

Piomiositis por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM)



Nalia Domínguez Lirón (Rotatorio Pediatría)
Tutor: Dra. Conchi Ruipérez Cebrián (Escolares)

Servicio de Pediatría, HGUA

Anamnesis y Datos Exploratorios (I)

MOTIVO DE CONSULTA

Mujer de 11 años con **dolor abdominal y tumoración abdominal**.

ANTECEDENTES DE INTERÉS

- Procedente de **Amazonas Colombiano** (Putumayo) 2 meses antes (diciembre).
- Absceso fistuloso en región glútea izquierda tratado con Amoxicilina 10 días antes del episodio actual. Hermano ha presentado un cuadro similar.
- No antecedentes infecciosos de gravedad previos ni infecciones de partes blandas.

Anamnesis y Datos Exploratorios (II)

ANAMNESIS

Dolor abdominal continuo de 6h de evolución y **tumoración en hipocondrio derecho** de aparición concomitante. No otra sintomatología asociada.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- **T^a: 36.1°C**
- **Hallazgo principal:** área de induración dolorosa en hipocondrio derecho sin otros cambios cutáneos.
- **Hallazgo accesorio:** trayecto fistuloso con exudado seroso y piel circundante eritematosa en glúteo izdo.

Exploraciones complementarias

PRUEBA COMPLEMENTARIA	HALLAZGO
Hemograma y bioquímica	• Leucocitosis con neutrofilia • Leve eosinofilia • PCR 6,7 mg/dL
Ecografía y TAC abdominopélvico	Colección sobre pared muscular a nivel de hipocondrio derecho. Componente intraabdominal extraperitoneal que contacta con lóbulo hepático izquierdo. No lesiones hepáticas ni otros hallazgos abdominales. Glúteo izquierdo: trayectos fistulosos en tejido celular subcutáneo sin evidencia de colección significativa.

Exploraciones complementarias



Exploraciones complementarias

PRUEBA COMPLEMENTARIA	HALLAZGO
Microbiología	• Bacteriología: se detecta SARM (misma cepa en herida de glúteo y en colección purulenta). • Hemocultivos negativos • Otros estudios negativos (otras tinciones, cultivos, serologías, estudio de heces y PCR): ➤ Micobacterias ➤ Parásitos (<i>E. Hystolitica</i>, <i>helmintiasis</i>, <i>hidatidosis</i>, <i>Cryptosporidium spp</i>, <i>Cyclospora cayetanensis</i>...) ➤ VIH
Inmunoquímica	• Poblaciones linfocitarias compatible con la normalidad • Ausencia de defecto intrínseco de inmunidad innata

Diagnóstico diferencial

ENFERMEDAD IMPORTADA de los TRÓPICOS

M. tuberculosis y micobacterias atípicas

Sífilis

Hongos: esporotricosis

Por su presentación atípica y evolución tórpida: infec. de partes blandas inusuales +/- sobreinfección bacteriana

Leishmaniasis cutánea

Tripanosomiasis cutánea (chagoma)

Esquistosomiasis cutánea

Algunos enteroparásitos: amebiasis cutánea

Leve
eosinofilia

Otros: nocardiosis primaria cutánea, miasis sobreinfectada...

Diagnóstico diferencial

INMUNODEFICIENCIA (DEFECTO DE FAGOCITOSIS)

INFECCIÓN ESTAFILOCÓCICA (HIPÓTESIS PRINCIPAL)

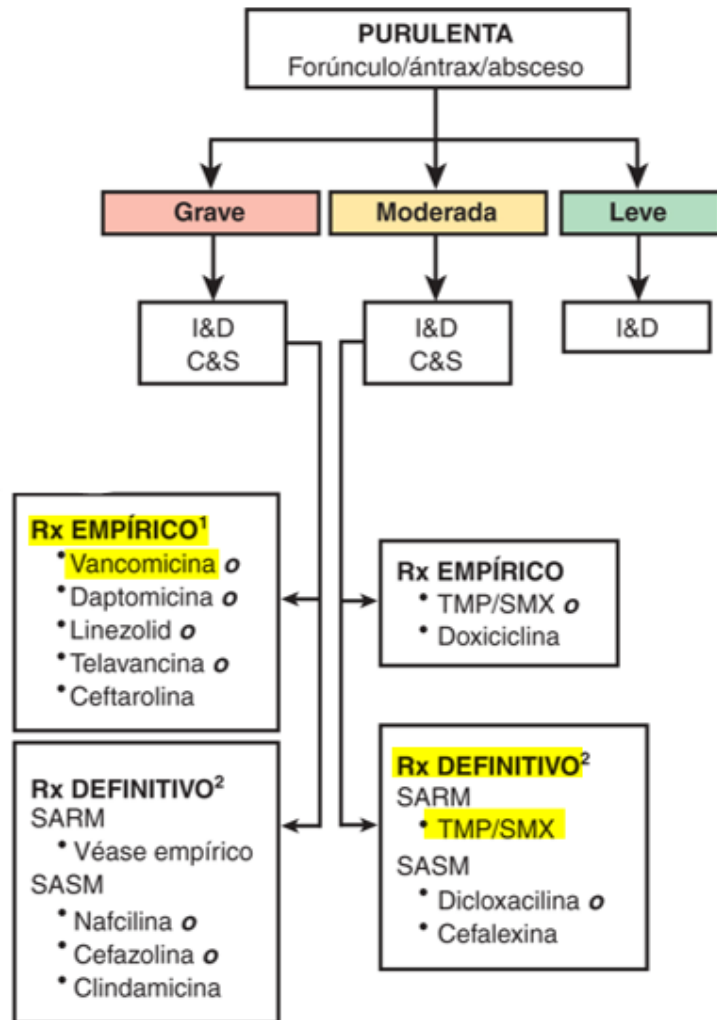
Forma atípica de presentación de un absceso estafilocócico con bacteriemia aislada que ocasionó implantación muscular de un *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) → **PIOMIOSITIS POR SARM**

Diagnóstico diferencial

Diagnóstico:

Infección de pared abdominal:
Piomiositis por SARM

Tratamiento



INGRESO

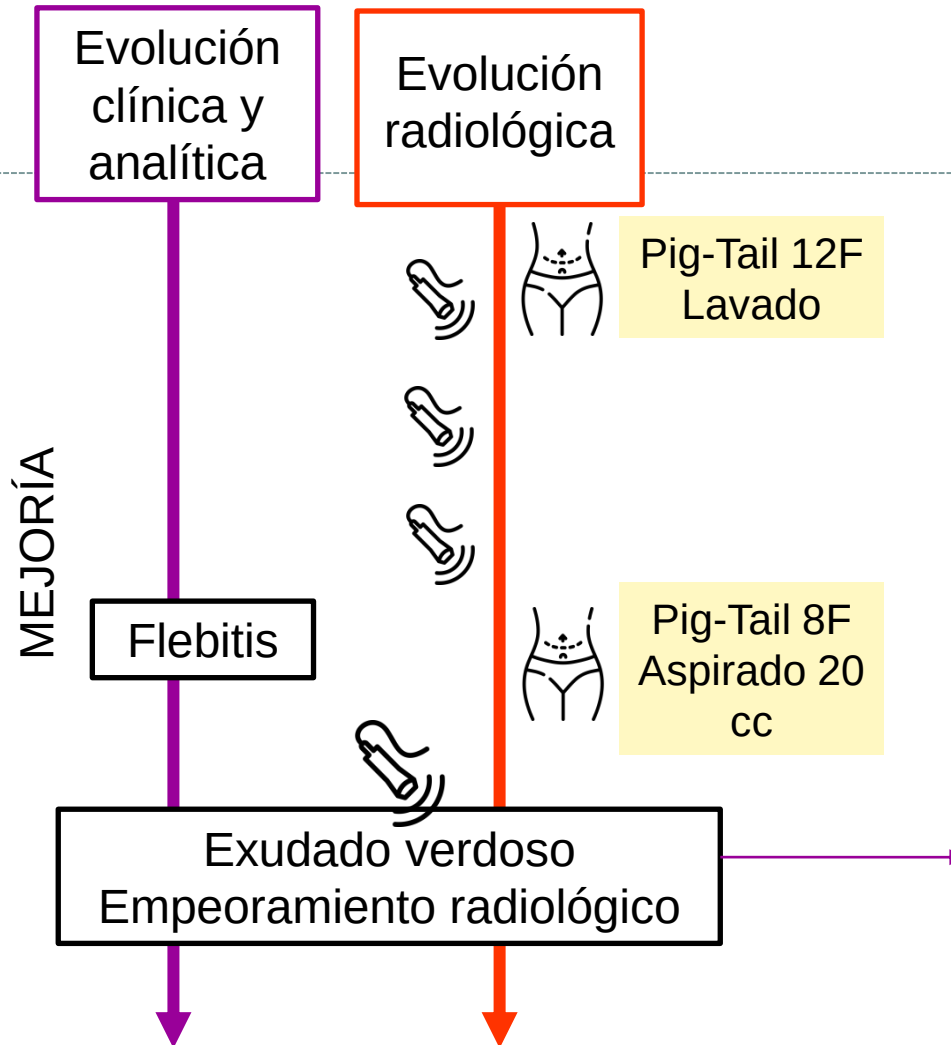
- **Drenaje percutáneo Pig-Tail x 2**
- **Metronidazol + Ceftazidima iv. 24h**
- **Teicoplanina iv. 6 días**
- **Trimetoprim-Sulfametoxazol oral hasta completar 14 días de tto. antibiótico**
- **Ceftazidima iv. 5 días**
- **Ciprofloxacino oral 7 días**

17 días

ALTA

+5 días

Evolución



- **Metronidazol + Ceftazidima iv. 24h** SARM
- **Teicoplanina iv. 6 días**
- **Trimetoprim-Sulfametoxazol** oral hasta completar 14 días de tto. iv. ¿Pseudomona?
- **Ceftazidima iv. 5 días**
- **Ciprofloxacino oral 10 días**

Actualmente pendiente de seguimiento de colección residual por Cirugía Pediátrica y Pediatría

Aprendizaje del caso:

- El diagnóstico microbiológico de una infección de partes blandas es necesario en casos de particular gravedad o cuando se sospechen microorganismos menos frecuentes.
- Como hipótesis principal de trabajo, a pesar de una presentación atípica, siempre debemos pensar en la causa más frecuente (en este caso, infección estafilocócica).
- Como hipótesis de trabajo secundarias, hemos de descartar otras etiologías menos frecuentes pero potencialmente graves. Estudio integral del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Burillo A, Moreno A, Salas C. Diagnóstico microbiológico de las infecciones de piel y tejidos blandos. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica [Internet]. 2007 Nov 1 [cited 2022 Feb 14];25(9):579–86. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-diagnostico-microbiologico-infecciones-piel-tejidos-13111185>
2. Herbinger KH, Drerup L, Alberer M, Nothdurft HD, Sonnenburg F von, Löscher T. Spectrum of Imported Infectious Diseases Among Children and Adolescents Returning From the Tropics and Subtropics. Journal of Travel Medicine [Internet]. 2012 May 1 [cited 2022 Feb 12];19(3):150–7. Available from: <https://academic.oup.com/jtm/article/19/3/150/1804769>
3. Lemons-Estes FM, Neafie RC, Meyers WM. Unusual cutaneous infectious and parasitic diseases. Dermatologic clinics [Internet]. 1999 [cited 2022 Feb 12];17(1):151–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9987002/>