

HOSPITAL RAMOS MEJIA  
SERVICIO DE VIAS URINARIAS DEL DR. GILBERTO ELIZALDE

## MIOSITIS BLENORRAGICA

Por el Dr. ROBERTO A. RUBI

---

### Etiología

Es una complicación excepcional, si se considera el exiguo número de observaciones, en relación a la enorme cantidad de enfermos.

Aparece con mayor frecuencia en la blenorragia aguda o en los periodos de reagudización de las formas crónicas. La intensidad del derrame y de la fluxión uretral no desempeñan ningún papel en la génesis de esta complicación. Es más rara en la gonorrea crónica, y cuando aparece en el curso de la misma lo hace a raíz de alguna maniobra uretral intempestiva o violenta.

Más frecuente en la edad adulta; de las observaciones recopiladas dos solamente se refieren a recién nacidos con una conjuntivitis como puerta de entrada (**Kelmpere**). Los hombres están más predispuestos a esta complicación que las mujeres, y esta preferencia quizá sea debida a que el hombre, por su género de vida, está más expuesto a las fatigas, a los esfuerzos, a los traumatismos y al surmenage, que crean en los músculos un lugar de menor resistencia, favoreciendo el ulterior desarrollo de una localización

metastásica de la blenorragia. Y esta presunción se vería corroborada por el siguiente hecho de observación: la miositis se instala en los músculos que trabajan más, gemelos y soleos, cuádriceps, bíceps, músculos epitrocleares, gran pectoral, músculos de la cintura escapular y aductores; tal es la importancia respectiva en orden decreciente (**Fínger**).

### **Patogenia.**

El tejido muscular puede infectarse: 1º por vía directa; 2º por propagación de vecindad; 3º por vía sanguínea. Las dos primeras modalidades de infección no se observan en la blenorragia, que llega al músculo por vía arterial; en general en el período de defervescencia (3º y 4º semana) y determina en el músculo lesiones degenerativas o la formación — por embolia séptica — de verdaderos abscesos metastásicos.

Diversas teorías tratan de explicar el mecanismo de esta complicación: para algunos autores es de origen gonocócico, mientras que para otros es el resultado de una infección secundaria por los gérmenes piógenos vulgares.

### **Anatomía patológica.**

La miositis flemonosa no tiene historia anátomo-patológica. La forma supurada no difiere de las miositis infecciosas en general: aquí también nos encontramos con dos variedades (**Ombredanne**): 1º el absceso muscular o miositis supurada localizada, y 2º la infección difusa del músculo.

El proceso se inicia como una miositis intersticial que luego invade las fibras estriadas; éstas presentan lesiones degenerativas (granulosa, cerea, grasosa, etc.) y de reacción inflamatoria. Las células embrionarias, tanto las parenquimatosas como las intersticiales, evolucionan más tarde hacia la formación de tejido fibroso y concurren a formar el tejido de cicatriz que sucederá al foco de miositis.

## Síntomas.

Varían según la forma clínica; en efecto: entre la embolia microbiana supurada y la simple mialgia fugaz, cabe estudiar una forma intermedia de miositis aguda flemonosa.

1º **Forma atenuada.** — Verdadera mialgia, sin síntomas clínicos objetivos, se caracteriza por dolor muscular, más o menos intenso, pudiendo llegar a la "courbature", invade uno o varios músculos o sistemas musculares, simultánea o sucesivamente; la mayoría de las veces subfebril, sirve de pródromo a otras complicaciones: artritis, sinovitis, miositis flemonosa o supurada, etc., o bien desaparece sin dejar rastros.

2º **Forma aguda flemonosa.** — No llega a la supuración. Afecta un músculo o un sistema muscular de gran actividad: biceps, pectoral mayor, músculos epitrocleares, etc.

La iniciación es insidiosa y precedida de artralgiás, de sinovitis o de artritis, y en este caso, si la fluxión articular es intensa y sus síntomas ruidosos, la miositis constituye un simple epifenómeno de la gonococcemia.

El enfermo se queja de dolor localizado al músculo atacado y presenta un estado infeccioso discreto: cefalea, anorexia, lengua saburral; temperatura no muy elevada, 38, 38,5, por las tardes; 37,2, 37,5 por la mañana. El músculo atacado se pone duro, rígido, aumentado de volumen, sensible espontáneamente y doloroso a la presión.

A nivel de la tumefacción muscular, la piel participa en el proceso inflamatorio, y se observa edema, rubor y calor local.

En los miembros, éstos se colocan en la actitud correspondiente a la que daría la contracción del músculo interesado, posición que coloca al músculo enfermo en relajación completa para evitar el dolor (**Ombredanne**).

Los movimientos activos espontáneos son imposibles y en cam-

bio los movimientos pasivos son relativamente bien tolerados, causando un dolor mínimo.

Los ganglios regionales no siempre están tomados, y en caso de estarlo, nótase una adenitis con empastamiento difuso y dolor variable; la adenitis evoluciona y desaparece con la miositis.

Durante tres o cuatro días la situación no cambia; transcurrido ese tiempo los dolores disminuyen en intensidad hasta desaparecer, el edema retrocede paulatinamente, los síntomas inflamatorios cutáneos se atenúan y el enfermo entra en su faz de curación entre los ocho y diez días — término medio — de iniciar su enfermedad. Desaparecidos todos los síntomas agudos, obsérvese, sin embargo, una induración del músculo afectado que persiste durante mucho tiempo (seis meses en nuestra observación), cuando la evolución se hace hacia la "restituto ad integrum".

En los casos en que las lesiones son más graves, los elementos del tejido muscular, intersticial y parenquimatoso, reaccionan enérgicamente y evolucionan hacia la formación de tejido fibroso; según la intensidad del proceso tendremos un número mayor o menor de fascículos musculares interesados, y de él dependerá el porvenir funcional del músculo enfermo.

**3º Forma aguda supurada.** — Dijimos ya cuál era el mecanismo de producción. Un organismo infectado, la fatiga, un traumatismo, una lesión reciente o antigua del músculo, bastan para fijar a su nivel la infección.

Los síntomas del comienzo coinciden con los de la forma clínica anterior, pero en lugar de amenguarse al 3º o 4º día, se exageran. El estado general se compromete, y en uno o varios músculos se instalan los signos de un absceso profundo: dolor violento, latidos, sensación de pseudo-fluctuación, edema y rubicundez de la piel. Abierto espontáneamente o bien drenado un foco único cura, sin mayores consecuencias. Pero en la forma de focos supurados múltiples la muerte sobreviene en medio de un cuadro general muy grave, entre cinco y quince días; bien podemos decir que en estas circunstancias la miositis supurada no es sino una de las tantas lo-

calizaciones de la séptico-piohemia gonocócica; de ahí la extrema gravedad de su pronóstico.

### **Evolución.**

Es variable de acuerdo con la forma clínica, y lo hace hacia: 1º la resolución, 2º la supuración y 3º la muerte (en dos casos sobre 22 observaciones). Vimos ya que en las dos primeras eventualidades puede llegarse a la miositis esclerosa, vale decir, a la suplantación del tejido muscular por tejido fibroso cicatricial. El músculo se presenta, entonces, más o menos atrofiado según el número de fascículos musculares interesados por el proceso toxi-infeccioso, retraído y duro, con disminución evidente de la contractilidad y con trabéculas fibrosas retráctiles, variables en número e importancia, y que pueden llegar a fijar un miembro o segmento de miembro en una actitud viciosa persistente. Desde luego que esta eventualidad es la frecuente en la miositis supurada y el proceso degenerativo es también en ella más intenso.

### **Diagnóstico.**

Si el diagnóstico de miositis es en general fácil, no siempre resulta tarea tan sencilla precisar su verdadera etiología. Presumiremos el origen gonocócico cuando el accidente aparece en un blenorragico agudo o en un crónico reagudizado o cuando se interviene con un traumatismo inoportuno. Para diferenciarla de las restantes miositis agudas infecciosas (estreptos, estafilos, colibacilo, neumococo, bacilo de Eberth, etc.) tendremos en cuenta el antecedente o la concomitancia de un proceso infeccioso en evolución y las pruebas de laboratorio (hemocultivo, pruebas de aglutinación, etc).

La miositis blenorragica se distingue fácilmente de los diversos abscesos extramusculares desarrollados en el tejido celular subcutáneo y en el tejido conjuntivo profundo; no provocan contractura muscular, el dolor es más localizado y no se generaliza a todo un músculo o a un sistema muscular; no hacen cuerpo con el músculo y en cambio son muy acentuados los síntomas inflamatorios por

el lado de la piel, acompañándose de repercusión en los ganglios regionales; por otra parte evolucionan a menudo hacia la supuración.

Creemos que las artritis y las periartrosis no se prestan a confusión. La flebitis de los miembros con su cordón duro, doloroso, y el edema considerable que le acompaña, se descartará fácilmente.

La sífilis puede determinar "contractures" en ciertos músculos: en el biceps, en el esterno-cleido-mastoideo, flexores de la pierna con mayor frecuencia; se instala insidiosamente y casi sin dolor, el músculo se endurece y contrae, la evolución de la enfermedad es larga, pero cede siempre al tratamiento. Además, en su forma de infiltración gomosa, de miositis sífilítica difusa, el diagnóstico diferencial puede resultar muy difícil: para hacerlo recordaremos el antecedente de una uretritis en actividad y los síntomas inflamatorios y dolorosos que acompañan a la miositis blenorragica; mientras la lesión gomosa evoluciona más bien a "bas bruit".

La tuberculosis de los músculos se presenta generalmente bajo una forma tumoral, sólida o líquida, que la diferencia netamente de las restantes miositis infecciosas, procesos netamente inflamatorios y difusos. Por la misma razón descartamos la forma nodular gomosa de la sífilis y todos los procesos quísticos o neoplásicos del músculo.

La actinomicosis muscular es muy rara, excepcionalmente primitiva, es casi siempre secundaria a un foco vecino y nos basta recordar el caso del psoas, por ejemplo, que a menudo se infecta por la vecindad de un foco ceco-apendicular. Clínicamente evoluciona como una formación tumoral y no nos interesa, por consiguiente, para establecer el diagnóstico diferencial, o como un flemón actinomicótico; en este caso el descubrimiento del foco primitivo facilitará el diagnóstico, corroborado por la prueba terapéutica de yoduros a dosis elevadas.

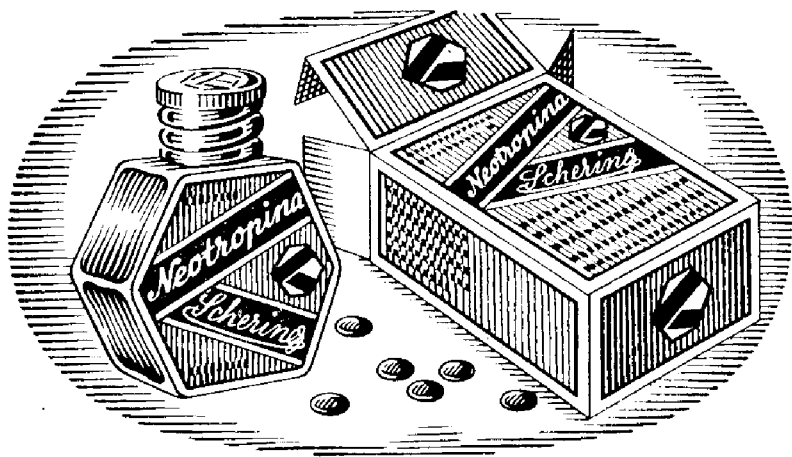
Un nuevo producto *Schering*

# NEOTROPINA

Preparado colorante  
para el tratamiento de las infecciones  
del aparato génitourinario.

- 1 *Intensa acción bactericida*
- 2 *Alto poder de penetración*
- 3 *Efecto sedante en las inflamaciones*

Indicado especialmente en el tratamiento  
de la blenorragia. Proporciona buenos  
resultados en los casos de pielitis y cistitis  
rebeldes a otros tratamientos.



Envase original: Frascos con 30 grageas de 0,1 gr.

**SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN**

Representante para la Argentina.

QUIMICA SCHERING S. A., Calle Perú, 722-BUENOS AIRES

ARSENOTERAPIA INTRAMUSCULAR

# "ISMIACOL"

(L.P. - dioxo - 3,5' - diaminoarsenobenzolo solubilizado y estabilizado)

CONCRETAMENTE  
INDICADA en:

Sífilis congénita precoz

- .. latente precoz
- .. cardio-vascular
- .. renal (como medicación de entretenimiento)
- .. pulmonar (como terapéutica de entretenimiento).

En las curas enérgicas se inyectarán de  
5 - 6 grs.; en las medias, de 5 - 1  
y en las débiles, de 1 1/2 - 2

SE EXPENDE:

Serie débil de 6 ampollas de 0,10 - 0,20  
0,20 - 0,30 - 0,30 - 0,40 gr  
Serie fuerte de 8 ampollas, de 0,10 - 0,20  
0,30 - 0,30 - 0,40 - 0,50 - 0,60 - 0,60 gr.  
Serie B. L., para niños de 5 ampollas de  
0,05 - 0,10 - 0,15 - 0,15 - 0,20 gr.

"INSTITUTO SIROTERAPICO MILANESE"  
MILAN (ITALIA)

POR MUESTRAS Y LITERATURA:

Dr. JOSE COMIN  
Químico  
Concesionario exclusivo

BELGRANO 446  
BUENOS AIRES

# DISPONIBLE



## Tratamiento.

Es puramente sintomático. El músculo se pone en reposo. En la forma miálgica es útil la revulsión con tintura de iodo simple o guayacolada al 10 %. En la miositis flemonosa se recurrirá a la fomentación húmeda caliente permanente, que calma rápidamente el dolor.

En las miositis supuradas el absceso se abre en el punto declive, según las regiones, y se drena convenientemente. Huelga decir que la uretritis y sus reductos para y extrauretrales se tratarán enérgicamente.

Resultará siempre útil recurrir a la vacunoterapia específica subcutánea o focal, en la puerta de entrada: mucosa uretral o del cuello uterino.

En los miembros se complementará el tratamiento con el método de la hiperemia pasiva (Bier) y el calor seco.

Una vez pasada la faz aguda, se comienza la movilización pasiva del músculo y se harán masajes suaves.

A. E., 27 años, mecánico.

Inicia su primera blenorragia el 14 de Enero de 1932. Tres días después del coito sospechoso comienza a sentir ardor uretral durante la micción y sensaciones disestésicas en el intervalo de las mismas; al 4º día nota la aparición de sero-pus, concurriendo a la consulta el 5º, con el siguiente estado actual urinario: meato rojo, de labios edematizados y evertidos, abundante secreción purulenta en la que comprobamos la presencia de gonococos intra y extracelulares.

Orina turbia en los dos vasos.

Genitales: normales.

Tacto rectal: próstata de tamaño, forma, límites, y consistencia normales. Región vesicular libre.

Funcionalmente: ardor durante la micción, que se hace dolorosa al finalizar, polaquiuria y erección dolorosa.

Se inicia el tratamiento clásico con los lavajes de permanganato de potasio, siguiendo la técnica aconsejada por Janet y limitándonos a lavar la ure-

tra anterior; la posterior la tratamos con inyecciones endovenosas de 5 c.c. de Tripallavine al 2 %. Al efectuar la quinta inyección el enfermo tiene su segundo vaso con orinas transparentes. Suspendemos las inyecciones e iniciamos los lavajes uretro-vesicales, mitigando la solución los primeros días. La secreción se observa de mañana solamente y las micciones son menos frecuentes e indoloras.

Al 11º día comprobamos la aparición de una linfagitis dorsal del pene, muy dolorosa pero apirética, con repercusión ganglionar inguinal bilateral y que tratada con medicación emoliente cede rápidamente. A los 23 días de iniciar su enfermedad, y coincidiendo con una mojadura intempestiva, sus orinas se enturbian, se queja de ligero decaimiento y malestar general. Aporxia. Tacto rectal negativo, quizás más doloroso que de costumbre.

Al día siguiente se encuentra peor, por la noche ha tenido escalofríos, está febril (38,5) y con sensación de quebrantamiento general; se queja de dolores en las articulaciones interfalángicas de la mano izquierda y en la nuca, regiones que no presentan modificación alguna en su aspecto.

Dos días después el enfermo, con cierta disuria, me ve: la orina de los dos vasos es turbia; meato rojo sin secreción; al tacto encuentra un lóbulo derecho de próstata de mayor volumen que el del lado opuesto, globuloso y doloroso; de paso se efectúa una suave expresión de la glándula y se le indica vacuoterapia, pequeños enemas (50 a 60 c.c.) bien calientes a retener, baños de asiento, laxantes suaves y supositorios analgésicos.

La vacuna y el masaje se repiten con un día de intervalo; pero después del tercero (a los 32 días de iniciar su enfermedad) el enfermo acusa un dolor bastante intenso en el antebrazo izquierdo, en sus dos tercios internos, que corresponden a la masa de los músculos epitrocleares. Este dolor de iniciación insidiosa ha ido aumentando de intensidad paulatinamente para ser muy vivo en el momento del examen.

El enfermo, en actitud de defensa, trae su brazo en un cabestrillo, la mano en ligera flexión y aducción. El antebrazo presenta una tumefacción que se extiende por la cara anterior desde el pliegue del codo hasta la muñeca, la piel a su nivel está roja, tensa y caliente y no presenta la más mínima erosión. La palpación aun ligera es dolorosa, pero permite comprobar la existencia de una induración que si bien abarca la piel, se extiende a los planos subyacentes profundamente; no llegando a interesar el plano óseo, sobre el que se consigue movilizar ligeramente esta masa inflamatoria. Los movimientos espontáneos son dolorosos y el enfermo los evita; los provocados son menos dolorosos.

Esta complicación se acompaña de síntomas generales: temperatura de 38º, decaimiento, lengua saburral e inapetencia. Se le indican fomentaciones

húmedas calientes, vacunoterapia e intensificación del tratamiento de su uretritis. Durante 48 horas la situación es la misma; al 3er. día la piel es menos roja y sensible y facilita la palpación de la induración subyacente también menos dolorosa; esta induración corresponde bien a la masa de músculos epitrocleares; el enfermo realiza movimientos espontáneos, limitados, no llega a la flexión completa de sus dedos; estos movimientos son todavía dolorosos y se realizan sin energía. Mejora el estado general. En los días siguientes la tumefacción disminuye de tamaño, el dolor es casi nulo, aun cuando la capacidad funcional está disminuída, notándose una limitación en los movimientos de pronación y supinación. Se le indican masajes y además la reiniciación de sus tareas, que constituyen para él la mejor gimnasia reeducadora. Tres meses más tarde presenta una placa de edema profunda, indoloro, y que no le impide desempeñarse eficientemente en su ocupaciones habituales.

## DISCUSION

### **Pagliari L.:**

*Manifiesta que al no estudiarse bacteriológicamente, o por medio de una biopsia la lesión estudiada no puede clasificarse como una miositis blenorragica sino que sería más correcto decir que se trata de una miositis en el curso de una blenorragia.*

### **Montenegro A.:**

*De acuerdo con el Dr. Paglieri, expresa de que queda la duda de si se trata de una verdadera miositis blenorragica, la seguridad no surge de la historia clínica, porque al no tener la confirmación siempre cabe la duda.*

### **Rubi R.:**

*La objeción es exacta en lo que respecta a poner en evidencia al gonococo en el foco de la miositis, pero de la lectura del trabajo se desprende que en todas las publicaciones aparecidas el diagnóstico de miositis flegmonosa se hace por la coexistencia de una uretritis a gonococos. Por otra parte aun en las formas supuradas resulta difícil comprobar la presencia del diplococo de Neisser, lo mayor parte de las veces asociado o reemplazado por los gérmenes piógenos comunes y es por esa razón que en nuestro caso no se efectuó una biopsia.*