

J.A. Gómez-Carrasco, O. Oria,
M.A. García-Herrero, E. Fraile*,
E. García de Frías

An Esp Pediatr 1996;45:313-314.

Caso clínico

Niña de 11 años con un cuadro de 2 días de evolución, consistente en impotencia funcional en extremidad inferior derecha (EID) y dolor en región glútea ipsilateral, acompañado de fiebre elevada desde las primeras horas de iniciado el dolor. No refiere síntomas miccionales, digestivos, ni respiratorios. Recibe cefaclor ambulatoriamente a partir de las 24 horas de iniciado el proceso. Existe el antecedente de trauma en el tercio superoexterno del muslo derecho 15 días antes, por caída desde una bicicleta, con aparente buena resolución con medidas de limpieza habituales de una herida superficial. Niega ingesta de alimentos no controlados sanitariamente. No destacan antecedentes personales ni familiares de interés. En la exploración física se aprecian erosiones bien cicatrizadas en el tercio superoexterno del muslo derecho. Existe intenso dolor a la palpación de la región glútea central derecha con imposibilidad de movilización del miembro inferior ipsilateral. Cualquier intento de movilización genera gran dolor referido en la región glútea. Tobillo y rodilla de EID son aparentemente normales, sin tumefacción y con movilidad pasiva aparentemente respetada. Los reflejos osteotendinosos son normales en ambas extremidades inferiores (EEII). La sensibilidad termoalgésica está igualmente conservada en EEII. La motilidad de dedos de ambos pies es normal. La palpación de la columna dorsolumbar no genera dolor. El resto de la exploración es normal. Las exploraciones complementarias que destacamos son un hemograma inicial con 8.400 leucocitos/ μ L (segmentados (S):78, linfocitos (L):11, monocitos (M):11) con serie roja y plaquetas normales; el control evolutivo a las 24 horas de la hospitalización no es sustancialmente diferente: 7.800 leucocitos/ μ L (S: 66, L:22, M:12). La velocidad de sedimentación eritrocitaria (ERS) es de 53 mm a la 1ª hora, el primer día del ingreso; el control a los 10 días: 17 mm a la 1ª hora. La proteína C reactiva (PCR) es de 110 mg/L en la primera determinación y de 3 mg/L al 10º día. El título de antiestreptolisina O es 144 U. Los anticuerpos antinucleares y la intradermorreacción de Mantoux son negativos. Hemocultivo y urocultivo negativos. Serología de Brucella negativa. También resultaron normales: bioquímica hemática de rutina, incluyendo creatín cina-

Adolescente con ciática aguda y fiebre

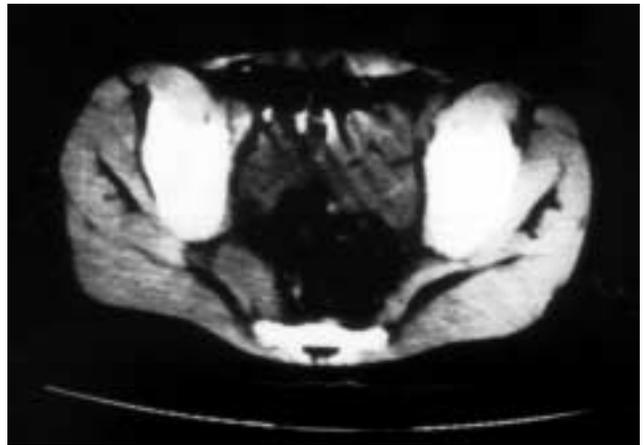


Figura 1. Tomografía computarizada del área pélvica.

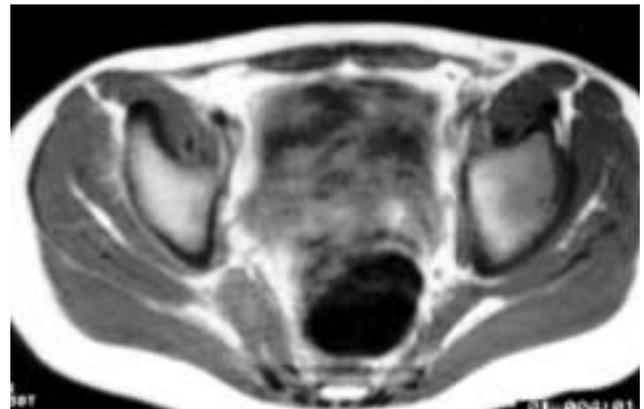


Figura 2. Imagen de resonancia nuclear magnética del área pélvica.

sa, inmunoglobulinas y complemento (C3 y C4), sedimento urinario, electrocardiograma, radiología convencional de EEII, ecografía de ambas caderas y de la cavidad abdominal así como el examen oftalmológico.

Con la sospecha clínica de sacroileítis, pero con intención de detectar estructuras pélvicas anormales, especialmente tumores musculoesqueléticos que pudieran tener una presentación clínica semejante, se realizó una tomografía (CT) abdominopélvica que reveló un engrosamiento difuso del músculo piramidal derecho (Figura 1) sin signos de sacroileítis. Aún con esta información y porque la ciatalgia que demostraba la paciente

Servicio de Pediatría. Servicio de Radiología*. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. Madrid.

Correspondencia: José Ángel Gómez Carrasco. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Carretera de Meco s/n 28805- Alcalá de Henares. Madrid.

era muy intensa, se realizó una resonancia nuclear magnética (RNM) para descartar cualquier otra anomalía en el esqueleto axial lumbosacro, no revelando otras alteraciones destacables y confirmando un engrosamiento del músculo piramidal derecho, que es hiperintenso de modo difuso, sin delimitación de imágenes nodulares o de masas intramusculares y produce impronta y desplazamiento del nervio ciático derecho (Figura 2).

Preguntas

1. ¿Cuál es su diagnóstico?
2. ¿Qué tipo de tratamiento cree indicado?

Discusión

Tras la información aportada por la CT el diagnóstico que se establece es el de ciática debida a piomiositis del músculo piramidal, siendo corroborado por la RNM. Desde el ingreso, ante la sospecha de que existía algún foco inflamatorio y/o infeccioso y mientras se procedía a realizar las exploraciones arriba citadas, se inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico endovenoso, desapareciendo la fiebre en horas. Experimenta una mejoría clara de los síntomas a las 48 horas y la exploración clínica se normaliza al 5º día. Esta evolución, concordante con el diagnóstico de piomiositis del músculo piramidal, nos llevó a prolongar el tratamiento antibiótico intravenoso durante 17 días, prosiguiendo luego con cloxacilina oral hasta completar un ciclo total de antibioterapia de 4 semanas y media. El diagnóstico final fue de piomiositis del músculo piramidal, probablemente adquirida por contiguidad a partir de herida en muslo.

La piomiositis tropical o piomiositis bacteriana es una entidad frecuente en países de clima cálido, donde puede llegar a suponer hasta un 4% de los ingresos hospitalarios. En nuestro medio no disponemos de cifras que cuantifiquen la magnitud del problema, pero aun no siendo un proceso frecuente, tampoco es excepcional. Jiménez-Mejías y cols. recientemente han publicado una serie larga de 28 pacientes de 9 a 70 años, recopilados a lo largo de 9 años⁽¹⁾. Aunque la calidez del clima está epidemiológicamente asociada a la presencia o ausencia de esta patología, la etiología es finalmente bacteriana. Es el estafilococo dorado el germen más frecuentemente implicado⁽¹⁾, aunque otros muchos han sido aislados en casos de piomiositis. Existen factores que predisponen al desarrollo del proceso, siendo uno de los más frecuentes las heridas y traumatismos o la cirugía en la vecindad⁽²⁾ y en otras ocasiones las infecciones próximas, esqueléticas y no esqueléticas. La bacteriemia de cualquier origen y germen, las inmunodeficiencias congénitas o adquiridas, la diabetes, la enfermedad de Crohn y la drepanocitosis han sido también implicados como predisponentes. Finalmente es primaria, sin factor predisponente asociado en hasta un 50% de ocasiones⁽¹⁾. Los pacientes potenciales son de cualquier edad pero más a menudo afecta a adultos jóvenes (36 ± 18 años en la se-

rie de Jiménez-Mejías)⁽¹⁾, aunque existen descripciones desde el periodo neonatal. La infección bacteriana puede afectar a cualquier músculo esquelético, pero es mucho más frecuente en el torso ilíaco, musculatura paravertebral y glútea, seguido por la musculatura del antebrazo y el pectoral mayor^(1,3,4). Característicamente se presenta abruptamente como un proceso febril, con temperaturas muy elevadas, junto con dolor intenso en el área afectada, si bien un curso subagudo es posible en la piomiositis originada por estafilococo dorado⁽³⁾. La tumefacción puede ser visible o no, dado que frecuentemente se afectan músculos profundos. Las exploraciones complementarias que pueden ser útiles son la bacteriología, con una proporción de positivos a menudo no superior al 50%⁽¹⁾, la creatinina puede estar elevada o no. Los estudios más rentables desde el punto de vista diagnóstico son los de imagen. La CT y la RNM pueden definir muy bien, en cualquier localización, la masa muscular engrosada, ocasionalmente con contenido no homogéneo (purulento) en su interior y establecer las diferencias frente a otras condiciones patológicas con clínica similar (artritis, tromboflebitis y tumores)⁽⁴⁾. El cultivo del aspirado de la masa afectada puede tener una sensibilidad próxima al 100%. Debemos destacar que desde el punto de vista diagnóstico sólo es necesario de forma imprescindible un cuadro clínico y un(os) estudio(s) de imagen compatibles. El aspirado y/o escisión del músculo afectado pueden o no ser necesarios, dependiendo del estado del paciente y su evolución tras la instauración del tratamiento antibacteriano endovenoso apropiado. Finalmente, resaltar que en la etiología de una ciatalgia aguda, a cualquier edad⁽⁵⁾, pero especialmente en pediatría, donde otras etiologías propias de edad adulta, están prácticamente ausentes, la piomiositis de músculos próximos al nervio ciático, debe ser tenida en cuenta. Ha sido individualizado el síndrome del músculo piriforme por piomiositis⁽⁵⁾, consistente en dolor y parestesias en la región glútea, irradiado a la cadera y cara posterior del muslo con una distribución ciática. Existe dolor a la palpación del músculo piramidal, dolor a la abducción del muslo (signo de Pace) y dolor a la rotación interna del muslo con el muslo previamente extendido (signo de Freiberg).

Bibliografía

- 1 Jiménez-Mejías M, Lozano F, Alfaro-García M, et al. Piomiositis por *Staphylococcus Aureus*. *Med Clin (Barc)* 1992;99:201-205.
- 2 Diamandakis V, Grose C. Bad consequences of bicycle accidents. *Ped Infect Dis J* 1994;13:422-423.
- 3 Armstrong D, D'Amato C, Strong M. Three cases of staphylococcal pyomyositis in adolescence, including one patient with neurologic compromise. *J Ped Orthop* 1993;13:452-455.
- 4 Renwick S, Ritterbusch J. Pyomyositis in Children. *J Ped Orthop* 1993;13(6):769-772.
- 5 Chen W, Taiwan K. Sciatica Due to piriformis pyomyositis. *J Bone Joint Surg* 1992;74-A:1546-1548.