

ANALES DE MEDICINA INTERNA

Fundada en 1983
Prof. J. de Portugal y Prof. M. Díaz Rubio

Cartas al Director

Piomiositis fúngica en paciente diabético como manifestación de déficit de mieloperoxidasa

Sr. Director:

La piomiositis se define como la infección primaria del músculo esquelético, consistente en la formación de abscesos intramusculares. Los pacientes inmunodeprimidos, sobre todo por diabetes o infecciones por VIH, presentan gran variedad de patógenos incluyendo infecciones micóticas. Ante la perpetuación de las infecciones micóticas o las complicaciones secundarias se debe descartar causas concomitantes como son las alteraciones funcionales de los neutrófilos. Presentamos un caso que tuvimos la oportunidad de diagnosticar.

Se trata de una mujer de 18 años de edad, recientemente diagnosticada de diabetes melitus, y en estudio por una tumoración submandibular no filiada, que acude al Servicio de Urgencias de este hospital por presentar dolor en extremidades inferiores de 15 días de evolución, así como sensación febril no termometrada. A la exploración física presenta Ta de 37,5 °C, constitución asténica, impresiona de malos hábitos higiénicos. A nivel de muslos se observaban varias lesiones maculares, ligeramente dolorosas a la palpación, los muslos se encontraban tumefactos y empastados, desencadenándose importante dolor a la palpación, así como a la movilización, tanto activa como pasiva, de las extremidades inferiores. La exploración neurológica mostró importante disminución de la fuerza y reflejos rotulianos en ambas extremidades, más acusado en extremidad izquierda hasta un grado de 1/5. A las 24 horas del ingreso se palpan varias tumoraciones muy dolorosas en ambos muslos de 2 cm de diámetro y que tienden a confluir. La bioquímica de sangre reveló una leucocitosis de 16.000 con desviación izquierda, enzimas musculares y resto de analítica fue normal. Se realizó ecografía de muslos que mostró una zona mal delimitada de 6 por 4 cm de diámetro, de contenido mixto, en región de muslo izquierdo. La RM de muslos (Fig. 1) demostró una afectación muscular importante que se extendía desde trocánter menor, tensor de la fascia lata y sartorio con forma multiloculada en muslo derecho, en el muslo izquierdo estaban afectados los abductores hasta porción más medial del basto interno en un área abcesificada uniloculada. Las colecciones fueron drenadas quirúrgicamente, realizándose baciloscopía y cultivo del exudado. En el cultivo de varias muestras fue aislada *Candida albicans*. Durante su ingreso, se realizó TAC craneofacial para filiar tumoración

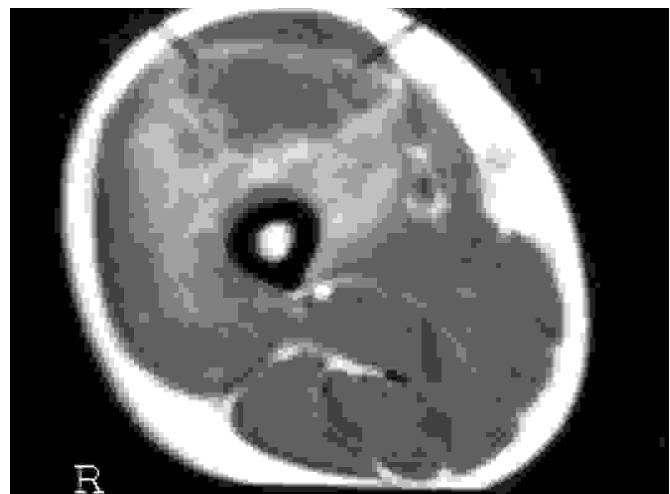


Fig. 1. Imágenes de resonancia magnética sugestivas de piomiositis en varios de los músculos del muslo.

submandibular, no localizada por palpación, describiéndose una lesión hipodensa suboccipital derecha de 1 cm de diámetro, con captación anular de contraste y con edema perilesional.

Se comenzó tratamiento por vía parenteral con fluconazol asociado a vancomicina e imipenem durante seis semanas. La paciente mejoró clínicamente con resolución casi por completo de las lesiones musculares, la lesión cerebral se redujo y desaparecieron los signos de actividad. A los 20 días del alta hospitalaria ingresa por presentar nuevamente dolor en ambos muslos y supuración por drenaje espontáneo de un absceso, cultivándose nuevamente *Candida albicans*.

Ante la presentación de este complejo y recidivante cuadro clínico, se investigó la posibilidad de estar asociado a alteraciones de la función de los neutrófilos, demostrándose un déficit de mieloperoxidasa.

En la actualidad han aumentado los casos publicados de piomiositis no tropical (para diferenciarla de la piomiositis tropical clásica) o de países templados.

En un 66% de la piomiositis no tropical existen factores de riesgo de inmunodepresión: diabetes melitus (1), VIH (2), trastornos hematológicos, abuso de alcohol (3); asimismo se debe tener en cuenta los traumatismos sobre la zona (4,5).

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 piomisitis es fundamental la ecografía doppler con el fin de dirigir la punción y aspiración con aguja fina del abceso intramuscular para baciloscopía 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 debastadora en los pacientes diabéticos.

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

El déficit de mieloperoxidasa 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 mieloperoxidasa.

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

- Walling DM, Kaelin WG. Pyomyositis in patients with diabetes mellitus. Rev Infect Dis 1991; 13:797-802.
- 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.
- 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.
- Brown JD, Wheeler B. Pyomyositis. Report of 18 cases in Hawaii. Arch Intern Med 1968; 144: 1749-1751.
- Gibson RK, Rosenthal SJ, Lukert BP. Pyomyositis :Increasing recognition in temperate climates. Am J Med 1984; 77: 768-772.
- Diego Miralles G, Bregman Z. Necrotizing pyomyositis caused by Mycobacterium avium complex in patient with AIDS. Clin Infect Dis 1994; 18: 833-4.
- Gottliebs 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.
- Fam AG, Rubenstein J, Saibil F. Pyomyositis: Early detection and treatment. J Rheumatol 1993; 20: 521-524.
- Dunkerley GR, Older J, Onwochei B, Gazienza J. Pyomyositis. Am Fam Physician 1996; 54 (2): 565-569.
- 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 cedia 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 los últimos días dolor en pierna izda hasta rodilla, sin radiación ciática. Ocasionadamente en los 2 últimos meses había presentado melenas y rectorragias. En la exploración física destacaba regular estado general, intensa palidez de piel, T^a 37,5 °C; auscultación cardiaca 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% metamejlocitos, 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 istmica del útero. En su progresión este segmento se extendía hacia retroperitoneo, hacia el espacio pararrenal posterior izquierdo, agrandando y distorsionando de forma notable el músculo psoas ilíaco de este lado, que presentaba en su interior una colección líquida con tenué 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 sigmoideo 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 hematogena a partir de un foco desconocido, siendo el *S. aureus* el germe responsable hasta en un 90% de los casos y secundarios a una patología inflamatoria de vecindad (columna vertebral, articulación sacroiliaca, 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