

## CARTA AL EDITOR

Piomiositis por *Moraxella osloensis*Pyomyositis due to *Moraxella osloensis*

Sr. Editor:

La piomiositis es una inflamación séptica del tejido muscular estriado, y constituye una rara causa de afectación osteoarticular en la infancia<sup>1</sup>.

Se presenta el caso de una adolescente de 12 años, previamente sana y sin antecedente traumático, valorada en nuestro servicio de urgencias por cuadro de malestar general y fiebre hasta 39°C de 2 días de evolución. Asociaba dolor cervical que se había iniciado el día del ingreso, habiendo recibido fisioterapia por sospecha de torticolis sin mejoría completa. En la exploración no se observó foco para la fiebre, y se constató una contractura cervical izquierda. La analítica de sangre presentaba leucocitosis con neutrofilia y elevación de reactantes de fase aguda con creatinofosfocinasa (CPK) normal (tabla 1). Se obtuvo cultivo de sangre. La radiografía de tórax fue normal. Se ingresó para observación sin antibióticos dada la afectación del estado general y el dolor. En planta persistió el cuadro febril y el dolor musculoesquelético referido progresó focalizándose a nivel del área escapular izquierda, con impotencia funcional para elevar el hombro. A las 72 h del ingreso se comunicó el crecimiento de un bacilo gramnegativo en el hemocultivo recogido al ingreso. Dada la ausencia de mejoría clínica y con los datos recibidos se inició cefotaxima intravenosa en espera de identificación del microorganismo, que posteriormente se caracterizó como *Moraxella osloensis* (*M. osloensis*, sensible a ceftriaxona, cefuroxima y ciprofloxacino). Con la sospecha de proceso osteomuscular de origen infeccioso se hizo estudio de extensión. La valoración ORL descartó participación respiratoria. Se practicó resonancia magnética (RM) de columna cervical y hombro izquierdo, apreciándose importante edema en trapecio y deltoides, sin colección purulenta, sin afectación ósea y con derrame reactivo en la articulación (fig. 1). Se quedó afebril a las 24 h del inicio del antibiótico. Progresivamente fue mejorando el cuadro, con recuperación de la funcionalidad de la articulación, desaparición del dolor y descenso de parámetros inflamatorios hasta su normalización (tabla 1) durante el ingreso. Se mantuvo tratamiento intravenoso durante 8 días completando posteriormente 3 semanas de cefuroxima axetilo en domicilio.

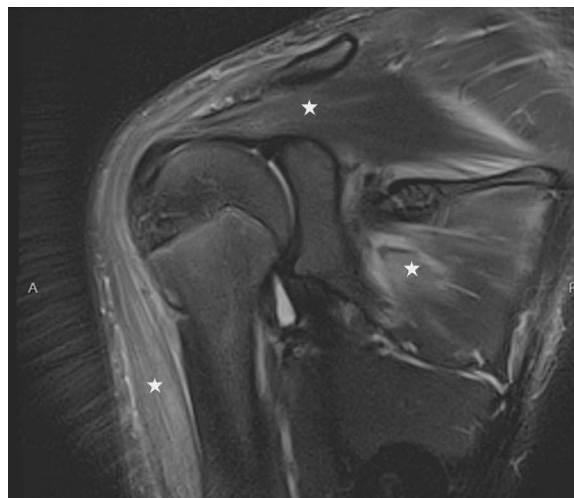


Figura 1 Corte coronal en secuencia T2 FS, sin contraste. Cambios inflamatorios con edema importante en deltoides y trapecio izquierdos en relación con la infección por *M. osloensis* señalados con \*.

Dentro de las afectaciones osteoarticulares infecciosas, la piomiositis es una entidad infrecuente, sobre todo en climas templados como España<sup>1</sup>. Los gérmenes más frecuentemente implicados son *Staphylococcus aureus* (70-90%) y *Streptococcus pyogenes* (4-25%). La localización más frecuente es en miembros inferiores y con mucha frecuencia tras un traumatismo en esa región (35-50%)<sup>2</sup>. Es excepcional la localización en cintura escapular. Analíticamente suele encontrarse leucocitosis con neutrofilia y elevación de reactantes de fase aguda. Característicamente no se elevan las enzimas musculares, al ser un proceso de ocupación y no de destrucción muscular. Hay predominancia en varones.

Dentro del género *Moraxella*, la más conocida es *M. catarrhalis*, responsable de infecciones respiratorias como neumonía, sinusitis y otitis media<sup>3,4</sup>. Sin embargo, existen 7 familias de este género entre las que está *M. osloensis*<sup>4</sup>. Es un cocobacilo gramnegativo aeróbico, aislado muy infrecuentemente en muestras biológicas. Se ha aislado en el entorno inanimado de hospitales lo cual parece indicar que el microorganismo sea capaz de pasar al hombre desde el mismo<sup>5</sup>. Se ha obtenido en muestras de sangre, LCR, área ORL (oído, nariz y garganta), orina y secreciones genitales

**Tabla 1** Evolución analítica relacionada con el tratamiento antibiótico

	Ingreso	+5 días tras ingreso (+2 días tras inicio de cefotaxima)	Alta (+9 días tras ingreso). Paso a tratamiento oral	Fin de tratamiento (4 semanas de antibiótico)
Leucocitos/ $\mu$ l (%N; %L)	28.070 (95,5; 1,4)	7.430 (59,4; 23,9)	7 290 (67,9; 24,1)	6.610 (58,9; 30,8)
Hb (g/dl)	13,8	13,4	14,8	13,8
Plaquetas/ $\mu$ l	292.000	461.000	700.000	348.000
PCR (mg/dl)	11,86	7,66	1,13	< 0,01
VSG primera hora (mm)		88	76	4
CPK (UI/l)		32	45	

de pacientes, así como en faringe y área ORL de sujetos sanos. En cualquier caso, el hábitat natural de esta especie y la importancia clínica de las infecciones por la misma, así como su tratamiento, aún no han sido bien estudiados<sup>3</sup>.

La infección por *M. osloensis* se ha relacionado patológicamente con endocarditis, endoftalmitis, neumonía, meningitis, osteomielitis, artritis séptica, vaginitis y bacteriemia<sup>3</sup>, habitualmente en sujetos con una condición predisponente (inmunodepresión, etc.). Hasta la fecha no tenemos constancia de otros casos de piomiositis por este microorganismo.

En cuanto al tratamiento, se ha comunicado el uso de aminoglucósidos, cefalosporinas y penicilinas con buenos resultados (se han descrito algunos casos de resistencia a meticilina)<sup>4</sup>.

El pronóstico de las infecciones por *M. osloensis* es bueno. Parece ser causante de un espectro variado de enfermedad pero hasta la fecha no se han documentado fallecimientos en relación directa con su infección.

Al margen de lo excepcional de este caso, la piomiositis es una entidad que debe sospecharse en los casos de afectación muscular localizada con fiebre, y se deben cubrir con antimicrobianos los gérmenes habitualmente implicados.

## Bibliografía

1. Llorente Otones L, Vázquez Román S, Íñigo Martín G, Rojo Conejo P, González Tomé Ml. Piomiositis en los niños: no sólo una enfermedad tropical. *An Pediatr (Barc)*. 2007;67:578–81.
2. Gubbay A, Issacs MD. Pyomiositis in children. *Pediatr Infect Dis J*. 2000;19:1009–13.
3. Shah S, Ruth A, Coffin SE. Infection due to *Moraxella osloensis*: case report and review of the literature. *Clin Infect Dis*. 2000;30:179–81.
4. Sugarman B, Clarridge J. Osteomyelitis caused by *Moraxella osloensis*. *J Clin Microbiol*. 1982;15:1148–9.
5. Ho Roh K, Kim CK, Koh E, Kim MS, Yong D, Park SC, et al. Three cases of *Moraxella osloensis* meningitis: a difficult experience in species identification and determination of clinical significance. *J Korean Med Sci*. 2010;25:501–4.

P. Bello Gutiérrez\*, C. Cordero Castro, E. Alonso Villán, O. Carvajal del Castillo, I. Carabaño Aguado y J. Calatayud Moscoso del Prado

*Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pablo.bello@capiosanidad.es](mailto:pablo.bello@capiosanidad.es)  
(P. Bello Gutiérrez).