Meseguer V, Fernández A, Medrano F, Sáez J:A, Puras A. Absceso del músculo psoas. Descripción de una serie de 19 casos. *Enf Infecc Microbiol Clin* 1998; 16: 118-122.
6. Laguna P, Moya M. Absceso del músculo psoas: análisis de 11 casos y revisión de la bibliografía. *Enf Infecc Microbiol Clin* 1998; 16: 19-24.
7. Walsh T, Reilly J, Hanley E, Webster M, Peitzman A, Steed DL. Changing Etiology of Iliopsoas Abscess. *Am J Surg* 1992; 163: 413-416.
8. Córdoba J, Pigrau C, Pahissa A, Almirante B, Gasser I, Martínez-Vázquez JM. Absceso de psoas: utilidad diagnóstica y terapéutica de la ecografía y de la tomografía computarizada. *Med Clin (Barc)* 1992; 99: 568-570.
9. Hardcastle J.D. Acute non-tuberculous psoas abscess: report of 10 cases and review of the literature. *Br J Surg* 1970; 57: 103-105.

Piomiositis: un caso resuelto únicamente con tratamiento antibiótico

Sr. Director:

La piomiositis es una infección purulenta primaria del músculo esquelético causada predominantemente por *Staphylococcus*

aureus. Previamente, la mayoría de casos descritos procedían de zonas tropicales (1,2). Actualmente aunque su frecuencia se ha incrementado en nuestro entorno, permanece como una rara entidad. El drenaje percutáneo y la antibioterapia es el tratamiento de elección. Presentamos un caso de piomiositis estafilocócica que se resolvió únicamente con tratamiento antibiótico por vía parenteral.

Varón de 21 años de edad con antecedente de consumo de opiáceos desde los 17 años por vía inhalada y parenteral. Tras accidente de moto con politraumatismo 3 años antes, fue intervenido de fractura de fémur derecho con enclavamiento intramedular. Acudió a nuestro hospital por presentar 48 horas antes y de forma brusca fiebre, escalofríos y dolor intenso en región glútea izquierda que aumentaba con los movimientos de la cadera. En la exploración física estaba febril (T° 38 °C), con signos recientes de venopunción y dolor a la movilización pasiva en la cadera izquierda. En la analítica destacaba una leucocitosis ($16.000/\text{mm}^3$) con neutrofilia (88%), una anemia normocítica leve y una VSG de 111 a la primera hora. Los cultivos de sangre (3) fueron positivos para *Staphylococcus aureus*. La serología para el VIH fue negativa. La radiografía de tórax, abdomen y pelvis no mostraron alteraciones. Una ecografía abdominal y una ecocardiografía fueron también normales. Se realizó una gammagrafía ósea con Tc-99 que no mostró captaciones patológicas. En una tomografía axial computerizada abdomino-pélvica con contraste, el músculo iliaco izquierdo estaba aumentado de tamaño con una zona medial hipodensa y con realce en anillo compatible con absceso (Fig. 1). Se inició tratamiento con cloxacilina a dosis de 2 g cada 4 horas por vía intravenosa, asociada a gentamicina a dosis de 240 mg iv en una sola dosis diaria, los primeros 5 días, con mejoría clínica, analítica y desaparición de la imagen radiológica. Seis meses después el paciente permanece asintomático.

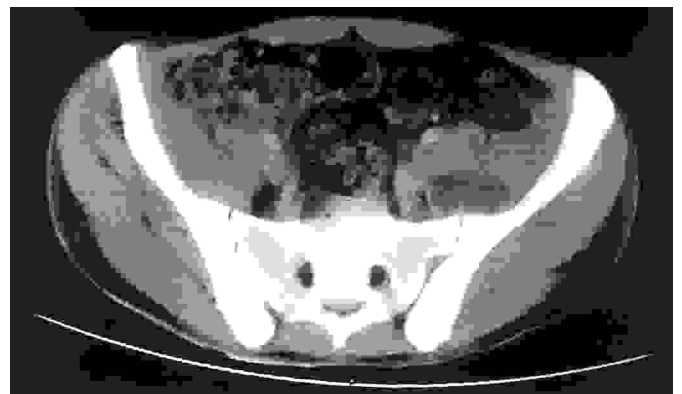


Fig. 1. Absceso músculo iliaco izquierdo.

El desarrollo de piomiositis requiere la asociación de episodios de bacteriemia junto con un daño previo del músculo estriado, generalmente un antecedente traumático (3,4). Clásicamente en zonas tropicales se presenta en varones jóvenes sanos, mientras que en nuestro medio debe ser considerada en pacientes con enfermedad crónica debilitante, como diabetes, trastornos hematopoyéticos, tratamiento inmunosupresor o infección por el VIH (5,6). La clínica suele ser larvada, con fiebre, dolor, impotencia funcional y sensación de masa que afecta generalmente a un solo grupo muscular. La TC es la técnica de imagen de elección por su alta sensibilidad en el diagnóstico y por facilitar la punción dirigida para el drenaje del absceso. El tratamiento ha de ser individualizado. El tratamiento antibiótico empírico debe ser activo frente a *Staphylococcus aureus*, ya que es responsable del 90% de los casos, modificando posteriormente los fármacos según el resultado del cultivo y el antibiograma. Habitualmente se realiza drenaje del absceso al exterior, utilizando en los últimos años la vía percutánea en sustitución de la cirugía.