

Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Absceso muscular de etiología poco frecuente

Muscle abscess of rare etiology



María Martínez-Bra^a, Tomás Galeano-Fernández^b, Eugenio Garduño Eseverri^a y Francisco-Félix Rodríguez-Vidigal^{c,*}

^a Servicio de Microbiología, Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz, España

^c Unidad de Patología Infecciosa, Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz, España

Descripción clínica del caso

Mujer de 45 años, sin antecedentes patológicos. Cuidadora de ancianos, sin contacto con animales y con pareja estable hasta 2 semanas antes (con relaciones sexuales no protegidas). Es derivada a Urgencias por tumefacción en hemicara derecha junto con inflamación y dolor en hombro y brazo derechos. También aqueja dolores musculares en pierna y tobillo derechos, sin signos inflamatorios acompañantes. En la exploración destaca aumento de temperatura en el tercio medio y cara anterior del brazo derecho, donde se palpa una masa de 6-7 cm de diámetro, dura, fluctuante y dolorosa a la palpación. Quince días antes había acudido a Urgencias por traumatismo tras una supuesta caída.

En el estudio analítico destaca un recuento de leucocitos de $24.000/\text{mm}^3$ (neutrófilos $22.000/\text{mm}^3$) y proteína C reactiva de 330 mg/l . Se solicita TC facial, de cuello y de extremidades superiores, en la que se observa un absceso en la cara anterior del brazo derecho, de gran tamaño, con realce periférico (fig. 1); una colección de pequeño tamaño, entre escápula y tórax, y colecciones en el espesor del pterigoideo. Se procede a drenaje quirúrgico del absceso braquial derecho y se recoge muestra para cultivo microbiológico. Se inició antibioterapia empírica con vancomicina, clindamicina y ceftriaxona. Días después, se drenaron las colecciones en hemicara derecha.

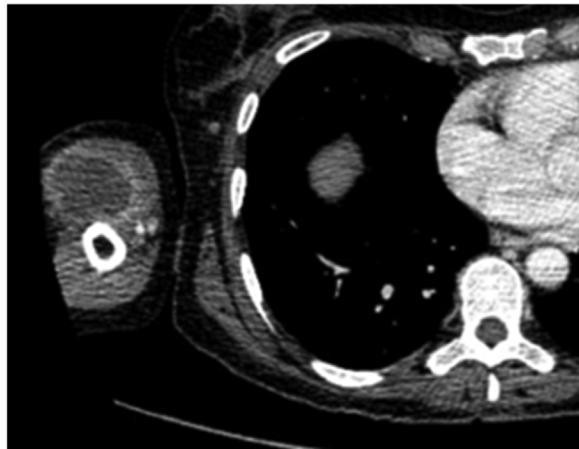


Figura 1. Colección con realce periférico en cara anterior del brazo, compatible con absceso.

Evolución y diagnóstico

A las 48 h de incubación a 37°C en atmósfera de CO_2 , tanto en agar sangre como en agar chocolate, crecieron colonias brillantes y elevadas, oxidasa positivas (fig. 2). La microscopía mostró diplococos gramnegativos, con lados adyacentes aplastados y apariencia de granos de café.

El germe fue identificado como *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*) mediante Maldi-Tof, con un índice de 2.300. Se determinó la CMI mediante el sistema Sensititre, resultando sensible a ceftriaxona ($\text{CMI} < 0,12 \text{ mg/l}$), a cefotaxima ($\text{CMI} < 0,06 \text{ mg/l}$), a penicilina ($\text{CMI} < 0,03 \text{ mg/l}$) y a tetraciclina ($\text{CMI} 0,5 \text{ mg/l}$), y resistente a ciprofloxacino ($\text{CMI} 2 \text{ mg/l}$). La interpretación se realizó a través de los criterios EUCAST 2022. Los hemocultivos resultaron negativos, así como el cribado de infección de transmisión sexual con PCR multiplex en frotis vaginal y faringe.

Se diagnosticó infección diseminada por *N. gonorrhoeae* y se desescaló la antibioterapia a ceftriaxona 2 g IV/24 h. Después de una semana, se secuenció a cefixima 400 mg/24 h por vía oral para completar un ciclo de 4 semanas. Se alargó la duración por las colecciones no drenadas. En el estudio analítico de control se corroboró disminución de parámetros inflamatorios y en la TC de control, reducción de las colecciones, que concuerda con la buena evolución clínica con resolución de los síntomas.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vidigal@unex.es (F.-F. Rodríguez-Vidigal).

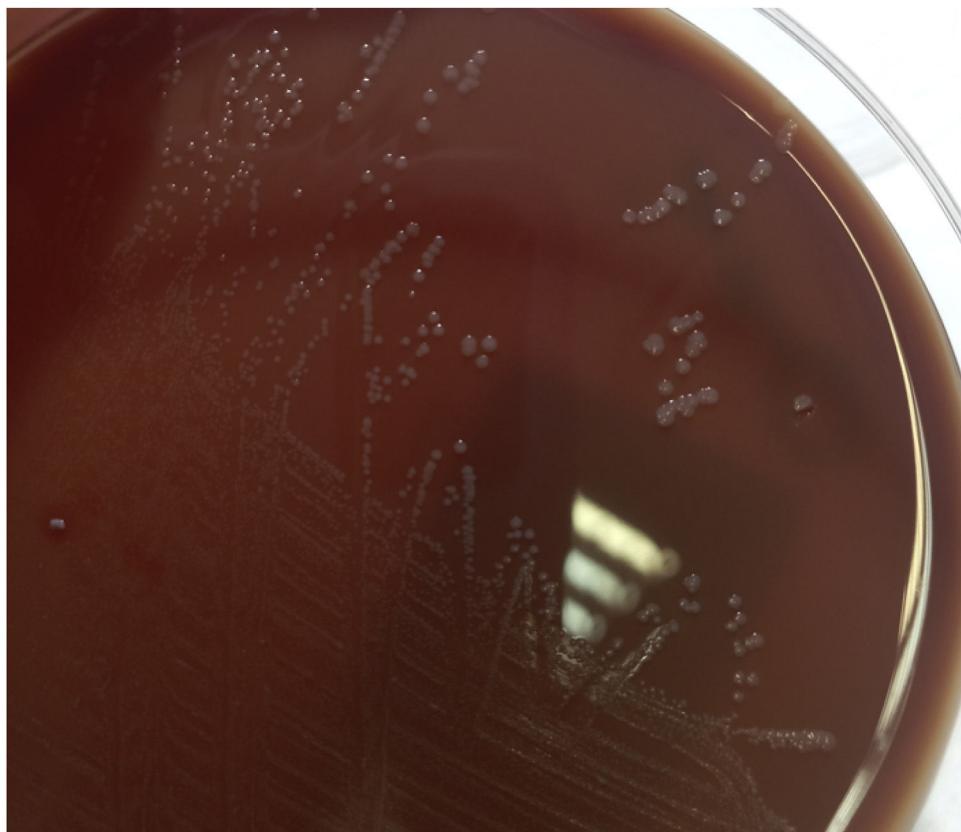


Figura 2. Colonias blancas, brillantes y elevadas, en agar sangre.

N. gonorrhoeae es un diplococo gramnegativo que suele causar una enfermedad localizada en el tracto genital, rectal o faríngeo. La cervicitis y la enfermedad pélvica inflamatoria son las formas de manifestación más frecuentes en mujeres y la uretritis, la proctitis y la epididimitis son las más comunes en hombres. Sobre todo en mujeres, la gonorrea puede ser asintomática y provocar, a largo plazo, salpingitis, embarazos extrauterinos e infertilidad^{1,2}.

La infección gonocócica diseminada es poco frecuente, representando 0,5-3% de las infecciones gonocócicas. Se produce por la diseminación hematogena de *N. gonorrhoeae*. La menstruación, el embarazo, la cirugía pélviana, los dispositivos intrauterinos, el virus de la inmunodeficiencia humana y el déficit del complemento sérico son conocidos factores de riesgo para la enfermedad diseminada³. La mayoría de los pacientes no presenta síntomas urogenitales previos a la diseminación. Respecto a su presentación clínica, se pueden dividir en 2 grandes grupos. La forma de presentación clásica se caracteriza por la tríada de exantema, tenosinovitis y poliartralgias, y es conocida como síndrome artritis-dermatitis. El compromiso cutáneo es polimorfo: pueden observarse máculas, pápulo-pústulas o vesículas sobre una base hemorrágica. También pueden aparecer celulitis, petequias, púrpura, fascitis necrosante, vasculitis y abscesos. El segundo grupo se presenta como artritis séptica, por lo general sin compromiso cutáneo. La localización más típica es la rodilla^{1,2}. Se han descrito abscesos por

N. gonorrhoeae de localización periuretral, perirectal y en el contexto de una enfermedad pélvica inflamatoria³.

Si bien los abscesos por *N. gonorrhoeae* son un cuadro relativamente infrecuente, el caso descrito resulta aún más inusual por su localización, distanciada de la distribución habitual en regiones genitales y pélvicas. La incidencia creciente de infecciones de transmisión sexual, en general, y por *N. gonorrhoeae*, en particular¹, junto con su tropismo por el aparato locomotor, resalta la importancia de mantener siempre un alto índice de sospecha.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este artículo.

Bibliografía

- Barberá MJ, Serra-Pladevall J. Infección gonocócica: un problema aún sin resolver. Enf Infect Microbiol Clín. 2019;37:458–66, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2018.12.008>.
- Unemo M, Seifert HS, Hook EW 3rd, Hawkes S, Ndowa F, Dillon JAR. Gonorrhoea. Nat Rev Dis Primers. 2019;5:e79, <http://dx.doi.org/10.1038/s41572-019-0128-6>.
- Shepherd R, Crossland A, Turo R, Christodoulidou M. Unusual presentation of a periurethral abscess following infection with Neisseria gonorrhoea. BMJ Case Reports CP. 2022;15:e246494, <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2021-246494>.