

Piomiositis tropical

Sr. Editor:

La piomiositis tropical es una infección bacteriana aguda del músculo estriado cuyo agente etiológico más frecuentemente implicado es *Staphylococcus aureus*¹ (95% de los casos en áreas tropicales y el 65-70% en zonas de clima templado). Existen casos secundarios a traumatismos penetrantes, lesiones óseas o de tejidos blandos adyacentes, y casos de piomiositis primaria en los que, como en el que se presenta, no existe aparentemente ningún factor local predisponente, por lo que se ha denominado clásicamente por sus características epidemiológicas como piomiositis tropical². El pronóstico está claramente relacionado con el momento del diagnóstico pudiendo en ocasiones presentar una mortalidad de hasta el 10% en las series de diagnóstico más tardío²⁻⁴.

Se presenta el caso de una niña de 5 años procedente de Guinea residente en España desde 9 meses antes, que acudió a urgencias por un dolor progresivo del muslo izquierdo con inflamación, edema e impotencia funcional de 10 días de evolución. Se asociaba astenia, pérdida de peso no cuantificada y sensación febril no termometrada durante las últimas 2 semanas. En la exploración física se apreciaba tumefacción dolorosa de características inflamatorias no fluctuante de 6 × 6 cm de diámetro en la cara anterior de muslo izquierdo, adenopatías inguinales bilaterales dolorosas de 2 × 2 cm de diámetro y en el hemiabdomen izquierdo destacaba un nódulo subcutáneo indoloro fluctuante no adherido a planos profundos de 3 × 3 cm de diámetro. En urgencias se realizó una analítica sanguínea básica, y en el hemograma se apreciaron: hematíes, 4.900.000/ μ l; hemoglobina, 11,6 g/dl; hematócrito: 35,2%; leucocitos, 13.300/ μ l (neutrófilos, 54,8%; monocitos, 6,4%; linfocitos, 32,6%; eosinófilos, 4,8%); plaquetas, 494.000/ μ l; estudio bioquímico normal (CPK, 59 I/l) y se realizó un hemocultivo que fue informado como estéril y una ecografía del muslo izquierdo en la que se apreciaba desestructuración de fibras musculares. Ante la sospecha de piomiositis tropical se decidió el ingreso hospitalario de la paciente. Se inició tratamiento antibiótico con amoxicilina-ácido clavulánico por vía intravenosa durante 15 días, y posteriormente se completó tratamiento oral de forma ambulatoria durante 10 días más. Durante su ingreso se completó el estudio microbiológico determinándose serología positiva para virus de la hepatitis C (VHC), reacción en cadena de la polimerasa (PCR) positiva para *Plasmodium falciparum* y se aisló en coprocultivo *Trichiuris trichura* y *Ascaris lumbricoides*. Preciso drenaje quirúrgico del absceso en hemiabdomen izquierdo, aislándose *S. aureus*. La paciente evolucionó de manera favorable, la fiebre remitió a las 48 h y los signos inflamatorios disminuyeron progresivamente hasta que la paciente recuperó completamente la capacidad funcional del miembro afectado.

Como ocurrió en nuestra paciente y aunque la etiopatogenia de la piomiositis tropical no está perfectamente establecida, según muchos autores se produciría una infección inicialmente localizada que si no es tratada adecuadamente se diseminaría vía hematológica o linfática, formándose abscesos sépticos metastásicos. La causa de esta posible diseminación no está claramente definida, pero se ha relacionado con enfermedades tropicales como la filariasis, malaria, *Dracunculus medinensis*, etc., hecho que podría provocar un desequilibrio en el sistema inmunológico al darse una respuesta local de inmunoglobulina E a ciertas infecciones parasitarias con una polarización del sistema inmunitario hacia Th2⁵⁻⁷.

Es destacable el dato de que aunque la creatinfosfocinasa con frecuencia se presenta elevada, sus valores normales no descarta el diagnóstico de piomiositis puesto que de igual modo que sucedió en nuestro caso, en múltiples ocasiones se encuentra dentro de los límites normales, a pesar de la gran destrucción muscular existente. Aunque en los últimos años algunos autores abogan por la realización precoz de una RM⁸, la TC^{1,3-5} es la técnica más rentable y suele ser considerada de elección. En nuestro caso, debido a la sospecha diagnóstica precoz y dada la buena evolución clínica posterior no fue necesaria la realización de estas pruebas diagnósticas.

En nuestra paciente, el cultivo del material purulento del absceso fue positivo, y los hemocultivos negativos; aunque el cultivo del material purulento sí que suele ser positivo en torno al 95-100%^{1,3} de los casos, en las series publicadas previamente existe una gran variabilidad en cuanto a la sensibilidad de los hemocultivos, que se ha estimado entre el 5 y el 71%^{1,2} de los casos.

En conclusión, queremos con este caso llamar la atención sobre esta enfermedad para que sea tenida en cuenta dentro de los posibles diagnósticos diferenciales ante una sintomatología muscular de comienzo larvado e insidioso ya que, como se refleja en el caso expuesto, la sospecha clínica y el diagnóstico precoz puede evitar que se llegue a las fases más avanzadas, de peor pronóstico y que requieren pruebas diagnósticas y tratamientos más agresivos.

**J.C. López-Menchero Oliva, D. Crespo Marcos,
P. Vázquez López y R. Maraño Pradillo**

Sección de Urgencias de Pediatría.
Departamento de Pediatría. Hospital General
Universitario Gregorio Maraño. Madrid. España.

Correspondencia: Dr. J.C. López-Menchero Oliva.
Ríos Rosas, 2, 2º D. 28003 Madrid. España.
Correo electrónico: ceciliomenchero@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

- Chiedozi LC. Pyomyositis. A review of 205 cases in 112 patients. *Am J Surg.* 1979;137:255-9.
- Gibson RK, Rosenthal SJ, Lukert BP. Pyomyositis. Increasing recognition in temperate climates. *Am J Med.* 1984;77:768-72.
- Ameh E. Pyomyositis in children: Analysis of 31 cases. *Ann Trop Paediatr.* 1999;19:263-5.
- Hall RL, Callaghan JJ, Moloney E, Martínez S, Harrelsan JM. Pyomyositis in a temperate climate. Presentation, diagnosis and treatment. *J Bone Joint Surg (Am).* 1990;72:1240-4.
- Bickels J, Ben-Sira L, Kessler A, Wientroub S. Primary pyomyositis. *J Bone Joint Surg (Am).* 2002;84:2277-86.
- Lambertucci JR, Rayes AA, Serufo JC, Nobre V. Pyogenic abscesses and parasitic diseases. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo.* 2001;43:67-74.
- Flier S, Dolgin S, Saphir RL, Shlasko E, Midulla R. A case confirming the progressive stages of pyomyositis. *J Pediatr Surg.* 2003;38:1551-3.
- Soler R, Rodríguez E, Aguilera C, Fernández R. Magnetic resonance imaging of pyomyositis in 43 cases. *Eur J Radiol.* 2000;35:59-64.