

Caso	(658) Abscesos musculares secundarios a embolismos sépticos en el contexto de prostatitis aguda por SAMS
Autores	José Vicente Roncero Cano, Esther Izquierdo Milla, Mónica M. Román Sastre, Silvia Raposo Galeano, María V. Torres Isidro, Sergio Gutiérrez Salazar, Marta Babarro Peleteiro
Centro	Hospital Universitario De Móstoles

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 58 años que acudió al servicio de urgencias refiriendo mialgias de dos semanas de evolución, junto con hiporexia, polidipsia, poliuria y sensación distérmica. El paciente había sido diagnosticado de diabetes mellitus hacía diez años, sin controles periódicos. En la analítica presentaba acidosis metabólica por lo que fue ingresado con sospecha de cetoacidosis diabética.

En el segundo día de ingreso fue diagnosticado de prostatitis aguda, iniciando tratamiento antibiótico empírico. A las 72 horas del ingreso comenzó con dolor y tumefacción del muslo izquierdo, por lo que se le realizó una ecografía en la que se objetivaron dos lesiones de bordes mal definidos, intramusculares y heterogéneas, fundamentalmente hipoecogénicas con algunos septos internos más ecogénicos y leve aumento de vascularización en el estudio Doppler-color, sugestivas de hematomas / abscesos musculares, sin poder descartar la naturaleza tumoral.

En la resonancia magnética (RM) de ambos miembros inferiores se identificaron múltiples lesiones musculares bilaterales (al menos 15) localizadas en todos los compartimentos del muslo, las de mayor tamaño en los músculos cuádriceps. Presentaban una señal heterogénea con un centro hipointenso en T1 e hiperintenso en T2; y realce intenso y en anillo de la pared tras la administración de gadolinio intravenoso, sin captación central.

DISCUSIÓN

En los estudios de microbiología (uro y hemocultivo) se aisló estafilococo aureus meticilin-sensible (SAMS). Los hallazgos de imagen, en el contexto clínico del paciente, fueron compatibles con abscesos musculares probablemente secundarios a embolismo séptico, en el contexto de prostatitis aguda por SAMS. El paciente inició antibioterapia dirigida con cefazolina a altas dosis. Tras 17 días de tratamiento antibiótico y educación diabetológica, el paciente fue dado de alta con buen estado general y disminución de tamaño de los abscesos musculares.

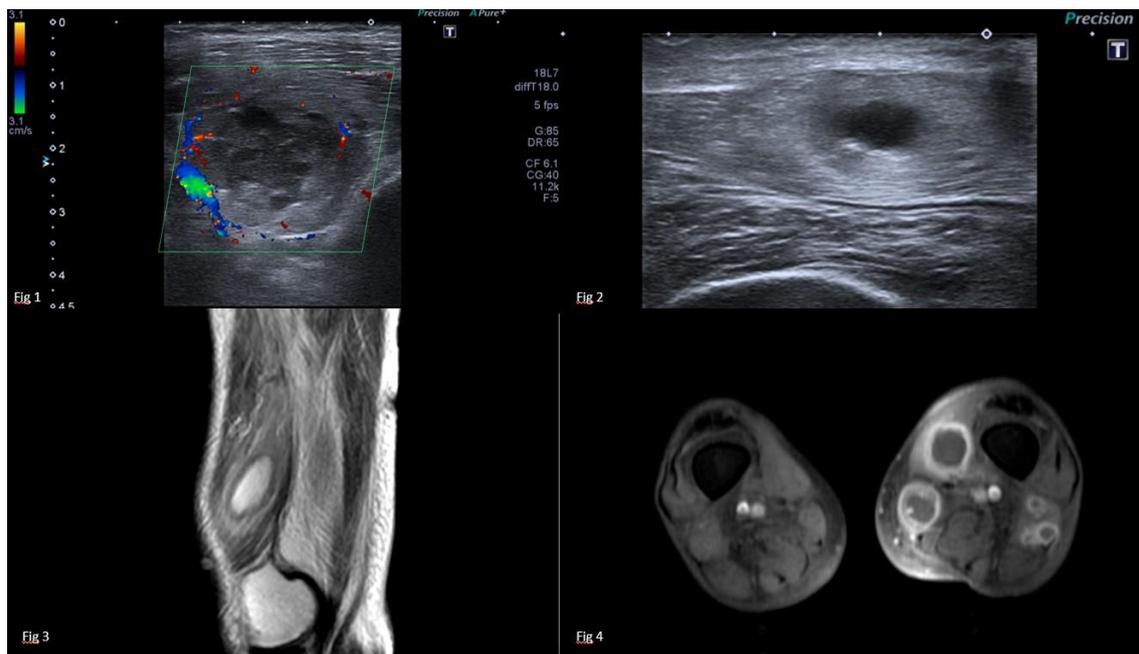
La piomiositis o infección bacteriana aguda del músculo puede estar producida por una diseminación hematógena, desde una osteomielitis adyacente, una artritis séptica o a partir de una inoculación directa desde un defecto en los tejidos blandos. El riesgo de infección aumenta con factores como traumatismos, cirugías, malnutrición o isquemia. Aunque originalmente se consideraba una enfermedad tropical en niños y adultos jóvenes, también está comúnmente relacionada con la diabetes, el uso de drogas intravenosas y en inmunodeprimidos. La afectación puede ser multifocal o bilateral hasta en el 40% de los pacientes. En el 90% de los

casos está implicado el estafilococo aureus pero también hay infecciones atípicas por multiorganismos, sobre todo en inmunocomprometidos. Los músculos de ambos muslos son los que más frecuentemente se afectan, particularmente el cuádriceps, seguido de los glúteos y el psoas.

En RM se observa un aumento de señal del músculo en secuencia T2 en relación con la presencia de líquido y pus. Los abscesos intramusculares, un hallazgo típico de la piomiositis, normalmente son hipo/isointensos en T1 e hiperintensos en T2, y presentan un realce fino en anillo; así como extensa inflamación de los tejidos adyacentes, lo que permite diferenciar la piomiositis de otras afectaciones como los tumores de partes blandas.

CONCLUSIÓN

La piomiositis o enfermedad bacteriana aguda del músculo es una patología más frecuente en individuos diabéticos, adictos a drogas intravenosas o inmunodeprimidos. Es frecuente que esté producida por diseminación hematógica y en el 90% de los casos está implicado el estafilococo aureus. Los abscesos intramusculares son un hallazgo típico y se caracterizan por presentar un realce fino en anillo, con un centro no captante.



Figuras 1 y 2. Ecografía de partes blandas (muslo izquierdo): se objetivan dos lesiones intramusculares (vasto medial y sartorio) de bordes mal definidos, heterogéneas y fundamentalmente hipoecogénicas con algunos septos internos más ecogénicos y un centro hipoecogénico en su interior. Se identifica leve aumento de vascularización periférico en el estudio Doppler-color. Hallazgos que sugieren abscesos intramusculares. Figura 3. RM de muslo izquierdo (sagital T2): imagen ovoidea de bordes ligeramente irregulares, que presenta hiperintensidad de señal interna con periferia hipointensa. Se aprecia aumento de señal del músculo en relación con edema intramuscular.

Figura 4. RM de ambos muslos (axial T1 con supresión grasa y gadolinio intravenoso): múltiples lesiones musculares bilaterales localizadas en varios compartimentos del muslo que presentan intenso realce periférico en anillo y centro no captante, en relación con abscesos musculares.