

## ¿CUAL ES SU DIAGNOSTICO?

T. Durá Travé, R. González Montero,  
L. Jiménez García, F. Galán Herrero<sup>1</sup>,  
M. Moya Benavent

*An Esp Pediatr* 1998;49:89-90.

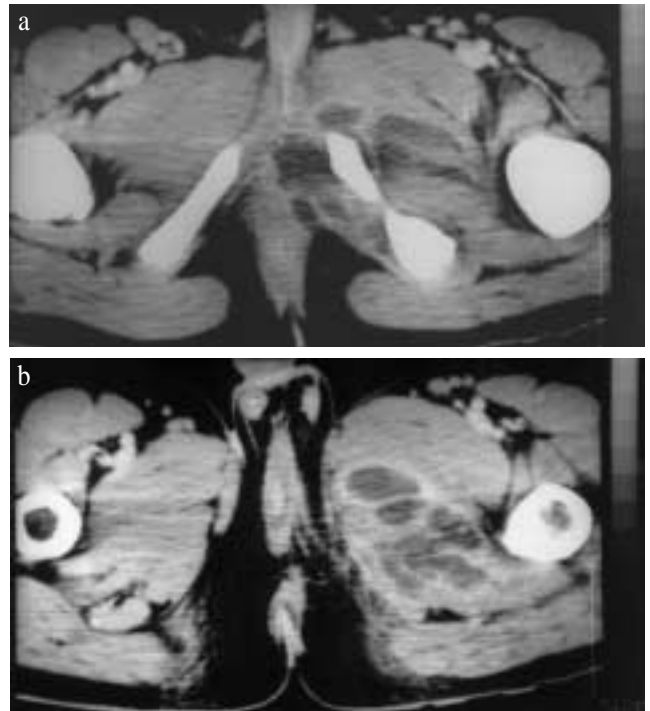
### Caso clínico

Varón de 13 años de edad que ingresó por presentar un cuadro de dolor e impotencia funcional de la cadera izquierda y tobillo derecho. Practicaba habitualmente deportes de combate y hacía 5-6 días que había tenido un traumatismo leve en tobillo derecho realizando ejercicios de taekwondo (golpear sacos). Desde hacía 3-4 días presentaba fiebre y molestias en cadera izquierda y tobillo derecho que progresivamente le habían ido impidiendo la deambulacion, deteriorándose su estado general. Residía en nuestro país desde hacía 3 meses (procede de Marruecos), siendo su condición social media-alta.

Su estado general era malo (aspecto séptico), estaba muy delgado (IMC%:78,2), con fiebre alta (39,6°C) y una hepatomegalia muy dolorosa. En la parte posterior del muslo izquierdo y maleolo externo del tobillo derecho presentaba una tumefacción dolorosa con limitación de la articulación de la cadera izquierda y del tobillo derecho.

Presentaba leucocitosis (29.600/mm<sup>3</sup>) con desviación a la izquierda (15C, 69S, 10L, 6M) y trombocitosis activa (1165x10<sup>9</sup>). La VSG era 110 mm y la coagulación normal. Los datos bioquímicos (urea, creatinina, ionograma, etc.) eran normales, salvo AST:62,4 U/L (VN < 37), ALT:81,7 U/L (VN < 41), GGT:360,5 U/L (VN:11-49), CK:310 U/L (VN < 190), CK-MB:10 U/L (VN < 6), PCR:15,7 mg/dl (VN < 0,8), Fe: 49 mcg/dl y ferritina: 222 ng/ml. Tras su ingreso y sospecha diagnóstica de celulitis y/o afectación séptica de cadera izquierda se realiza un estudio ecográfico comparativo de ambas caderas, sin que se llegara a objetivar la presencia de líquido articular en la cadera izquierda, pero apreciándose una asimetría de planos grasos y musculares en el muslo izquierdo, adoptándose una actitud expectante e instaurándose tratamiento ortopédico (tracción de cadera) y antibioterapia parenteral (cloxacilina y cefotaxima). La radiología convencional de caderas era normal. El hemocultivo fue positivo (*Staphylococcus aureus*). A las 48 horas de su hospitalización, el paciente presentó un empeoramiento del estado general, realizándose una TAC que puso de manifiesto la existencia de una colección purulenta intramuscular en muslo izquierdo (Fig. 1) que precisó miotomía y drenaje quirúrgico. Los estudios bacteriológicos del absceso (cultivo aerobio) fueron positivos (*Staphylococcus aureus*), siendo los cultivos anaerobios negativos. Posteriormente la fiebre remitió en un breve período de tiempo (8 horas) y el estado gene-

### Fiebre y dolor muscular en un joven adolescente aficionado a las artes marciales



**Figura 1.** Lesión hipodensa multilaminada en muslo izquierdo. (a) Afectación del músculo obturador interno. (b) La parte inferior de la lesión se sitúa en el compartimento aductor del muslo.

ral mejoró significativamente, normalizándose los marcadores biológicos sépticos. En la gammagrafía ósea -realizada a las 48 horas del tratamiento quirúrgico y a los 4-5 días de tratamiento antibiótico- se detectó una hipercaptación patológica en isquion izquierdo (compatible con osteomielitis) y una discreta hipercaptación en región lateral (partes blandas) del tobillo derecho, sin afectación (residual) en el muslo izquierdo.

A las 3 semanas se realiza una TAC de control, apreciándose una buena evolución radiológica sin lesiones residuales. A las 10 semanas el paciente se encontraba muy bien, había ganado peso (IMC%:89,2), con una actividad física y/o social normales. La hematimetría (Hb:13,4, VSG:25 mm), bioquímica (AST:16,6 U/L, ALT:12,3 U/L, GGT:17,2 U/L, PCR < 0,1, Fe:42 µg/dl, ferritina: 57 ng/ml) y gammagrafía ósea eran normales, retirándose los antibióticos.

### Pregunta

¿Cuál es su diagnóstico?

Departamento de Pediatría. <sup>1</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario de San Juan. Universidad de Alicante.  
Correspondencia: T. Durá. Orense 7, 5º Dcha. 03003 Alicante.

## Piomiositis primaria o tropical

La piomiositis primaria o tropical consiste en una infección piógena del músculo estriado, descrita inicialmente en los trópicos y, en consecuencia, poco frecuente y conocida en nuestro medios; siendo excepcional en la edad pediátrica. No obstante, se está asistiendo a un progresivo incremento de casos en climas templados, especialmente en pacientes inmunodeprimidos<sup>(1)</sup>. Suele presentarse con una sintomatología inicial muy inespecífica (fiebre, malestar general, mialgias, etc.) apareciendo signos inflamatorios locales más tardíamente, ya que las fascias musculares que limitan las colecciones purulentas impiden su manifestación precoz, retrasándose su diagnóstico y tratamiento; lo que podría tener repercusiones pronósticas, ya que se han descrito formas fulminantes de la enfermedad. De hecho, este paciente fue diagnosticado después de 5-6 días de evolución, cuando los signos inflamatorios locales eran ya evidentes, habiendo sido atendido previamente en dos ocasiones y prescribiéndosele tratamiento sintomático (analgésicos, etc.), sin que la enfermedad llegara a sospecharse en ningún momento; incluso, el paciente fue hospitalizado bajo la sospecha diagnóstica de afectación osteoarticular y/o celulitis.

El germen más frecuentemente implicado en la piomiositis es el *Staphylococcus aureus*<sup>(1)</sup>, aunque esta enfermedad puede tener una etiología infecciosa muy diversa. La patogenia de la enfermedad es desconocida, aunque se acepta que el absceso se formaría a partir de una diseminación hematógena sobre un músculo previamente alterado, siendo el antecedente traumático -accidental o deportivo- uno de los factores que incrementarían significativamente el riesgo de padecer una polimiositis primaria o tropical, estando generalmente presente en la mayor parte de los casos descritos en niños y/o adolescentes<sup>(1-3)</sup>. En el presente caso cabe considerar que la práctica habitual de una actividad física violenta (taekwondo) que conlleva, en mayor o menor intensidad, traumatismos recidivantes y, en consecuencia, microlesiones sobre determinados grupos musculares, habría actuado como un factor favorecedor básico. Por otra parte, si bien la deficiencia nutricional también ha sido descrita como un factor predisponente en la piomiositis primaria o tropical, en este caso más bien parece tratarse de una pérdida ponderal secundaria al deterioro general del paciente, ya que, junto con la favorable evolución de la enfermedad hubo una positiva recuperación ponderal. La procedencia subtropical del paciente no cabe admitirse como un criterio de sospecha diagnóstica, al igual que ocurre con otras enfermedades infecciosas tropicales, al no haberse demostrado una mayor incidencia de la enfermedad entre los viajeros o emigrantes de las zonas tropicales<sup>(1)</sup>.

La musculatura proximal del muslo -tal y como sucedió en este caso- es uno de los grupos musculares, generalmente, afectados en la piomiositis primaria o tropical, posiblemente en relación con una mayor utilidad funcional de esta musculatura, en contraposición con las piomiositis secundarias en las que se afectan con mayor proporción las masas musculares paravertebrales<sup>(1,4)</sup>. También se ha descrito en nuestro medio una mayor inci-

dencia de afectación multifocal, tal y como cabe sospechar que sucedió en este caso (muslo izquierdo y tobillo derecho), dados los signos clínicos y gammagráficos descritos. Cabe destacar en este caso la afectación ósea contigua (osteomielitis isquiopubiana) posiblemente secundaria al absceso del muslo izquierdo, siendo en el momento del diagnóstico la radiología convencional absolutamente normal.

La TAC y RM son las técnicas diagnósticas más sensibles para el diagnóstico de esta afección, especialmente en aquellos casos de afectación muscular poco accesible -como sería este caso-, ya que permite objetivar el tamaño y localización exacta de la lesión y su relación con estructuras contiguas, e incluso en los estadios iniciales, cuando la sintomatología todavía está poco definida<sup>(5)</sup>. En este caso la TAC fue diagnóstica, poniendo en evidencia una tumoración hipodensa (flemón) en toda su compleja extensión intramuscular en la zona proximal del muslo izquierdo lo que, sin duda, facilitó la manipulación y/o drenaje quirúrgico, así como el seguimiento posterior. La ultrasonografía, si bien puede mostrar signos indirectos -tal y como ocurrió en este caso-, tiende a subestimar la extensión de los abscesos musculares, siendo menos utilizada como método diagnóstico en este tipo de procesos.

El tratamiento, especialmente cuando la colección purulenta es importante, requiere drenaje quirúrgico y antibioterapia prolongada. En este caso, la miotomía y drenaje del material purulento del muslo izquierdo fueron decisivos, dando lugar a una inmediata remisión de la fiebre y mejoría del paciente, normalizándose progresivamente los marcadores biológicos sépticos. La lesión de partes blandas del tobillo derecho detectado gammagráficamente, posiblemente se tratara de una focalidad piógena intramuscular; aunque nunca llegara a presentar signos inflamatorios locales, no precisara punción y/o procedimiento quirúrgico alguno y se resolviera exclusivamente con tratamiento medicamentoso.

En resumen, convendría tener presente la piomiositis primaria -ya no tan tropical- en nuestro medio, debiendo sospecharse especialmente en aquellos pacientes con fiebre y dolor muscular y antecedente traumático accidental y/o deportivo, siendo conveniente su diagnóstico y tratamiento precoces en orden a disminuir el riesgo de metástasis sépticas y/o complicaciones.

## Bibliografía

- 1 Christin L, Sarosi GA. Pyomyositis in North America: case reports and review. *Clin Infect Dis* 1992; **15**:668-677.
- 2 Diamandakis V, Grose C. Bad consequences of bicycle accidents. Pyomyositis. *Pediatr Infect Dis J* 1994; **13**:422-425.
- 3 Jayoussi R, Bialik V, Eyal A, Shehadeh N, Etzioni A. Pyomyositis caused by vigorous exercise in a boy. *Acta Paediatr* 1995; **84**:226-227.
- 4 Jiménez-Mejías ME, Lozano de León F, Alfaro-García MJ, et al. Piomiositis por *Staphylococcus aureus*. *Med Clin (Barc)* 1992; **99**:201-205.
- 5 Gordón BA, Martínez S, Collins AJ. Pyomyositis: characteristics at CT and MR imaging. *Radiology* 1995; **197**:279-286.