



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/2275 - Dolor lumbar y fiebre. ¿Por qué solo pensar en pielonefritis aguda?

M. Vigil Velis<sup>a</sup>, M.M. Antonio González<sup>b</sup>, M. Solana Palazón<sup>c</sup>, J. Ballesta Lozano<sup>c</sup>, S. Hernández Baño<sup>c</sup>, M. Serna Martínez<sup>c</sup>, S. Herreros Juárez<sup>c</sup>, M.J. Rico Lledó<sup>d</sup>, L. Monteagudo González<sup>e</sup> y L.M. González Torres<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Intensivista; <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente. Centro de Salud Cieza Oeste. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia-Infante. Murcia. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Floridablanca. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** AP: no RAM. DM. No tóxicos. Tratamiento: metformina/vildagliptina. EA: Varón, 53 años. Desde hace una semana, dolor lumbar irradiado a MID exacerbado con esfuerzos, sensación distérmica y sudoración. Asoció dolor abdominal cólico, vómitos y diarrea acuosa. Hace tres días, dolor en MSD con tumefacción. Previo a su ingreso comienza con disuria.

**Exploración y pruebas complementarias:** EF: CyO, PAS: 103 mmHg PAD: 65 mmHg FC: 128 lpm. FR: 22 rpm. SatO<sub>2</sub>: 99% T<sup>a</sup>: 36,5° C. CyO. MEG. Frío, sudoroso. ACP: rítmico, sin soplos. MVC. Abd: no doloroso. RHA disminuidos. MMII: frialdad distal sin edemas ni signos de TVP. Pulsos presentes. MMSS: tumefacción de ambos miembros, mayor en el derecho. Pulsos presentes. Hemograma: Hb: 14,6 g/dL Leuc:  $6,4 \times 10^3$ /uL. N: 92%. Pla:  $35,0 \times 10^3$ /uL. Bioquímica: Gluc: 241,0 mg/dL. Creat: 1,79 mg/dL. Na: 133,0 mmol/L. K: 4,0 mmol/L. CPK: 2.646,0 U/L. Procalcitonina 34,0. PCR: 22,55 mg/dL. GSV: pH: 7,33. pCO<sub>2</sub>: 35,8 mmHg. EB: -6,3 mmHg. Coagulación: act prot: 78,0%, dímero D 12.980,0 ng/mL. ECG: RS a 100 lpm. Rx tórax: no cardiomegalia. Sin infiltrados. TC toraco-abdominal (se incluyen MMSS): no TEP. Absceso en músculo psoas-iliaco derecho 3 cm. Distensión de asas intestinales probablemente secundaria al absceso descrito. En MMSS: alteración difusa en planos musculares del brazo derecho y edema subcutáneo con lengüetas de líquido en paredes torácicas y abdominopélvicas. Hemocultivos: SAMS.

**Juicio clínico:** Shock séptico secundario a piomiositis por SAMS.

**Diagnóstico diferencial:** Contractura muscular. Celulitis. TVP. Osteomielitis. Artritis séptica. Neoplasias. Mionecrosis clostridial. Fascitis necrotizante. Miositis gangrenosa espontánea. Infarto muscular en DM

**Comentario final:** La piomiositis es una infección purulenta del músculo esquelético, muy infrecuente en nuestro medio, producida habitualmente por *S. Aureus*. Suele afectar a hombres y darse en pacientes sanos, aunque existen factores predisponentes: traumatismos, ADVP, malnutrición, inmunodepresión (VIH, DM, neoplasias, cirrosis, insuficiencia renal, trasplante de órganos y administración de inmunosupresores). De curso insidioso, suele afectar a cuádriceps, glúteos y psoas ilíaco. El tratamiento habitual consiste en drenaje de las colecciones y antibioticoterapia.

## Bibliografía

1. Tics, R. Melgarejo W, Fuentes-Dávila A, Ortiz J, Zegarra J. Presentación atípica de piomiositis tropical difusa de psoas por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2012;29:135-8.
2. Baddour LM, Keerasuntornpong A. Pyomyositis.. Uptodate, 2016.

*Palabras clave:* *Piomiositis. Lumbalgia. Sepsis.*