

Reporte de caso**Referencia**

Morales Monzón, M. M., López-Brami Ramírez, A. L. y Augusto Alvarado Recinos, I. A. (2024). *Piomiositis del Esternocleidomastoideo*. *Revista Científica del Sistema de Estudios de Postgrado*. 7(2). 221-229.

DOI: <https://doi.org/10.36958/sep.v7i2.262>

Piomiositis del Esternocleidomastoideo

Pyomyositis of the Sternocleidomastoid

Mónica Mishel Morales Monzón

Médico residente
Hospital General de Enfermedades
monicamoralesmonzon@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-1115-3996> 

Andrea Aracely López-Brami Ramírez

Médico residente
Hospital General de Enfermedades
andre612j@hotmail.com

Recibido: 14/06/2024

Aceptado: 10/11/2024

Publicado: 26/11/2024

Resumen

La piomiositis del esternocleidomastoideo es una patología excepcional, múltiples factores de riesgo se involucran en su desarrollo, tales como enfermedades crónicas o factores de inmunosupresión. Es poco frecuente, 0,4-1% de los casos, la inmunodeficiencia es un factor principalmente predominante en estos pacientes, y se caracteriza clínicamente por evidenciar una tumoración latero cervical. Es vital el uso de instrumentos de imagen diagnóstica para un tratamiento oportuno. Se presenta el caso de un paciente masculino de 48 años que acudió al servicio de emergencia con una tumefacción cervical de partes blandas de rápido crecimiento, refirió como antecedente médico diabetes mellitus tipo II de 8 años de evolución, con mal apego terapéutico. Se solicitó al departamento de radiología la realización de ecografía y tomografía diagnóstica, observándose un aumento de volumen del músculo esternocleidomastoideo derecho asociado a la presencia de una colección compleja. Fue llevado a drenaje quirúrgico y toma de biopsia, posteriormente recibió tratamiento de antibiótico endovenoso de amplio espectro. Después de 4 días tuvo mejoría clínica con descenso de marcadores inflamatorios serológicos. Los hallazgos histopatológicos reportaron separación edematosa de las fibras musculares, miocitolísis en parches e infiltración linfoplasmocitaria.

Palabras clave

Piomiositis, infección focal, inmunosupresión

Las opiniones expresadas en el artículo son responsabilidad exclusiva de los autores y no necesariamente representan la posición oficial de la USAC y sus miembros. La obra está protegida por la Ley de Derechos de Autor y Derechos Conexos emitida en el decreto No. 33-98 por el Congreso de la República de Guatemala.

Abstract

Sternocleidomastoid pyomyositis is an exceptional pathology; multiple risk factors are involved in its development, such as chronic diseases or immunosuppression factors. It is rare, 0.4-1% of cases, immunodeficiency is a mainly predominant factor in these patients and is clinically characterized by evidence of a laterocervical tumor. The use of diagnostic imaging instruments is vital for timely treatment. The case of a 48-year-old male patient who came to the emergency service with a rapidly growing soft tissue cervical swelling is presented. He reported a medical history of type II diabetes mellitus of 8 years' duration, with poor therapeutic adherence. The radiology department was requested to perform an ultrasound and diagnostic tomography, observing an increase in volume of the right sternocleidomastoid muscle associated with the presence of a complex collection. He was taken for surgical drainage and biopsy, subsequently receiving broad-spectrum intravenous antibiotic treatment. After 4 days there was clinical improvement with a decrease in serological inflammatory markers. Histopathological findings reported edematous separation of muscle fibers, patchy myocytolysis and lymphoplasmacytic infiltration.

Keywords

Pyomyositis, focal infection, immunosuppression

Introducción

Se presenta el caso de un paciente de 48 años quien consultó al servicio de emergencia por una tumefacción a nivel de la región latero-cervical de 2 semanas de evolución, se realizaron estudios de radiodiagnóstico, identificando un proceso inflamatorio del músculo esternocleidomastoideo.

La piomiositis primaria es ocasionada a través de la diseminación hematógena, puede ocurrir en cualquier área con tejido muscular, sin embargo las extremidades inferiores son el sitio más común, seguido de extremidades superiores y en menos frecuencia los músculos de la mano y cuello. Está relacionado a condiciones de inmuno compromiso subyacente, más común en personas del sexo masculino y la incidencia más alta de hospitalización ocurre en niños. El agente etiológico más frecuente es *Staphylococcus Aureus* seguido de *Streptococcus* grupo A. La mortalidad general ha oscilado cerca del 10%. (Radcliffe et al., 2021).

El ciclo de enfermedad evoluciona en tres etapas que representan la progresión desde la inflamación difusa hasta el absceso focal y la sepsis; más del 95 por ciento de los pacientes se presentan en etapa 2 o 3. La sospecha diagnóstica está basada en exploración física, hallazgos de laboratorio e imágenes de series radiológicas, siendo la ecografía la primera línea de estudio, pero debido a que es examinador-dependiente no siempre resulta concluyente, por lo que la resonancia magnética con gadolinio es la técnica gold estándar de elección. (Cavagnaro et al., 2013).

Los hallazgos microbiológicos son necesarios para confirmar el diagnóstico y los pilares del tratamiento son el drenaje del absceso y la antibioticoterapia. (Cavagnaro et al., 2013)

Descripcion del caso clínico

Se presentó a la emergencia, un paciente masculino de 48 años, con historia de crecimiento de masa en hemi cuello derecho de 2 semanas de evolución, asociado a dolor y fiebre. Al examen físico se evidenció que el paciente presentaba calor, rubor y edema del área, la consistencia era dura y no había fluctuaciones (localizada dentro del círculo de la imagen 1). Como antecedentes el paciente refirió ser diabético de 8 años de evolución, con mal apego al tratamiento, además agregó heridas por proyectil de arma de fuego a nivel de la columna cervical, hace 10 años.

Se le solicitó un ultrasonido de tejidos blandos del cuello en donde se evidenció en el triángulo posterior del hemi cuello derecho una imagen heterogénea, de contenido sólido líquido, sin reactividad a la evaluación con Doppler color, la cual tenía un volumen aproximado de 109.7 cm³, compatible con absceso.

Esta imagen por su gran tamaño comprimía y desplazaba de manera considerable las estructuras vasculares ipsilaterales, además llamó la atención que su localización era intra sustancia muscular, por su localización fue sugestivo de invasión del musculo esternocleidomastoideo. Se visualizaron además adenopatías de características inflamatorias de la cadena cervical posterior.

Figura 1.

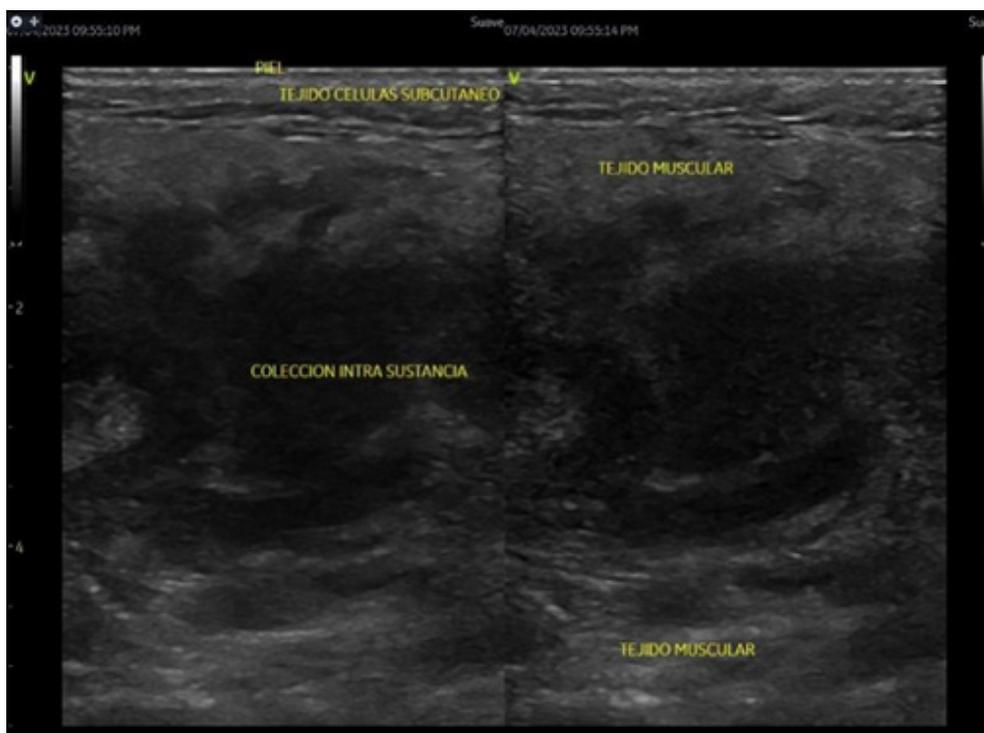
Estado físico clínico del paciente.



Nota: Se identificó que el paciente presentaba calor, rubor y edema del hemi cuello derecho.

Figura 2

Vista ecográfica de tejidos blandos del cuello.



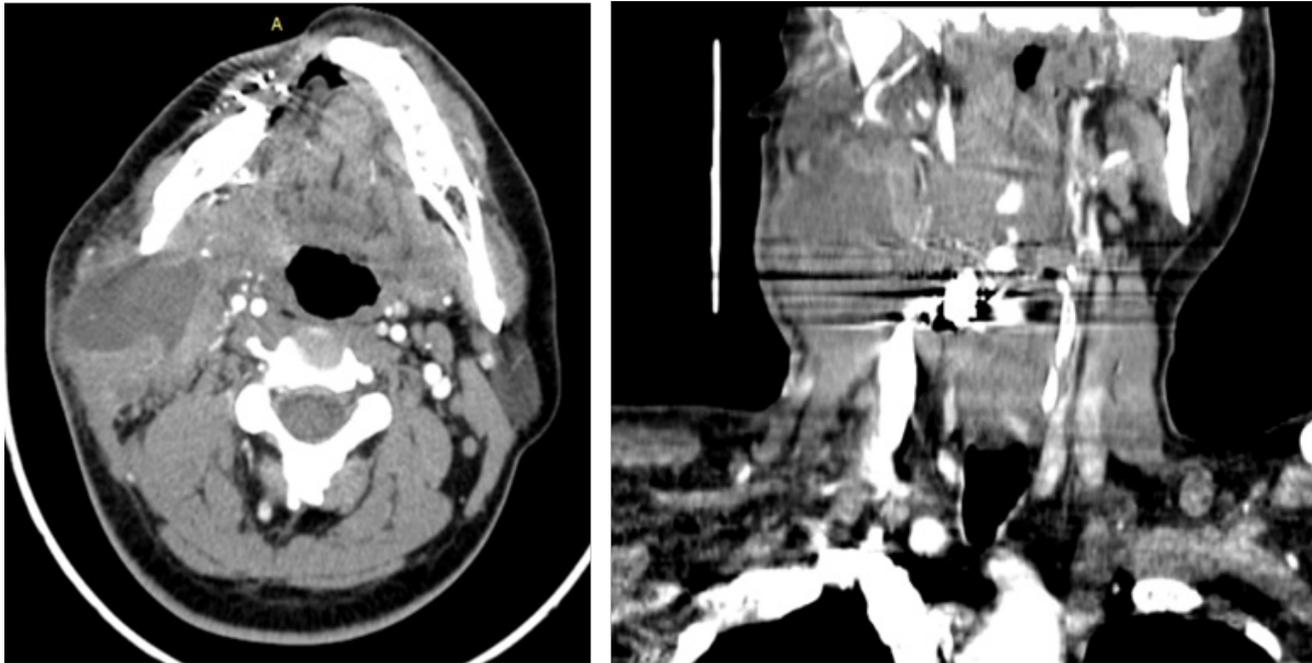
Nota: Ultrasonido de tejidos blandos del cuello en donde se evidenció área heterogénea, de contenido sólido líquido, sin reactividad a la evaluación con Doppler color, con un volumen aproximado de 109.7 cm³, compatible con absceso.

Por los hallazgos de ultrasonido, se decide complementar con una angiotomografía de cuello, en donde se evidenciaron fragmentos metálicos de proyectil de arma de fuego localizados entre los procesos transversos derechos de C4 y C5, con artefacto en anillo que limitó la evaluación de las estructuras vecinas. No se observaron fracturas de los cuerpos vertebrales o fragmentos metálicos dentro del canal espinal.

En el hemi cuello derecho se identificó una imagen de aspecto quístico, multilocular, del borde anterior del musculo esternocleidomastoideo, con una densidad de 15-40 UH, además de cambios inflamatorios periféricos y presencia de adenomegalias reactivas. Las estructuras vasculares principales se encontraban desplazadas por el tamaño de la colección. El cuerpo mandibular derecho tenía cambios post traumáticos con adyacencia de fragmentos metálicos por proyectil de arma de fuego en tejidos blandos.

Figuras 3 y 4

Angiotomografía de cuello. Cortes axial y coronal.



Nota: Se observa una colección multilocular del borde anterior del esternocleidomastoideo, con densidades Hounsfield de 15-40, además de cambios inflamatorios periféricos y presencia de adenomegalias reactivas. estructuras.

En los laboratorios se documentó un aumento de la celularidad de línea de glóbulos blancos (15,000), hemoglobina glicosilada en 13.4% y glucosa 193 mg/dl.

El servicio de cirugía llevó al paciente a sala de operaciones para drenaje de absceso, drenaron 100 cm³ de material purulento aproximadamente. Después de 4 días tuvo mejoría clínica con descenso de marcadores inflamatorios serológicos. Los hallazgos histopatológicos reportaron separación edematosa de las fibras musculares, miocitolísis en parches e infiltración linfoplasmocitaria.

Discusión

La piomiositis es una infección bacteriana muscular, muy poco frecuente, incluso más del esternocleidomastoideo, sin embargo aunque es poco frecuente, en las últimas décadas se ha notado un aumento de casos, especialmente en pacientes inmuno supresos, VIH positivos o enfermedades crónicas como la diabetes mellitus el principal agente infeccioso involucrado en estos casos es el *Staphylococcus Aureus* (90%) de los casos, también se describen bacilos gramnegativos, principalmente *Escherichia Colli* y *Salmonella*. (Otones et al., 2007)

Las pruebas de laboratorio revelan parámetros inflamatorios inespecíficos, apreciando leucocitosis con neutrófilia y aumento de la velocidad de sedimentación, el 60-80% de los cultivos microbianos suelen ser negativos, en el caso presentado se observó una marcada leucocitosis asociado a tumefacción y efecto de masa de la región cervice lateral derecha, con signos de inflamatorios del área. (Calduch et al., 2004).

Entre las pruebas de imagen, la técnica de elección es la ecografía, tomografía y resonancia magnética, las cuales evidencian la presencia de una colección intraparenquimatosa, en este caso el diagnóstico fue mediante ecografía y tomografía, en el que se observó una afección importante del músculo esternocleidomastoideo. El tratamiento consistió en drenaje quirúrgico y tratamiento antibiótico endovenoso. (Maravelas et al., 2020).

Conclusión

La piomiositis es una infección poco frecuente, siendo excepcional a nivel muscular cervical, afecta principalmente a personas en estado de inmunosupresión o enfermedades crónicas. Los pilares de tratamiento incluyen drenaje quirúrgico y antibioticoterapia endovenosa de amplio espectro. La tomografía computarizada con medio de contraste es la técnica de elección para su diagnóstico ya que permite tener una adecuada visualización de la extensión de la piomiositis, así como afección de las estructuras adyacentes, permitiendo un oportuno manejo, preciso y evitar mayor complicación.

Referencias

- Calduch J., Segarra M., Briceño H., y Galván C. (2004). Piomiositis en el músculo esternocleidomastoideo. *Anales de Medicina Interna*, Volumen 21 (4), 54-62.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992004000400017
- Cavagnaro, F., Rodríguez J., Arancibia M., Walker B., y Espinoza A. (2013). Piomiositis en niños: Reporte de 2 casos. *Revista Chilena de Infectología*, Volumen 30 (1), 81-85.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182013000100014>
- Maravelas, R., Melgar, T., Vos, D., De Alcantara Lima, N., y Sadarangani, S. (2020). Pyomyositis in the United States 2002–2014. *Journal Of Infection*, 80(5), 497-503.
<https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.02.005>
- Otones, L. L., Román, S., Martín, G. Í., Conejo, P. R., y Tomé, M. I. G. (2007). Piomiositis en los niños: no sólo una enfermedad tropical. *Anales de Pediatría*, 67(6), 578-581.
[https://doi.org/10.1016/S1695-4033\(07\)70807-X](https://doi.org/10.1016/S1695-4033(07)70807-X)

Radcliffe, C., Gisriel, S. D., Niu, Y. S., Peaper, D. R., Delgado, S., & Grant, M. (2021). Pyomyositis and Infectious Myositis: A Comprehensive, Single-Center Retrospective Study. *Open Forum Infectious Diseases*, 8(4). <https://doi.org/10.1093/ofid/ofab098>

Sobre las autoras

Mónica Mishel Morales Monzon

Maestría en Radiología e Imágenes diagnósticas, Universidad de San Carlos de Guatemala (cursando ultimo año actualmente), licenciatura Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala (2020), record de publicaciones: Gammagrafía renal en pacientes con manejo conservador de trauma renal en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Revista Guatemalteca de Urología, 2023.

Andrea Aracely López-Brami Ramírez

Máster en nutrición pediátrica e infanto – juvenil – Aleris Valencia, Universidad de Valencia, España (cursando actualmente). Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala (2019). Publicaciones: Evaluación del nivel de conocimiento de asma bronquial en padres de pacientes pediátricos con asma, Revista del Colegio de Médicos de Guatemala, 2022.

Financiamiento de la investigación

Las autoras declaran no haber recibido financiamiento para este artículo.

Declaración de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Declaración de consentimiento informado

- **Protección de personas:** las autoras declaran que durante la realización de este caso clínico se respetaron los principios éticos, aplicando beneficencia no maleficencia, justicia y respeto. En este estudio no fueron realizados experimentos con humanos o animales.
- **Confidencialidad de los datos:** las autoras declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes o profesionales de la salud.
- **Derecho a la privacidad y consentimiento informado:** las autoras declaran que en este artículo no se hacen públicos datos de pacientes o profesionales de la salud.

Derecho de uso

Copyright (c) (2024) Mónica Mishel Morales Monzón y Andrea Aracely López-Brami Ramírez
.Este texto está protegido por la [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](#)



Este texto está protegido por una licencia
[Creative Commons 4.0](#).

Es libre para compartir, copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato y adaptar el documento, remezclar, transformar y crear a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente, siempre que cumpla la condición de atribución: debe reconocer el crédito de una obra de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace.