

Tumoración laterocervical y fiebre

Nuria Espinosa, Nieves Margarit, Rafael Luque y Aristides de Alarcón

Servicio de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Nefrología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Caso clínico

Mujer de 58 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, en tratamiento con insulina y antidiabéticos orales, y excoriaciones por rascado secundarias a prurito generalizado de un año de evolución. Ingresó por dolor e inflamación en región clavicular y laterocervical izquierdas, dolor a la movilización del miembro superior izquierdo sin limitación funcional, y sensación febril de 6 días de evolución. A la exploración presentaba fiebre de 39 °C, se palpaba una tumefacción en la articulación esternoclavicular izquierda y una tumoración dolorosa de bordes mal definidos en región laterocervical del mismo lado (fig. 1a). Se aprecian múltiples excoriaciones en tronco y extremidades superiores (figs. 1b y 1c). La bioquímica sanguínea y el hemograma fueron normales salvo una velocidad de sedimentación globular (VSG) de 115 mm. Los hemocultivos y el urocultivo fueron negativos. La tomografía computarizada (TC) del cuello mostraba un aumento de tamaño del músculo esternocleidomastoideo (ECM) izquierdo con un área hipodensa en su interior sin refuerzo periférico tras administración de contraste (fig. 2a) y una colección hipodensa alrededor de la articulación con edema de partes blandas (fig. 2b).

Evolución

Se realizó punción de la tumoración y de los tejidos periarticulares. Se obtuvo un líquido serosanguinolento al aislándose en cultivo *Staphylococcus aureus* sensible a oxacilina.

Se inició tratamiento con cloxacilina 2 g/6 h i.v. durante 10 días continuado con cefadroxilo 1 g/12 h hasta completar 4 semanas. La paciente quedó afebril a las 72 h. Al mes persistía una ligera induración del ECM y la TC era normal.

Diagnóstico

Artritis esternoclavicular (AEC) izquierda con piomiositis del ECM por *S. aureus*. Posible puerta de entrada en las excoriaciones cutáneas por rascado.

Comentario

La AEC es una forma infrecuente de artritis séptica. Se manifiesta por dolor articular y del hombro afectados, en reposo y a la movilización, con signos inflamatorios locales

Correspondencia: Dra. Nuria Espinosa Aguilera.
Servicio de Enfermedades Infecciosas.
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío.
Avda. Manuel Siurot, s/n. 41013 Sevilla. España.
Correo electrónico: nurinea@hotmail.com

Manuscrito recibido el 10-12-2004; aceptado el 28-12-2004.

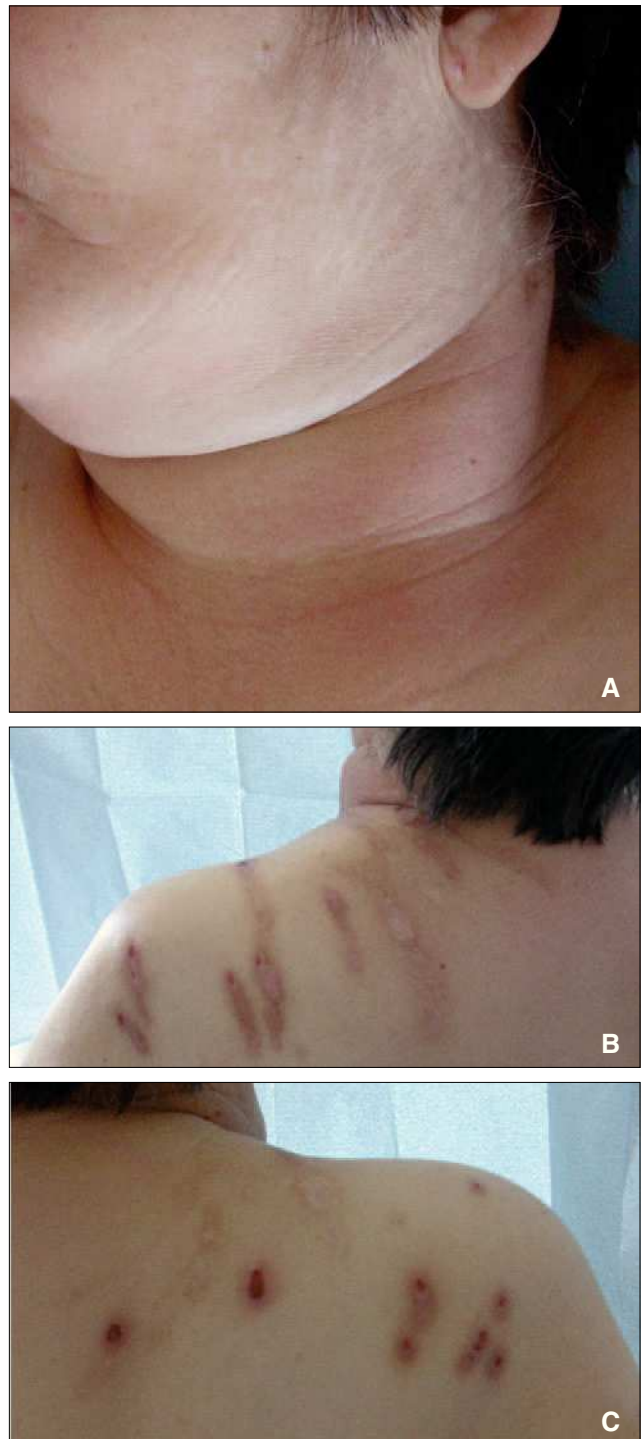


Figura 1. A) Tumoración laterocervical izquierda. B y C) Excoriaciones cutáneas en hombros derecho e izquierdo.



Figura 2. A) TC de cuello. B) TC de tórax a nivel de articulación esternoclavicular.

y fiebre. En más de 75% de los casos existe un factor predisponente. Destacan la adicción a drogas por vía parenteral, infección concomitante en otra localización, traumatismo, diabetes mellitus y otras causas de inmunosupresión. Existen dos formas diferenciadas: una sería consecuencia de una bacteriemia, manifiesta o subclínica, generalmente con origen en una lesión cutánea y causada con mayor frecuencia por *S. aureus*, como sucede en nuestro paciente, y otra secundaria a una intervención quirúrgica o traumatismo de la vecindad, con un espectro etiológico más amplio¹. Suele asociarse con complicaciones (13-56%): mediastinitis, abscesos periarticulares, osteomielitis de la vecindad y es muy infrecuente la piomiositis del ECM² como en el caso que presentamos. Suelen curar con tratamiento médico exclusivo, aunque los casos complicados pueden requerir cirugía (exéresis locorregional *en bloque*)¹⁻³.

La piomiositis es una infección bacteriana aguda del músculo esquelético. Puede afectar a cualquier músculo y suele tener un origen bacteriémico; *S. aureus* es su agente etiológico en más del 80% de los casos^{2,4,5}. En ocasiones, como en nuestro caso, puede asociarse a infecciones locales de vecindad. El diagnóstico se sospecha ante una tumoración dolorosa del músculo afectado, inicialmente de consistencia dura que se vuelve fluctuante de días a semanas después. En la TC se presenta como una imagen hipodensa, con o sin formación de gas, en ocasiones con refuerzo anular tras la administración de contraste^{2,6,7}. El

diagnóstico microbiológico puede obtenerse por punción con aguja fina y cultivo del aspirado, como en nuestra paciente, siendo los hemocultivos positivos en el 30% de los casos⁷. El tratamiento antibiótico intravenoso durante 2-3 semanas seguido de tratamiento oral durante 3-4 semanas más suele ser suficiente para la resolución del cuadro, aunque excepcionalmente se requiere el drenaje quirúrgico^{2,7}.

Ante una AEC es necesario buscar una puerta de entrada, generalmente cutánea, y realizar pruebas de imagen para detectar la posible existencia de complicaciones locales inadvertidas.

Bibliografía

1. Ross J, Shamsuddin H. Sternoclavicular Septic Arthritis. *Medicine*. 2004;83:139-48.
2. Rimmel F, Dohar J, Niehans G, et al. Cervical "tropical" pyomyositis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1992;106:104-7.
3. Pingsmann A, Patsalis T, Michiels I. Resection arthroplasty of the joint for the treatment of primary degenerative sternoclavicular arthritis. *J Bone Joint Surg (Br)*. 2002;84:513-7.
4. Davant E, Tor J, Olazábal A, et al. Piomiositis del músculo esternocleidomastoideo. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:439.
5. Calduch Broseta JV, Segarra Soria MM, Briceño H, et al. Piomiositis en músculo esternocleidomastoideo. *An Med Interna*. 2004;21:203-4.
6. Bickels J, Ben-Sira L, Kessler A, et al. Primary pyomyositis. *J Bone Joint Surg (Am)*. 2002;84: 2277-86.
7. Nancy FC. Bacterial pyomyositis in the United States. *Am J Med*. 2004;117:420-8.