

Piomiositis paravertebral resuelta con tratamiento antibiótico exclusivo

Sr. Editor:

La piomiositis primaria es una infección bacteriana aguda del músculo esquelético poco frecuente en nuestro medio. Su diagnóstico precoz requiere un alto índice de sospecha, dado que es un proceso poco frecuente en la edad pediátrica y cuyos síntomas son muy inespecíficos y variados. El tratamiento habitual consiste en el drenaje de las colecciones con antibioticoterapia prolongada^{1,2}. Sin embargo, se presenta un caso de piomiositis paravertebral extensa que se resolvió con tratamiento antibiótico exclusivo.

Varón de 8 años que presentó dolor lumbar y febrícula de 2 días de evolución, tras sufrir traumatismo sobre región sacrococcígea 4 días antes. La analítica reflejó leucocitosis con neutrofilia; PCR, 114 mg/dl, y LDH 503 U/l. Tras su ingreso se realiza gammagrafía ósea y ecografía de caderas que no mostraron alteraciones. Sin embargo, el paciente continuaba con dolor intenso, fiebre elevada, aumento progresivo de la impotencia funcional y persistencia de alteraciones analíticas. Se realizaron numerosas serologías y Mantoux que resultaron negativos. La radiografía de tórax, ecocardiograma, ecografía y TC abdominal fueron normales. Tras una semana de ingreso, el paciente refería parestesias intermitentes en extremidades inferiores. Se realizó RM (fig. 1), en la que se pusieron de manifiesto múltiples abscesos paravertebrales y en ambos psoas con posi-

ble extensión epidural, diagnosticándose de piomiositis primaria. En el hemocultivo se aisló *Staphylococcus aureus*.

Se instauró tratamiento con cloxacilina y clindamicina durante 4 semanas, con lo que desaparecieron de manera progresiva los síntomas. Una nueva RM demostró una llamativa disminución de los abscesos y se continuó el tratamiento por vía oral hasta completar 8 semanas, consiguiéndose la resolución del cuadro.

La piomiositis primaria es una infección aguda de los músculos esqueléticos no relacionada con lesiones adyacentes previas. Debido a que fue descrita como una entidad propia de áreas tropicales, se la denominó piomiositis tropical. La incidencia en nuestro medio, aun siendo infrecuente, está aumentando en paralelo con la población afectada por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o enfermedades crónicas debilitantes^{1,3,4}, aunque su aparición en la edad pediátrica es excepcional¹. *S. aureus* es la bacteria responsable en más del 90% de los casos, aunque pueden estar implicados otros patógenos (*Streptococcus*, bacterias gramnegativas, anaerobios, hongos, etc.^{3,5,6}). Es más frecuente en adultos jóvenes, en su mayoría varones (2:1). Evoluciona típicamente en tres fases^{6,7}. En la inicial o invasora, la llegada bacteriana al músculo produce infiltrado polimorfonuclear y miositis edematosa, sin desarrollarse aún abscesos. Los estudios de imagen en este momento pueden no mostrar alteraciones, como sucedió en nuestro caso. El cuadro incipiente puede entonces ser atribuido erróneamente a otras entidades (artritis, sinovitis, osteomielitis, patología abdominal aguda como apendicitis, etc.).

Esta etapa evoluciona hacia la fase supurativa, con formación de abscesos. La situación clínica empeora, y aparecen síntomas derivados del emplazamiento anatómico de los abscesos. La piel adyacente, puede ofrecer leve aumento de la temperatura, pero en general los signos inflamatorios locales son mínimos.

Si no se instaura un tratamiento eficaz, se alcanza la fase final o de complicaciones. Los abscesos paravertebral pueden invadir el canal raquídeo desencadenando efectos compresivos⁸. Así pues, en el caso presentado, la extensión hacia el canal medular produjo parestesias y dolor por compresión de raíces sensitivas. La artritis y la osteomielitis secundarias son complicaciones bien conocidas, la peritonitis aguda grave⁸, así como el shock séptico² en casos avanzados.

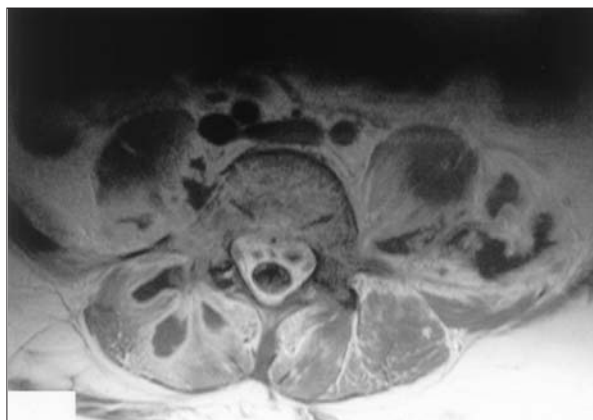


Figura 1. RM con contraste: múltiples abscesos en musculatura paravertebral derecha y psoas izquierdo en L5.

La etiopatogenia aún no es bien conocida. En razón de la copiosa vascularización que recibe, el músculo sano ofrece gran resistencia frente a los gérmenes piógenos. Así pues, en animales de experimentación la inyección intravenosa de *S. aureus* sólo ha conseguido producir abscesos en músculos previamente lesionados². En niños sanos el antecedente traumático previo, en ocasiones leve, es el factor encontrado con mayor frecuencia¹. La realización de ejercicio físico intenso también puede facilitar la colonización bacteriana, al causar isquemia muscular transitoria secundaria a demandas mecanicometabólicas exacerbadas^{1,9}.

Como la enfermedad se relaciona con situaciones de inmunodepresión, es necesario descartar la existencia de inmunodeficiencias, principalmente infección por VIH.

La resolución de la enfermedad requiere una terapia antibiótica prolongada, con cobertura principalmente frente a *S. aureus*. La mayoría de los autores han sugerido el drenaje de los abscesos como tratamiento coadyuvante, alguno de los cuales lo considera imprescindible². Sin embargo, como sucede en nuestro caso, en ocasiones las colecciones son abundantes y extensas, o se encuentran en regiones anatómicas de difícil abordaje. En estos casos se sugiere considerar la posibilidad de tratamiento antibiótico exclusivo inicialmente, y valorar el drenaje de los abscesos en caso de fracaso terapéutico. El tratamiento antibiótico intravenoso debe ser prolongado si se decide no realizar drenaje inicial, siendo prudente mantenerlo hasta disponer de un control analítico normal, junto a una comprobación radiológica de la desaparición o disminución significativa de los abscesos.

**A. Méndez Echevarría^a, F. Baquero Artigao^a,
R. Velázquez Fragua^b, M.T. García Ascaso^a,
R. Merino Muñoz^c y F. del Castillo Martín^a**

^aUnidad de Pediatría. ^bServicio de Neurología
Pediátrica. ^cUnidad de Reumatología Pediátrica.
Hospital Infantil La Paz. Madrid. España.

Correspondencia: Dra. A. Méndez Echevarría.

Unidad de Pediatría. Hospital Infantil La Paz.
Paseo de la Castellana, 261. 28046 Madrid. España.

7. Merrien D, Hamidou M, Billaud E, Magadur G, Mussini JM, Raffi F. Bacterial pyomyositis. Analysis of 20 cases and review. *Eur J Int Med* 1995;6:229-34.
8. Brik R, Braun J, Bialik V, Zuckerman N, Berant M. Non-tropical pyomyositis in children- with report of severe neurological complications. *Acta Paediatr Scand* 1989;78:331-4.
9. Jayoussi R, Bialikk V, Eyal A, Shehadeh N, Etzioni A. Pyomyositis caused by vigorous exercise in a boy. *Acta Paediatr* 1995;84: 226-7.

BIBLIOGRAFÍA

1. Durá Travé T, González Montero R, Jiménez García L, Galán Herrero F, Moya Benavent M. Fiebre y dolor muscular en un joven adolescente aficionado a las artes marciales. *An Esp Pediatr* 1998;49:89-90.
2. Patel SR, Oleginski TP, Perruquet JL, Harrington TM. Pyomyositis: Clinical features and predisposing conditions. *J Rheumatol* 1997;24:1734-8.
3. Christin L, Sarosi GA. Pyomyositis in North America: Case reports and review. *Clin Infect Dis* 1992;15:668-77.
4. Terra L, Pellicano S, Milano M. Piomyosite tropicale. *Minerva Med* 1997;88:533-5.
5. Gómez-Reino JJ, Aznar JJ, Pablos JL, Díaz-González F, Laffon A. Nontropical pyomyositis in adults. *Semin Arthritis Rheum* 1994; 23:396-405.
6. Akman I, Ostrov B, Varma BK, Keenam G. Pyomyositis: Report of three patients and review of the literature. *Clin Pediatr* 1996;35: 397-401.