



## Presentación de caso

### **Piomiositis tropical. Reporte de un paciente pediátrico.**

### **Tropical pyomyositis. Report a pediatric patient.**

**Dr. Frank Felipe Martín<sup>1</sup>, Dr. Rogelio Domínguez Ulibarri<sup>2</sup>, Dra. Acela Valdés Álvarez<sup>3</sup>**

1. Especialista de 1er grado en Pediatría. Hospital Pediátrico Provincial. Sancti Spiritus. Cuba. Email: felipe@escambray.ssp.sld.cu
2. Especialista de 2do grado en Pediatría. Profesor Auxiliar. Hospital Pediátrico Provincial. Sancti Spiritus. Cuba.
3. Especialista de 1er grado en Pediatría. Hospital Pediátrico Provincial. Sancti Spiritus. Cuba.

## **RESUMEN**

Se destacan las principales características clínicas, etiología y evolución de la piomiositis. Se presenta un niño de 4 años de zona urbana, diagnosticado en el Hospital Pediátrico de Sancti Spiritus en el período "invasivo" de esta enfermedad, su evolución y tratamiento médico-quirúrgico, así como el germen causal. Este es el primer caso pediátrico reportado en Cuba.

**DeCS:** MIOSITIS/diagnóstico, MIOSITIS/etiología.

## **ABSTRACT**

It highlights key clinical features, etiology and evolution of pyomyositis. It is presented a 4 year –old boy from urban area, diagnosed in the Pediatric Hospital of Sancti Spiritus in the invasive term of the disease, its evolution and medical-surgical as well as the causative germ. This is the first pediatric case reported in Cuba.

**MeSH:** MYOSITIS/ diagnosis, MYOSITIS/etiology.

## INTRODUCCIÓN

La piomiositis tropical es una enfermedad infecciosa de los músculos esqueléticos. Casi siempre supurativa, observada en países tropicales, siendo infrecuente en los climas templados<sup>1-3</sup>. Fue descrita por primera vez en 1909 y reportada en 1912 por M.H. Scott, quien estudió en Jamaica varios casos de abscesos intramusculares profundos. En 1928 en Samoa, P.A. Buxton escribió un trabajo muy completo sobre esta enfermedad.

A partir de esa época fueron descritos casos similares en países en todo el mundo, incluso epidemias sobre todo en países africanos, donde actualmente se encuentran zonas endémicas<sup>2,4,5</sup>. Médicos cubanos en misiones internacionalistas en África han tratado estos casos, L. Peraza en Luanda y Mestre y Rodríguez en Malange, reportan sus experiencias personales al respecto en publicaciones nacionales<sup>1,6</sup>. En 1992 J. E. Ibarzabal presenta un caso diagnosticado en el Hospital Clínico Quirúrgico de Sancti Spiritus<sup>7</sup> y ahora se describe este paciente pediátrico por ser el primer reporte en niños en Cuba.

La piomiositis se presenta con mayor frecuencia en la segunda y tercera décadas de la vida, siendo infrecuente en edad pediátrica<sup>5,8,9</sup>; hasta ahora la enfermedad es de causa indeterminada<sup>2,3</sup>, el Estafilococo hemolítico coagulasa positivo se describe como el principal agente, aunque también se ha cultivado el Estafilococo albus, Estreptococos y Escherichia coli, los que llegan a los músculos a través de la circulación sanguínea<sup>1,7,10,11</sup>. Se han descrito factores capaces de provocar la aparición de la enfermedad, los cuales pueden depender del paciente, de los mismos músculos y del medio ambiente.

En el paciente: presencia de otras enfermedades crónicas que pueden ser procesos infecciosos o deficiencias vitamínicas, procesos sépticos locales sobre todo en piel y los miembros .

En el músculo: Los hematomas en los grandes músculos, (que son los más afectados), son campo propicio para la formación de un absceso. Los cambios vasculares producen un patrón vascular anormal, que favorece la producción de esta enfermedad.

En el medio ambiente: Es una enfermedad propia de países tropicales, zonas costeras y húmedas. A ello se le unen las malas condiciones higiénicas, la pobreza y afecciones propias de esos países, que propician la infección estafilococia. Entre los aspectos clínicos de la enfermedad se ha descrito un estadio invasivo durante el cual el músculo a la palpación suave esta indurado, además dolor localizado y fiebre que se puede acompañar de calambres y escalofríos. En esta etapa la enfermedad puede resolverse con tratamiento o evolucionar hacia el estadio supurativo. Es este el más frecuente, donde se forman abscesos y ya están presentes todos los signos clásicos de la inflamación aguda. En el tercer estadio o final después de dos o tres meses el paciente se postra en la cama, los signos de inflamación ceden y el músculo es reemplazado por un saco grande de pus. Ya en esta época pueden surgir complicaciones muy graves como la anemia intensa, abscesos múltiples, septicemia y finalmente la muerte, por lo tanto estos pacientes pueden presentar desde una forma benigna, con absceso solitario hasta otra fulminante, con múltiples abscesos y gran septicemia<sup>7,10-12</sup>.

El tratamiento debe ser hospitalario, con hemocultivos, que casi siempre son negativos, incisión y drenaje de los abscesos con cultivo y antibiograma del pus extraído y tratamiento antibiótico para germen gram positivo hasta obtener el resultado de los cultivos.

## **PRESENTACIÓN DE CASO**

Paciente masculino, de 4 años de edad, procedente de zona urbana y con antecedentes de buena salud, que ingresa por fiebre de 38 grados C frecuente, durante la noche y el día, con poca respuesta a las medidas antitérmicas, que se acompaña de zona dolorosa en antebrazo derecho y región del músculo gemelo del miembro inferior izquierdo, limitándole los movimientos en ambas extremidades. Al examen físico, se constata aumento de volumen, no bien delimitado, duro, en región posterior del gemelo izquierdo y mitad antero superior del antebrazo derecho, con dolor intenso a la palpación superficial, no adenopatías ni otros signos flogísticos. Se interpreta como celulitis o posible miositis, imponiéndole tratamiento con penicilina cristalina intramuscular cada 6 horas, la que es suspendida el mismo día por presentar cuadro urticarial, sustituyéndose por cefalexina, presentando un cuadro similar, por lo que se decide el uso de gentamicina intramuscular y eritromicina oral. Se mantiene estable, persiste la fiebre y al cuarto día aparece tumefacción de iguales características en región interescapular.

### **Complementarios**

Hb. 129 g/Ltos  $10 \times 10^9$ , segmentados 0,80 %, eritrosedimentación 52 mm , glicemia 3,9 mmol/L, proteínas totales 52,2 g/l, índice S/G 3:2. Se hace ultrasonido de las lesiones y se detectan colecciones complejas ecolúcidas con células en su interior, en planos musculares profundos. Se interconsulta con cirugía y se decide incisión y drenaje, de los que se extrae pus, que se cultiva. Se deja drenaje y cura diaria. En el cultivo crece *Estafilococo áureo*, sensible: tetraciclina, gentamicina y cloranfenicol. Se suspende la eritromicina oral, evolucionando satisfactoriamente, siendo egresado 10 días después.

### **Comentarios**

Es la piomiositis una enfermedad que comienza a ser diagnosticada en Cuba, después de la experiencia obtenida por los médicos en sus misiones internacionalistas en África. No se encontraron reporte en niños cubanos. Este paciente evoluciona en un período invasivo, de la enfermedad, debido al uso precoz de la gentamicina, antibiótico al cual era sensible el germen y al diagnóstico rápido y tratamiento quirúrgico de las lesiones presentadas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maestre Marquez H. Piomiositis tropical. Estudio clínico con revisión de casos. Rev Cubana Med Trop.1983May-ago; 35(2):193-201.
2. Chaitow J. Piomiositis tropican. A diagnostic dilema. Wed J Aust.1980; 2:512.513.
3. Manson B. Tropical disease. 15 ta ed. London:Editorial Casell;1964.p. 679-680.
4. Bélec L, Di Costanzo B, Georges AJ, Gherardi R. HIV infection in African patients with tropical pyomyositis. AIDS. 1991 Feb; 5(2):234.
5. Peraza Cabrera L. Piomiositis tropical. Nuestra experiencia en el Hospital Universitario América Boavida. Luanda, República popular de Angola. Rev Cubana Cir.1982; 21.
6. González JE. Piomiositis tropical. Presentación de un caso. Rev 3 Dic.1992;6(2):195-198.
7. Mokros W, Eder F, Tinius W. Clinical contribution to pyomyositis tropica. Z Arztl Fortbild (Jena). 1990;84(5):217-8.
8. Hall RL, Callaghan JJ, Moloney E, Martinez S, Harrelson JM. Pyomyositis in a temperate climate. Presentation, diagnosis, and treatment. J Bone Joint Surg Am. 1990 Sep;72(8):1240-4.
9. Poldernans D. et al. Pyomyositis:an unusual complication of. F staphylococcus aureus infection. Neth J. Surg .1990 Feb;42(1):14-15.
10. Back SA, O'Neill T, Fishbein G, Gwinup G. A case of group B streptococcal pyomyositis. Rev Infect Dis. 1990 Sep-oct; 12(5):784-7.