

Caso 15**Dolor inguinal y fiebre en varón joven**

CRISTINA LATORRE MARCO, MARTA ÁLVAREZ ALONSO,
SONSOLES CALLEJAS PÉREZ, M ISABEL LÓPEZ RODRÍGUEZ
Unidad de Urgencias. Hospital Universitario de Fuenlabrada

HISTORIA CLÍNICA-ANTECEDENTES PERSONALES

Varón de 32 años, jardinero, actualmente en excedencia. Entre sus antecedentes sólo destacar un ingreso previo en psiquiatría por crisis psicótica, actualmente bien controlado con medicación. Fumador de unos 15 cigarrillos al día. Niega haber usado nunca drogas por vía parenteral ni por otras vías. Hipercolesterolemia en tratamiento farmacológico, sin otros factores de riesgo cardiovascular.

Acude a urgencias por presentar desde una semana antes un dolor que se inicia en la punta de la escápula y que posteriormente se transmite hacia la zona lumbar, hipogastrio y, sobre todo, hacia la región inguinal izquierda, donde permanece fijo desde entonces. Se ha acompañado de vómitos y sensación distérmica no termometrada en su domicilio. En la anamnesis dirigida no presenta clínica infecciosa. Niega inmovilización los días previos. Tampoco traumatismos. Desde hace meses usa inyecciones de risperdal que se pone siempre en el brazo. En esta semana ha hecho tratamiento con AINEs sin ninguna mejoría del dolor.

Se realiza analítica completa en la que destaca una PCR de 22,1 mg/dL sin leucocitosis ni elevación de otros reactantes de fase aguda.

Dado que el paciente está afectado por el dolor, se decide dejarle esa noche en observación para control del mismo y ver si hace pico febril. A las 12 horas se repite analítica completa, destacando PCR en ascenso, manteniéndose el resto de los parámetros dentro de la normalidad. A pesar de analgesia iv el paciente refiere mal control del dolor. Por este motivo se solicita TAC abdominal.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Normohidratado, normoperfundido y normocoloreado. Eupneico. Aceptable estado general aunque

afectado por el dolor. TA 149/88. FC 90 latidos por minuto. Tª 36,3°C. No adenopatías periféricas. Auscultación cardiaca rítmica, sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación selectiva en región inguinal sin palpase clara hernia. Blumberg negativo con maniobra del psoas positivo. Puñopercusión renal bilateral negativa. Sin signos de trombosis venosa profunda en las extremidades, pulsos periféricos positivos y simétricos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Hemograma: Hb: 14,8 g/dL; Hto: 43,9%; VCM: 94.2; plaquetas: 201.000 cél/μl; leucocitos: 10.700 cél/μl (N 74,1%; L 11,7%; M 11,9%; E 1,6%; B 0,7%).

Bioquímica: glucosa 102 mg/dL; urea 26 mg/dL; creatinina 0,81 mg/dL; sodio 133 mEq/L; potasio 3,5 mEq/L; PCR 22,1 mg/dL.

Sistemático de orina: normal.

Coagulación: normal. No se solicitó dímero D.

Se extrajeron hemocultivos en urgencias.

ECG: ritmo sinusal a 80 por minuto. T negativa en V2 e isobifásica en V3-V4.

Radiografía de tórax (2 proyecciones): normal.

Se solicita TAC abdominal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS

Ante un varón joven con dolor inguinal izquierdo se plantean los siguientes diagnósticos diferenciales:

- Patología osteomuscular a nivel de la articulación coxofemoral izquierda: coxalgia, tendinitis.
- Patología de vías urinarias.
- Patología abdominal.
- Hernia inguinal izquierda.
- Patología genital: orquiepididimitis, tumor testicular, infecciones locales a nivel de periné o escroto.

EVOLUCIÓN

En la TAC abdominal se aprecia aumento del calibre de la vena ilíaca externa, con mala definición de los bordes y área central hipodensa, sugerente de

trombosis venosa profunda. Se acompaña de un aumento de densidad de la grasa perivascular, con presencia de bandas de líquido y de un manguito de densidad de partes blandas que rodea a los vasos desde la bifurcación ilíaca. Es decir, trombosis venosa profunda con extensos cambios inflamatorios perivasculares. Además se aprecia una pequeña colección de líquido (14 mm) adyacente al margen anterior de la articulación coxofemoral izquierda, posiblemente en el interior de la bursa del iliopsoas.

Se inicia entonces anticoagulación a dosis plenas y se solicita *RMN de cadera izquierda* donde se observa hiperintensidad de señal y realce del músculo ilíaco izquierdo, de la musculatura lateral de la pared del abdomen izquierda y del músculo pectíneo (Figura 1). No se identifican imágenes de colección intramuscular. Se aprecia líquido rodeando al músculo psoas izquierdo, recto anterior, sartorio y vasto lateral, sin alteración de la señal. La articulación de la cadera muestra intensidad de señal normal sin áreas de edema óseo ni derrame articular, sin signos que sugieran artritis. Trombosis de la vena ilíaca común desde su origen y tras su bifurcación con prominentes cambios inflamatorios en retroperitoneo, región pélvica y región inguinal rodeando los vasos trombosados, a descartar trombosis infecciosa (Figura 2).

Se ingresa al paciente y se asocia a la anticoagulación tratamiento antibiótico con vancomicina, meropenem y clindamicina, simplificándose tras una semana a ceftriaxona y clindamicina.

Con el tratamiento conservador la evolución clínica, analítica y radiológica de la miositis ha sido favorable. El paciente fue dado de alta a los 14 días con antibioticoterapia oral y anticoagulación plena, deambulando con normalidad salvo mínima molestia en ingle izquierda. Está pendiente de realizar *eco-doppler* de control.

No se identificó factor predisponente de la miositis ni de la trombosis.

DIAGNÓSTICO FINAL

- Miositis de los músculos ilíaco, pectíneo y musculatura lateral del abdomen izquierdos.
- Tromboflebitis séptica de la vena ilíaca izquierda.

DISCUSIÓN

La miositis es la infección bacteriana aguda del músculo estriado, con tendencia a la abscesificación intramuscular. En los países tropicales es causa del 4% de los ingresos hospitalarios, sobre todo en niños sanos de 5-9 años. En los países templados es menos frecuente y afecta a varones de 20 a 40 años asociándose, en el 60% de los casos, a situaciones de inmunosupresión. Es una enfermedad poco conocida, lo que normalmente provoca un diagnóstico tardío.

La miositis puede ser primaria (frecuente en el trópico) o secundaria a procesos infecciosos conti-



Figura 1: Sec. Axial T2, FRFSE Fat-Sat sin contraste

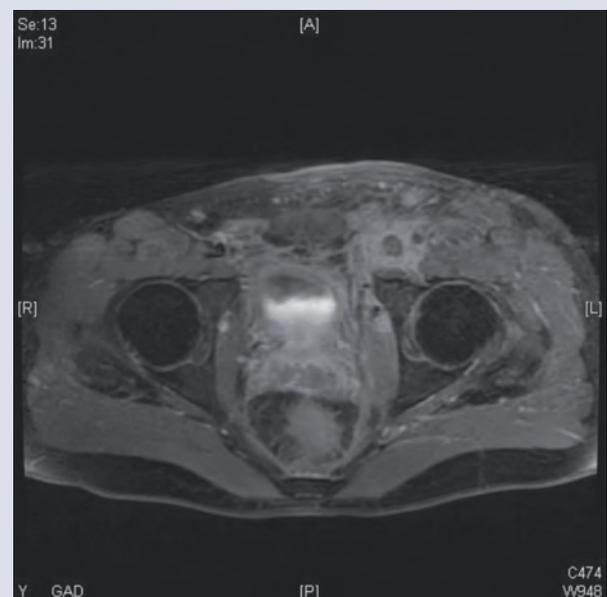


Figura 2: Sec. Axial T1, FSE Fat-Sat con contraste gadolinio

guos de partes blandas, osteomielitis, herida penetrante o a bacteriemia en proceso infeccioso intercurrente. Afecta con más frecuencia a músculos grandes de los miembros inferiores (cuádriceps y glúteos) o del tronco, como es el caso de nuestro paciente.

El agente etiológico más frecuente es *S. aureus*, seguido de *Streptococcus* del grupo A (1-5%), *E. coli* y *H. influenzae*. Los hemocultivos son positivos sólo en un 5-30% de los casos. La prueba diagnóstica de imagen de elección es la TAC, que nos da el diagnóstico e incluso permite el drenaje guiado. La ecografía también se utiliza como guía para el drenaje. Con la RMN se pueden realizar diagnósticos en estadios más tempranos.

La fisiopatología aún no está muy definida. Se postula que el microorganismo coloniza el músculo si está previamente lesionado o bien si los mecanismos de defensa del huésped se encuentran comprometidos para impedir la colonización.

La clínica varía de intensidad en función del estado del sistema inmunológico y la edad. Clásicamente se diferencian tres etapas:

- Primer estadio o invasor: inicio subagudo, fiebre variable, escasa tumefacción local, dolor e hipersensibilidad mínima a la palpación. Aún no hay formación de pus en el músculo. Sólo el 2% de los pacientes consultan en esta fase.
- Segundo estadio o supurativo: tiene lugar entre 10 y 21 días más tarde. El 90% de los pacientes se encuentra en este estadio al diagnóstico. Presentan leucocitosis elevada, fiebre y mayor tumefacción e hipersensibilidad local. Ya hay pus en el interior del músculo.
- Tercer estadio o séptico: manifestaciones sistémicas de sepsis, eritema, dolor intenso a la palpación y fluctuación.

El tratamiento inicial es la antibiotioterapia iv. Cuando el cuadro es diagnosticado en fases iniciales el tratamiento antibiótico iv es suficiente; en fases tardías (lo más frecuente) o en los casos en que no es efectivo el tratamiento iv, es preciso realizar drenaje de la lesión.

La tromboflebitis séptica es una complicación rara y grave de las infecciones intraabdominales. El proceso infeccioso se extiende a través de ramas periféricas alterando el endotelio vascular y provocando la aparición de trombosis. De ahí, el trombo infectado tiende a diseminarse. En la literatura re-

visada hemos encontrado casos de tromboflebitis de la vena porta secundaria a apendicitis y a diverticulitis, así como tromboflebitis séptica de la vena yugular interna y externa, secundarios a amigdalitis (síndrome de *Lemierre*). Sin embargo, tras revisar la bibliografía hemos encontrado pocos casos de tromboflebitis séptica ilíaca secundarios a miositis, como es el caso de nuestro paciente.

La rareza del caso que presentamos es, por tanto, múltiple: su ocurrencia en un país de clima templado como el nuestro, el tratarse de un paciente inmunocompetente y el presentar una tromboflebitis séptica extensa.

La indicación de anticoagulación resulta controvertida, suele proponerse su utilización sistemática en estados de hipercoagulabilidad asociada, casos en los que la oclusión venosa es extensa y cuando existe fiebre persistente a pesar del tratamiento antibiótico.

La mortalidad de estos procesos es del 1% en países tropicales y del 10% en países templados en función del tiempo de diagnóstico-tratamiento.

Queremos enfatizar por ello la importancia de una sospecha clínica precoz para un diagnóstico temprano, que permita la instauración de un tratamiento dirigido y eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moralejo-Alonso L, Alonso-Claudio G. Piomiositis. *Med Clin (Barc)* 2005;125(17): 666-70.
2. Martín-Millán M, García-Ibarbia C, Gutiérrez-Cuadra M, et al. Piomiositis: una revisión retrospectiva en un hospital terciario del norte de España. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2006;24(3):173-7.
3. Baleato González S, Vilanovab JC, García Figueirasa R, Álvarez Morenoa A, et al. Papel de la resonancia magnética en el diagnóstico precoz de la piomiositis en niños. *Radiología*. 2008;50:495-501.
4. Barros Alcalde P, López Rodríguez R, Lado Lado FL, Campos Franco J, Alende Sixto R, Rodríguez Constenla I. Piomiositis no tropical. *An Med Interna (Madrid)* v.21 n.11 Madrid nov. 2004.
5. Cantarelli L, Passega-Sidler E, Taddei L, Balestra B. A case of pseudophlebitis of the great saphenous vein: focal nodular myositis of the gracilis muscle. *Schweiz Med Wochenschr* 2000;130(44): 1692-4.

COMENTARIO EDITORIAL

La originalidad del caso que se presenta radica en el hecho que se trata de una miositis con tromboflebitis séptica, ambas extensas (músculos ilíaco, pectíneo y musculatura lateral del abdomen izquierdos, y vena ilíaca izquierda) en un paciente inmunocompetente y sin comorbilidad, a la vez que su ocurrencia en un país de clima templado como es el nuestro.

La piomiositis, tradicionalmente descrita como una enfermedad tropical, es la infección bacteriana del músculo estriado. Sin embargo, probablemente por el aumento de población inmunodeprimida, últimamente asistimos a un aumento de la incidencia en los países de clima templado.

El microorganismo implicado en prácticamente 3 de cada 4 casos es *S. aureus* y el diagnóstico microbiológico se suele realizar a través del material obtenido por punción del absceso (técnica más rentable, alguna serie alcanza el 100% de cultivos positivos) y los hemocultivos (porcentaje de positivos 25-50%). En nuestro paciente, a pesar que en la historia clínica consta que se recogen hemocultivos, no disponemos de los resultados de los mismos, por lo que asumimos que estos son negativos.

Diferentes series de la literatura reflejan el antecedente de traumatismo (por alterar la estructura del músculo) como el factor predisponente más habitual, a la vez que condiciones de comorbilidad como diabetes, malnutrición, inmunodepresión (infección por el VIH) o neoplasias. Ninguno de estos factores se recoge en la historia clínica del caso que se nos presenta (únicamente “inyecciones de risperdal siempre en el brazo”).

El cuadro clínico suele ser insidioso, con escasa sintomatología inicial y esto, unido a que se trata de una infección aún infrecuente y poco conocida, conlleva un retraso en el diagnóstico de entre 1-2 semanas. De ahí el buen hacer de los médicos que atendieron al paciente al dejarlo en observación para ver la evolución del dolor y de la temperatura.

Los hallazgos de laboratorio son inespecíficos. Puede haber leucocitosis, aumento de la VSG o de la PCR, esta última presente en nuestro paciente (y probablemente crucial en la solicitud de la TAC abdominal). De las técnicas diagnósticas, la TAC es de elección (permite colocar drenajes) y la resonancia está indicada si interesa un diagnóstico precoz (en inmunodeprimidos con riesgo de complicaciones) o para descartar otros procesos.

El tratamiento depende del momento evolutivo de la infección. Inicialmente puede estar indicado tratamiento antibiótico exclusivamente, como el caso presentado. Sin embargo, en 9 de cada 10 enfermos el diagnóstico se realiza cuando el absceso ya está formado, y entonces el tratamiento debe ser mixto: antibiótico y drenaje. La antibioticoterapia debe ser parenteral los primeros 14 días, y cubrir los principales microorganismos causales, en especial *S. aureus*. En función de la evolución podremos prolongar el tratamiento por vía oral hasta completar las 4-6 semanas de tratamiento.

Finalmente, reseñar que compartimos con los autores la controversia sobre la indicación de la anticoagulación. No obstante, parece claro el beneficio cuando la oclusión venosa es extensa, como en el caso que se nos presenta (tromboflebitis séptica extensa de la vena ilíaca izquierda).

Dr. Ferran Llopis.
H G U Vall d'Hebrón. Barcelona