



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/1301 - Miositis necrotizante por *streptococcus pneumoniae*

I.N. San Román Arispe<sup>a</sup>, A. Aumala Aguilera<sup>b</sup>, P.F. Fuentes Ruiz<sup>c</sup> y M. Rey Seoane<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Primer de Maig. Lleida. <sup>b</sup>Médico de Familia. Equipo de Atención Primaria Piera. Igualada. Barcelona. <sup>c</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Santa Eugenia de Berga. Vic. Barcelona. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria El Castell. Castelldefels.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 69 años diagnosticada 45 meses antes de un linfoma no Hodgkin de célula grande B. Durante 6 meses recibió quimioterapia con remisión completa de la enfermedad. Cuatro días antes de su consulta presentó dolor en rodilla izquierda, sin traumatismo previo, por el que recibió analgésicos. A los dos días fue remitida a urgencias por deterioro de su estado general.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración física inicial la rodilla presentaba leve edema periarticular pero a los dos días de la reconsulta su aspecto es de gravedad, está febril y hemodinámicamente inestable. El muslo izquierdo presenta signos infecciosos. Leucopenia:  $1,46 \times 10^9/L$ , acidosis metabólica, fracaso renal agudo y CPK de 5.333 U/L. La RMN: signos de celulitis, fascitis superficial y profunda, miositis en el muslo izquierdo sin colecciones francas. Con el diagnóstico de shock séptico por infección muscular comenzaron tratamiento con antibióticos y desbridamiento quirúrgico, a pesar de lo cual se produjo una rápida extensión de la necrosis a los tejidos vecinos, lo que obligó a desarticular el miembro. La enferma fue trasladada a UCI. A los 4 días de su ingreso, falleció por fracaso multiorgánico. La histología confirmó la necrosis muscular y en los cultivos de sangre y del músculo se aisló *S. pneumoniae* sensible a penicilina.

**Juicio clínico:** La miositis no es una enfermedad limitada a pacientes inmunodeprimidos. El microorganismo habitual causante es *Staphylococcus aureus* 80% de los casos, seguido de *Streptococcus pyogenes* 5% y *S. pneumoniae* 2%.

**Diagnóstico diferencial:** En inmunodeprimidos la situación es compleja puesto que pueden coexistir factores que originan debilidad muscular, como la caquexia, la debilidad generalizada, las complicaciones del sistema nervioso central y periférico propias de la enfermedad de base, las infecciones por citomegalovirus, micobacterias, las piomiositis y los efectos tóxicos del tratamiento.

**Comentario final:** La miositis se creyó limitada a los trópicos, pero en las últimas décadas se han publicado casos en otros países. Debemos considerar al *Streptococcus pneumoniae* como agente causal, principalmente en pacientes susceptibles, en quienes un diagnóstico y manejo oportuno permitirá evitar desenlaces fatales.

### Bibliografía

1. Fernández-Miera MF. Piomiositis no tropical: revisión a propósito de un caso. An Med Internal. 1998;154:211-3.

2. Schalinski S, Tsokos M. Fatal pyomyositis: a report of 8 autopsy cases. Am J Forensic Med Pathol. 2008;29:131-5.

*Palabras clave:* Miositis. *S. pneumoniae*. Factores de riesgo. Shock séptico.