



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

I-100 - REVISIÓN DE PIOMIOSITIS PRIMARIA DE ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO Y PECTORAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Fayos Pérez¹, N. Puente Ruiz¹, J. García Palacios¹, P. González García¹, L. Gibert Hernández¹, M. Gutiérrez Cuadra², C. Armiñanzas Castillo² y M. Fernández-Ayala Novo¹

¹Medicina Interna, ²Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).

Resumen

Objetivos: La piomiositis primaria está producida por bacteriemias asintomáticas y suele afectar a miembros inferiores. La localización cervical y pectoral es excepcional (0,7%). El objetivo de este trabajo fue analizar las características clínicas, tratamiento y evolución de los pacientes con piomiositis en los músculos esternocleidomastoideo y pectoral de nuestro hospital.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes hospitalizados por piomiositis en el Hospital Universitario de Marqués de Valdecilla desde enero 2014 a mayo 2019. Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico de piomiositis primaria en los ECM y pectoral.

Resultados: Se recogieron 47 piomiositis (0,02% del total de ingresos). Se excluyeron localizaciones distintas a ECM y pectoral (n = 36), y los procesos secundarios a cirugía (n = 6), quedando un 10,6% (n = 5) de pacientes incluidos con edad media de 47,4 años (DE 11,9) y siendo un 60% varones. Las comorbilidades más frecuentes fueron: diabetes mellitus (n = 1), artritis psoriásica (n = 1), dermatitis atópica (n = 1) y tratamiento inmunosupresor (n = 1). El tiempo de evolución media hasta el primer contacto médico fue de 17,4 días (DE 19,2). El debut más frecuente fue: dolor (60%), signos inflamatorios (60%) y fiebre (40%). Hubo 3 aislamientos microbiológicos: *Staphylococcus aureus* (n = 2) y *Streptococcus pyogenes* (n = 1). El antibiótico más utilizado fue amoxicilina-clavulánico (60%), con una duración de 31,8 días (DE 14,4). En la mayoría de los pacientes se realizó drenaje (n = 4). Los métodos diagnóstico más utilizados fueron: ecografía (80%), TAC (60%), RNM (60%) y gammagrafía (60%). Todos los pacientes presentaron buena evolución sin evidencia de recidiva a los tres meses.

Conclusiones: Hubo un 10,6% de piomiositis primaria de ECM y pectoral, siendo más frecuente que lo descrito en la literatura. El microorganismo más habitual fue *S. aureus*. La diabetes y la inmunosupresión fueron los factores de riesgo más frecuentes. El 80% requirieron cirugía y todos evolucionaron favorablemente.

Bibliografía

1. Carnevale C, Arancibia B, Til G, Sarriá P, Tomás M. Piomiositis primaria del músculo esternocleidomastoideo: Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello*. 2018;78:309-13.

2. González-Márquez R, Morato M, Suárez-Nieto C, JP Rodrigo. Piomiositis del esternocleidomastoideo en un paciente inmunocompetente. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2014;65(3):202-4.
3. Gosnell EJ, Anwar B, Varadarajan V, Freeman S. Sternocleidomastoid pyomyositis. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases.* 2016;133:273-5.