



<https://www.revclinesp.es>

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

M. Fayos Pérez<sup>1</sup>, N. Puente Ruiz<sup>1</sup>, J. García Palacios<sup>1</sup>, P. González García<sup>1</sup>, L. Gibert Hernández<sup>1</sup>, M. Gutiérrez Cuadra<sup>2</sup>, C. Armiñanzas Castillo<sup>2</sup> y M. Fernández-Ayala Novo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Enfermedades 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

- Carnevale C, Arancibia B, Til G, Sarría 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. Gossnell EJ, Anwar B, Varadarajan V, Freeman S. Sternocleidomastoid pyomyositis. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases.* 2016;133:273-5.