



CARTA AL EDITOR

Miositis en paciente mayor. A propósito de un caso



Myositis in an older patient: About a case

Sr. Editor,

La miositis se define como una inflamación de la musculatura voluntaria, caracterizándose por dolor localizado o difuso, aumento de la sensibilidad, edema y/o debilidad¹. Las dos etiologías principales son la infecciosa y la no infecciosa, siendo esta última la más prevalente².

Presentamos el caso de un varón de 92 años con antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad renal crónica, estenosis aórtica severa y neoplasia de sigma diagnosticada en enero de 2022, en espera de valoración de tratamiento quirúrgico. Como medicación habitual tomaba: sulfato de hierro, dutasterida, sertralina, omeprazol, doxazosina, pregabalin, gemfibrozilo, paracetamol y metamizol. Presentó un ingreso en marzo de 2022, por una bacteriemia por *Enterococcus faecalis* de probable origen intestinal tratada durante 10 días con piperacilina-tazobactam con buena evolución clínica; y un segundo ingreso en mayo de 2022, por una artritis inflamatoria de rodilla izquierda, donde se realizó artrocentesis diagnóstica con cultivos negativos. Deambulaba de manera autónoma (*Functional Ambulation Category*: 5), era independiente para todas las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel: 100) y no tenía deterioro cognitivo (*Global Deterioration Scale* de Reisberg: 1).

Ingresó en la Unidad de Agudos del servicio de Geriatría en julio de 2022, por cuadro de 11 días de evolución caracterizado por eritema y aumento de volumen en todo el miembro inferior izquierdo, asociado a deterioro funcional con dificultad para la deambulación, sin traumatismo asociado. En la exploración física destacaba miembro inferior izquierdo con aumento de volumen desde pierna a muslo, asociado a eritema y aumento de temperatura, con pulsos presentes y simétricos. El resto de la exploración era normal. En la analítica destacaba anemia con hemoglobina 10 g/dL, leucocitosis 15.000/μL, aumento de los reactantes de fase aguda (proteína C reactiva 114 mg/L, fibrinógeno 887 mg/dL), del dímero D 1680 ng/mL y de la creatinina 1,82 mg/dL. Se realizó una artrocentesis de rodilla con obtención de líquido articular seroso claro no purulento y cultivo negativo, descartándose foco articular. Fue diagnosticado de celulitis en miembro inferior izquierdo, por lo que se trató empíricamente con piperacilina-tazobactam a una dosis de 3 g cada 8 h durante 10 días, sin mejoría clínica. Se realizó ecografía doppler que descartó trombosis del sistema venoso; ecografía muscular y resonancia magnética nuclear (RMN) de miembro inferior izquierdo con hallazgo final de miopatía cuadri-citital izquierda (fig. 1) y celulitis de probable etiología infecciosa. No se observaron abscesos musculares y se descartó la presencia de foco infeccioso abdominal en tomografía axial computarizada. Se

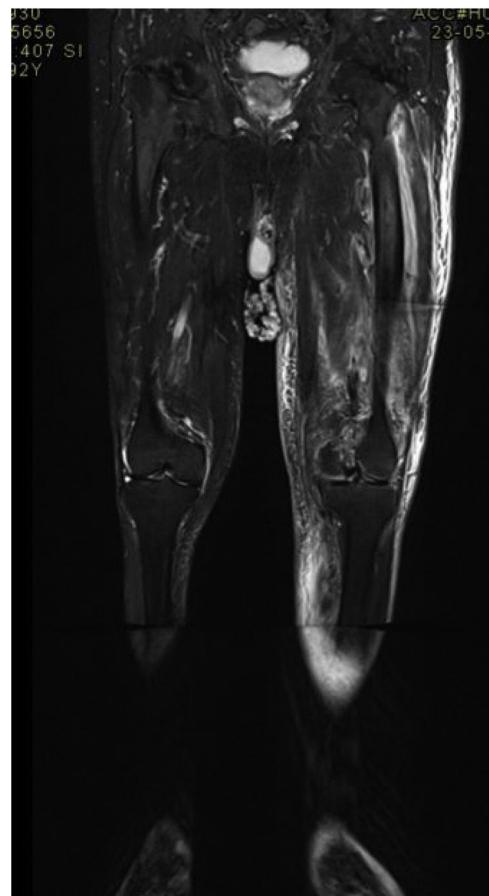


Figura 1. Resonancia magnética nuclear (corte coronal) de miembros inferiores que muestra miopatía cuadri-citital izquierda, en la que se puede observar la diferencia de diámetro entre ambos muslos.

escaló el tratamiento a meropenem 1 g cada 8 h, presentando una evolución clínica y analítica favorable, con adecuada recuperación funcional. Durante el ingreso presentó como complicaciones: insuficiencia cardiaca, anemia que requirió transfusión de un concentrado de hematíes y mal control del dolor, precisando analgesia con fentanilo. El paciente fue dado de alta a su residencia donde completó un total de 14 días de pauta antibiótica con meropenem.

La miositis infecciosa es una enfermedad poco común del músculo estriado, que se presenta sobre todo en climas tropicales afectando principalmente a pacientes jóvenes, varones, inmunodeprimidos, con neoplasias sobre todo hematológicas y diabéticos, pudiendo presentarse como una bacteriemia oculta. Se manifiesta con fiebre, edema y dolor en el músculo afectado. Su patogenia no está clara, siendo el traumatismo la causa más frecuente³⁻⁵.

La miositis bacteriana se presenta predominantemente como una infección muscular focal, mientras que los virus y parásitos producen una afectación más difusa conduciendo a mialgia generalizada o multifocal. Dentro de las causas bacterianas, el *Staphylococcus aureus* está presente en dos tercios de los casos, teniendo como segundo grupo a los estreptococos del grupo A^{6,7}. La vía hematógena es la forma más común de diseminación.

La miositis puede mostrar una evolución aguda, subaguda o crónica. Se presentan tres etapas¹. La etapa subaguda, de 1 a 3 semanas de duración, se caracteriza por edema local, dolor leve y fiebre, pudiendo confundirse con trombosis, hematoma, contusión, distensión/rotura muscular u osteomielitis. La etapa supurativa, en la segunda o tercera semana, donde la sensibilidad y la fiebre aumentan. Por último, la tercera etapa o sepsis se produce si la infección no se diagnostica ni se trata, y se desarrolla con dolor local intenso y fluctuación.

El diagnóstico se establece según la clínica, resultados de cultivos y biopsia muscular (en este caso no se realizó para evitar un procedimiento de cierta agresividad). Dentro de las pruebas de imagen, la RMN tiene la mayor especificidad⁸.

Es una entidad potencialmente tratable⁷, en la que el tratamiento deberá ir dirigido al patógeno causante de la infección. Durante la primera etapa, al no haber una colección clara de pus, se puede iniciar tratamiento con antibioterapia, pero en la segunda y tercera etapas muchas veces es preciso el drenaje quirúrgico⁹.

El pronóstico es bueno si se diagnostica durante la primera o segunda etapa, con una mortalidad entre el 1% y el 4%. La recurrencia es poco común, presentándose generalmente en pacientes inmunodeprimidos o con infecciones infrecuentes, como *Mycobacterium* o *Salmonella*³.

En conclusión, la miositis es una causa de miopatía inflamatoria infecciosa y plantea dificultades en el diagnóstico diferencial como es el caso con la celulitis o fascitis necrotizante, retrasando su diagnóstico.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Narayananappa G, Nandeesh BN. Infective myositis. Brain Pathol. 2021 May;31:e12950, <http://dx.doi.org/10.1111/bpa.12950>.
2. Ashton C, Paramalingam S, Stevenson B, Brusch A, Needham M. Idiopathic inflammatory myopathies: a review. Intern Med J. 2021;51:845-52, <http://dx.doi.org/10.1111/imj.15358>.
3. Crum-Cianflone NF. Bacterial, fungal, parasitic, and viral myositis. Clin Microbiol Rev. 2008 Jul;21:473-94, <http://dx.doi.org/10.1128/CMR.00001-08>.
4. Scaber J, Molyneux AJ, Buckley C, Webb AJS. Two case reports of distal upper limb weakness following influenza-like illness: an emerging pattern of para-infectious myositis in adults. BMC Neurol. 2020;20:237, <http://dx.doi.org/10.1186/s12883-020-01821-1>.
5. Stevens DL. Skin, muscle and soft tissue infections. *Harrison's principles of internal medicine*. 17th ed. New York: McGraw Hill; 2008. p. 831p.
6. Radcliffe C, Gisriel S, Niu YS, Peaper D, Delgado S, Grant M. Pyomyositis and Infectious Myositis: A Comprehensive Single-Center Retrospective Study. Open Forum Infect Dis. 2021 Mar 4;8:ofab098, <http://dx.doi.org/10.1093/ofid/ofab098>.
7. Repáraz FJ, Repáraz J, Martínez Bayarri M, Tejero A, Corchuelo C, Avila A. Piomiositis primaria causada por *Streptococcus intermedius* [Primary pyomyositis caused by *Streptococcus intermedius*]. An Sist Sanit Navar. 2007;30:273-9, <http://dx.doi.org/10.23938/ASSN.0213>.
8. Deng W, Farricelli L. Group G streptococcal sepsis, septic arthritis and myositis in a patient with severe oral ulcerations. BMJ Case Rep. 2014;2014, <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2013-200338>, bcr2013200338.
9. Weiss KA, Laverdière M. Group A Streptococcus invasive infections: a review. Can J Surg. 1997;40:18-25.

Katherin Clareth Castillo-Vásquez^{a,*}, Sandra Cerviño Camino^a, Patricia Ysabel Condorhuamán-Alvarado^{a,b} y Gabriela Ivonne Morales Mena^a

^a Servicio de Geriatría, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^b Instituto de Investigación Biomédica, Hospital Universitario La Paz (IdiPaz), Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: katycastillo8812@gmail.com (K.C. Castillo-Vásquez).