

PIOMIOSITIS POR ESTAFILOCOCO METICILIN-RESISTENTE COMPLICADA CON S. COMPARTIMENTAL EN MUJER INMUNOCOMPETENTE.

*Thernelus O, Dorado M, Aragón A, Barranco E, Aguilar A, Merino ML.
Hospital Comarcal de la Axarquía Vélez-Málaga (Málaga)*

Introducción

La piomiositis es una infección primaria del músculo que puede o no estar asociada con la formación de abscesos. La mayoría se desarrollan en inmunocomprometidos, siendo el s. compartimental infrecuente. En la última década los casos de piomiositis ha aumentado y uno de las razones parece ser el incremento de las infecciones por estafilococo aureus meticilin-resistente asociadas a la comunidad (CA-MRSA).



Objetivos

Presentamos el caso de una mujer inmunocompetente con piomiositis de antebrazo de rápida evolución y complicada con s. compartimental, causada por estafilococo aureus meticilin resistente



Material y Método

Mujer de 65 años que acude a urgencias por tumoración fluctuante en cara palmar del antebrazo sin fiebre pero con importante impotencia funcional, de menos de 24 horas de evolución. Llama la atención la posición de todos los dedos en garra completa (fig 1). Niega cualquier tipo de picadura, pinchazo, droga intravenosa ni traumatismo. En analítica resalta leucocitosis de 29.000 con desviación izda y PCR de 151. Se realiza eco urgente donde se visualiza una colección de pus bajo los flexores (Fig 2).

Resultados

Se realiza drenaje quirúrgico urgente junto con fasciotomía del compartimento anterior del antebrazo incluyendo liberación del túnel carpiano (fig 3). A pesar de que el cultivo IOP fue negativo, se instauró tto con ATB iv seguido de oral (amoxicilina-clavulánico). La evolución funcional fue tórpida a pesar de la RHB precoz y desaparición de los signos externos de la infección, presentando importante limitación de la flexo-extensión de muñeca y dedos. En RMN de control (fig 4) se observó una piomiositis del FCD y FPL, por lo que se decide nueva limpieza quirúrgica con nueva toma de cultivo, resultando esta vez positivo para estafilococo aureus meticilin-resistente. Se instaura tto con linezolid y se continuó con la RHB, resultando en una mejoría sustancial de la paciente. Dado el tiempo de evolución, no se llegó a recuperar la movilidad completa de los dedos, pero la paciente no presenta dificultades para ABVD (fig 5).



Conclusión

- 1) El CA-MRSA constituye un patógeno emergente como agente productor de infecciones de piel y partes blandas. Los estudios genotípicos han sugerido una estrecha relación entre el gen de la oxacilin-resistencia de los CA-MRSA (y no de los asociados a las infecciones intrahospitalarias) y varios factores de virulencia responsables de las infecciones agresivas de partes blandas.
- 2) El diagnóstico precoz de la piomiositis y su tratamiento son esenciales para evitar complicaciones graves como el síndrome compartimental, que es inusual en inmunocompetentes.

Bibliografía

1. Manual MERCK undécima edición, diagnóstico y tratamiento
2. Cavagnaro F, Rodríguez J, Arancibia M, Walker B, Espinoza A. Piomiositis en niños: Reporte de 2 casos. *Rev Chilena Infectol* 2013; 30 (1): 81-85.
3. Mendez N, Gancedo E, Sawickil M, Costa N, Di Rocco R. Piomiositis primaria Revisión de 32 casos diagnosticados por ecografía.
4. Shedek BK, Nilles EJ. Community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* pyomyositis complicated by compartment syndrome in an immunocompetent young woman. *American Journal of Emergency Medicine* 2008; 26: 737