

## Piomiositis por salmonella enteritidis en paciente inmunocompetente

### Pyomyositis due to salmonella enteritidis in an immunocompetent patient

Sr. Editor:

Las infecciones por salmonelas gastroenteríticas en niños suelen presentarse como cuadros autolimitados de diarrea aguda y fiebre<sup>1</sup>. Sin embargo, pueden aparecer manifestaciones extraintestinales más graves, como bacteriemias e infecciones focales localizadas<sup>2,3</sup>, especialmente en niños inmunodeprimidos, en menores de 12 meses y en pacientes con hemoglobinopatías y anemias hemolíticas<sup>4</sup>. Entre las infecciones focales por salmonella, la afectación muscular es poco común<sup>5,6</sup> y, en comparación con las piomiositis por *Staphylococcus aureus*, aparece en pacientes de mayor edad, con una mayor presencia de patología crónica previa y mayor relación con traumatismos, siendo el pronóstico menos favorable<sup>7</sup>. El serotipo de salmonella más frecuentemente implicado en las infecciones musculares es *Salmonella enteritidis*<sup>7</sup>, responsable de la mayoría de bacteriemias e infecciones focales por salmonella en España<sup>4</sup>. La piomiositis por salmonella en niños y cuando no existen factores de riesgo asociados es excepcional<sup>8</sup>.

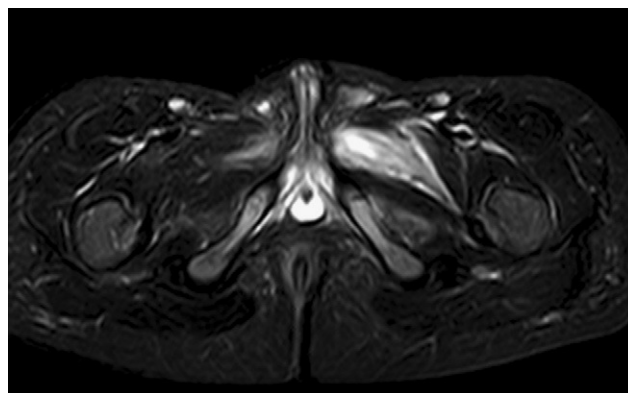
Se presenta un niño de 4 años sin antecedentes personales de interés que acudió a urgencias por un cuadro de fiebre de 5 días de evolución asociado a dolor inguinal bilateral y cojera izquierda. No refería ningún traumatismo ni sobreesfuerzo previo y no había presentado síntomas catarrales ni digestivos previos. Había recibido tratamiento con ibuprofeno sin clara mejoría.

En la exploración de caderas presentaba dolor a la palpación en regiones inguinales y músculos aductores con limitación a la separación pasiva. No había limitación a las rotaciones de cadera y no se observaba hematoma, deformidad o tumefacción. En la analítica presentaba leucocitos 13.850/ $\mu$ l (N 11.770/ $\mu$ l, L 1.520/ $\mu$ l) con hemoglobina y recuento de plaquetas normales. La velocidad de sedimentación globular era de 50 mm/h, la proteína C reactiva de 8 mg/dl y la procalcitonina de 0,43 ng/ml. La CPK era de 28 U/l, siendo los parámetros de función hepática y renal normales. No se encontraron alteraciones en la radiografía de caderas. En la ecografía de caderas se apreciaba un discreto aumento del espesor de la cápsula anterior de ambas articulaciones con mínima cantidad de líquido intraarticular en el lado izquierdo (2,7 mm de espesor). La resonancia magnética de caderas objetivó un engrosamiento y una alteración de la señal hiperintensa en secuencias T2 de la región de los aductores de forma bilateral con predominio izquierdo; en el músculo aductor largo izquierdo se apreciaba una imagen ovalada central, hipointensa en T1 e hiperintensa en T2, sugerente de colección (figs. 1 y 2). No se encontraron alteraciones en las articulaciones coxofemorales. Los hallazgos son compatibles con inflamación localizada en el músculo por piomiositis.

Se inició tratamiento con cloxacilina y cefotaxima intravenosas. El hemocultivo del ingreso resultó positivo a

*Salmonella enteritidis* por lo que se cambió el tratamiento antibiótico por ampicilina. Se realizaron ecocardiograma y ecografía de abdomen sin encontrarse alteraciones. Los cultivos de heces y de orina fueron negativos. Los niveles de complemento y de inmunoglobulinas fueron normales y los anticuerpos anti-VIH fueron negativos. Se mantuvo el tratamiento con ampicilina intravenosa durante 15 días con desaparición progresiva de la cojera, siendo dado de alta con amoxicilina oral durante otros 15 días más con buena evolución clínica y resolución de los síntomas.

La piomiositis es una enfermedad poco frecuente en nuestro medio, suponiendo uno de cada 3.000 ingresos hospitalarios pediátricos. Sin embargo, su diagnóstico debe considerarse en niños con fiebre y dolor musculoesquelético localizado incluso cuando no estén presentes los factores predisponentes conocidos, como son los traumatismos y enfermedades crónicas (diabetes mellitus, malnutrición, neoplasias, VIH, tratamiento con corticoides). Aunque el *S. aureus* es el agente causal más frecuente, pueden verse implicados otros gérmenes como bacilos Gram negativos, siendo la piomiositis por salmonella una manifestación poco común de una salmonelosis focal en un paciente inmunocompetente. En la evolución clínica pueden distinguirse: 1) fase inicial o invasiva, correspondiente a la entrada del agente microbiano en el músculo, caracterizado por dolor sordo y edema en la zona afectada, con o sin fiebre; 2) fase purulenta o supurativa, correspondiente a la formación de abscesos, caracterizado por dolor muscular, fiebre y malestar general, y 3) fase tardía, correspondiente a la aparición de manifestaciones sistémicas por la generalización de la infección, que puede derivar en shock séptico<sup>10</sup>. La ecografía y la tomografía computerizada pueden detectar la presencia de abscesos en estadios avanzados de piomiositis, pero la resonancia magnética (RM) permite realizar un diagnóstico precoz de la infección y excluir otros posibles diagnósticos<sup>9</sup>. La duración recomendada del tratamiento de las piomiositis oscila entre las 4–6 semanas, dependiendo de la gravedad y la evolución del cuadro. Cuando se comienza el tratamiento intravenoso en las fases iniciales de la infección puede lograrse la curación sin necesidad de tratamiento quirúrgico<sup>10</sup>.



**Figura 1** Resonancia magnética (corte axial), muestra engrosamiento y una alteración de la señal hiperintensa en secuencias T2 con supresión grasa de la región de los aductores de forma bilateral con predominio izquierdo y una imagen ovalada central sugestiva de pequeña colección.



**Figura 2** Resonancia magnética (corte coronal) ponderada en T2 con técnica de supresión grasa. Cambios de señal en el músculo aductor mayor izquierdo que alcanzan la sínfisis del pubis y se extienden discretamente al lado contralateral.

## Agradecimientos

Al Dr. Miguel Ángel López Pino por la ayuda prestada en la selección y discusión de las imágenes presentadas.

## Bibliografía

1. Hohmann E. Nontyphoidal Salmonellosis. *Clin Infect Dis*. 2001;32:263–9.

doi:10.1016/j.anpedi.2010.05.010

2. Díez Dorado R, Tagarro García A, Baquero-Artigao F, García-Miguel MJ, Uriá González MJ, Peña García P, et al. Bacteriemia por *Salmonella* no typhi en niños: revisión de 11 años. *An Pediatr (Barc)*. 2004;60:344–8.
3. Schutze GE, Schutze SE, Russell K. Extraintestinal salmonellosis in a children's hospital. *Pediatr Infect Dis J*. 1997;16:482–5.
4. Galanakis E, Bitsori M, Maraki S, Giannakopoulou C, Samonis G, Tselentis Y. Invasive non-typhoidal salmonellosis in immunocompetent infants and children. *Int J Infect Dis*. 2007;11:36–9.
5. Aguado JM, Ramos JM, García-Corbeira P, Alés JM, Fernández-Guerrero ML, Soriano F. Espectro clínico de la infección focal por *Salmonella* no typhi: experiencia de 32 años. *Med Clin (Barc)*. 1994;103:293–8.
6. Collazos J, Mayo J, Martínez E, Blanco MS. Muscle infections caused by *Salmonella* species: case report and review. *Clin Infect Dis*. 1999;29:673–7.
7. Collazos J, Mayo J, Martínez E, Blanco MS. Comparison of the clinical and laboratory features of muscle infections caused by *Salmonella* and those caused by other pathogens. *J Infect Chemother*. 2001;7:169–74.
8. Minami K, Sakiyama M, Suzuki H, Yoshikawa N. Pyomyositis of the vastus medialis muscle associated with *Salmonella enteritidis* in a child. *Pediatr Radiol*. 2003;33:492–4.
9. Baleato González S, Vilanova JC, García Figueiras R, Álvarez Moreno A, Alonso Martín A, Ares Rego M. The role of MRI in the early diagnosis of pyomyositis in children. *Radiología*. 2008;50:495–501.
10. Gubbay AJ, Isaacs D. Pyomyositis in children. *Pediatr Infect Dis J*. 2000;19:1009–13.

D. Clemente Garulo<sup>a,\*</sup>, M.D. López Saldaña<sup>a</sup>,  
J. Álvarez Coca<sup>a</sup>, L. Alonso Canat<sup>a</sup> y J.C. López Robledillo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Pediatría, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

<sup>b</sup>Unidad de Reumatología Pediátrica, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dclemente.hnjs@salud.madrid.org (D. Clemente Garulo).

## Síndrome de Cobb o angiomatosis cutáneo-meningo-espinal

### Cobb syndrome or cutaneomeningospinal angiomatosis

Sr. Editor:

Las malformaciones vasculares son lesiones generalmente presentes al nacimiento, secundarias a displasia de vasos, ya sean arterias, venas o capilares. Pueden presentarse de forma aislada o asociadas a lesiones en otros órganos.

Dado el origen ectodérmico común del sistema nervioso central y de la piel se describen varios cuadros clínicos con afectación común llamados trastornos neurocutáneos.

Dentro de estos se diferencia un grupo heterogéneo cuya característica principal es la malformación vascular, siendo algunos ejemplos el síndrome de Sturge-Weber, síndrome de Cobb, síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber, síndrome de Rendu-Osler-Weber o la enfermedad de Von Hippel-Lindau<sup>1</sup>.

Presentamos el caso de un adolescente de 13 años que consulta por aparición en las últimas 24 h de hipoestesia en hemicuerpo derecho de predominio en la región cubital, junto con sensación de pérdida de fuerza ipsilateral en los últimos meses sin repercusión en su vida diaria. A la exploración destaca una hipoestesia moderada en dicho hemicuerpo tanto a nivel de extremidades superiores como inferiores junto con leve alteración motora por disminución de la fuerza (4/5). Reflejos osteotendinosos conservados, pupilas isocóricas y normoreactivas y pares craneales conservados; no se objetivan alteraciones en la exploración general por aparatos a excepción de la presencia de una malformación vascular