

Cartas al director



¿Fascitis o miositis?

Sr. Director:

Hemos leído con interés el caso clínico aportado por Bueno et al¹ sobre un paciente con infección grave de tejidos blandos (IGTB). Creemos que el diagnóstico y el tratamiento realizados merecen una puntualización. La bien reconocida heterogeneidad de las formas clínicas de las IGTB obliga a un esfuerzo de sistematización, como el realizado por nuestro grupo², basado en la capa más afectada y el tiempo de evolución, cuyo interés radica en los diferentes tratamiento y pronóstico de cada entidad.

En nuestra opinión, el caso presentado podría considerarse como una miositis bacteriana no tropical³, en lugar de fascitis necrosante. Como bien describen los autores, tanto la clínica (impotencia funcional selectiva de un grupo muscular asociado a fiebre alta) como los hallazgos quirúrgicos (necrosis muscular con importante edema, pero sin mención de necrosis fascial ni grasa) orientan hacia una infección muscular primaria.

Un posible mecanismo etiopatogénico sería el microtraumatismo (rotura miofibrilar) en los fascículos del músculo pectoral durante el ejercicio (partido de ping-pong) o contusión directa en la masa muscular, aunque la simple actividad muscular intensa se ha establecido como causa de miositis bacteriana³. La lesión muscular produciría entonces una zona de masa muscular desvitalizada que posteriormente se infectaría desde un foco a distancia (como una erosión/herida en la extremidad afecta) o incluso desde una bacteriemia secundaria a un proceso asociado. Desde este foco, los gérmenes alcanzarían el músculo, bien por vía linfática (el paciente presenta adenopatías axilares, hallazgo infrecuente en la miositis), bien por vía hemática, aprovechando las condiciones locales.

Otro hecho interesante de este caso clínico es el aislamiento exclusivo de *S. pyogenes*, mientras que la fascitis

necrosante es típicamente polimicrobiana. El agente causal más frecuente productor de miositis bacteriana es *S. aureus*, aunque también pueden ser producidas por estreptococos, enterobacterias, *Pseudomonas* spp. y *Clostridium* spp. entre otros³. De esta forma, el tratamiento empírico de la miositis bacteriana debe incluir algún antibiótico activo sobre cocos grampositivos (CGP), y dada la emergencia extrahospitalaria de *S. aureus* resistentes a meticilina^{4,5}, creemos que el tratamiento empírico debería incluir algún "cocomicida" selectivo para estos gérmenes además del tratamiento con imipenem propuesto por el autor. El tratamiento específico de la miositis por *S. pyogenes* que recomendamos debería incluir penicilina G sódica combinada con clindamicina, dada la gran sensibilidad de dicho germen a este tratamiento combinado^{5,6}.

Otras denominaciones de autores españoles sobre este proceso podrían incluir miositis necrosante estreptocócica o miositis gangrenosa estreptocócica "espontánea", dado el aislamiento de *S. pyogenes* como causa de la miositis⁷.

Jaime Jimeno, Juan J. Sancho, Luis Grande y Antonio Sitges-Serra

Servicio de Cirugía General y Digestiva.
Hospital Universitari del Mar.
Barcelona. España.

Bibliografía

1. Bueno Lledó J, Vaque Urbaneja J, Carceller Navarro S, Blanes M. Fascitis necrosante secundaria a un esfuerzo muscular. *Cir Esp*. 2008;83:96-7.
2. Sitges-Serra A. Severe soft tissue infections: a syndrome-based approach. Norwell: Kluwer; 2007.
3. Brook I. Microbiology and management of soft tissue and muscle infections. *Int J Surg*. 2008;6:328-38.
4. King MD, Humphrey BJ, Wang YF, Kourbatova EV, Ray SM, Blumberg HM. Emergence of community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* USA 300 clone as the predominant cause of skin and soft-tissue infections. *Ann Intern Med*. 2006;144:309-17.
5. Jones ME, Karlowsky JA, Draghi DC, Thornsberry C, Sahm DF, Nathwani D. Epidemiology and antibiotic susceptibility of bacteria causing skin and soft tissue infections in the USA and Europe: a guide to appropriate antimicrobial therapy. *Int J Antimicrob Agents*. 2003;22:406-19.
6. Vallalta Morales M, Soriano Navarro CJ, Salavert Lletí M, Montero Alonso M, Pérez Belles C, López Aldegue J, et al. [Group A streptococcal bacteremia: outcome and prognostic factors]. *Rev Esp Quimioter*. 2006;19:367-75.
7. Gómez García AC, Pérez Giraldo C, Blanco Palenciano FJ. Infecciones de la piel y tejidos blandos. Madrid: Harcourt Brace; 1996.