

Presentación concomitante de infecciones musculoesqueléticas, un reto diagnóstico en Pediatría

Concomitant presentation of musculoskeletal infections,
a diagnostic challenge in Pediatrics

Perla Nayely Espinoza Segura,* Mónica Jazmín Osorio Guzmán*

* Infectología Pediátrica. Departamento de Pediatría del Hospital General León. León, Guanajuato, México.

DESCRIPCIÓN INICIAL DEL CASO CLÍNICO

Femenino de 15 años de edad, originaria y residente de León, Guanajuato, cuenta con antecedente de relevancia accidente automovilístico a los siete años de edad, con fractura de clavícula, humero izquierdo y pelvis, requirió tratamiento con material de osteosíntesis externo. Acude al hospital por cuadro de dos meses de evolución, inicialmente coxalgia derecha, difuso, que evoluciona con incremento de intensidad; dos semanas previas a ingreso se adiciona dolor de rodilla derecha que evoluciona en incremento hasta limitar la deambulaci3n. Ingresa a consulta de urgencias en silla de ruedas, con facies 3lgica, signos vitales en rangos para edad; en exploraci3n f3sica presenta obesidad, extremidad inferior derecha sin cambios de coloraci3n, calor o rubor, presenta edema de pierna y pie derecho, signo de Godet +, dolor a la palpaci3n, desde cadera hasta tobillo, intensidad 10/10 en escala visual anal3gica (EVA), de predominio en pierna, arcos de movilidad de cadera y rodilla limitados por dolor, fuerza no valorable.

Con los datos cl3nicos se sospecha de trombosis venosa profunda, se solicita hemograma que

reporta: hemoglobina (Hb) 10.1 g/dL, leucocitos 9.8×10^3 c3l/ μ L, neutr3filos 7.6×10^3 c3l/ μ L, linfocitos 1.3×10^3 c3l/ μ L, plaquetas $440 \times 10^3/\mu$ L, prote3na C reactiva (PCR) 316 mg/L, no se cuenta con velocidad de sedimentaci3n glomerular (VSG), procalcitonina (PCT) 0.28 ng/mL, dímero D 1,630 ng/mL, fibrin3geno 926 mg/dL y ultrasonido Doppler con imagen heterog3nea en vena safena mayor derecha, material ecog3nico adherido a pared, en dos tercios distales de pierna, compresibilidad parcial. Se ingresa para manejo del dolor y tratamiento con enoxaparina.

Durante sus primeras 96 horas de hospitalizaci3n se documenta fiebre, un evento cada 24-48 horas, en rango 38-38.5 °C, duraci3n menor de una hora que cede con antipir3tico, persiste con dolor de toda la extremidad. En los d3as subsecuentes, se observa incremento de curva t3rmica, con 1-2 eventos al d3a, en rango 38.5-39 °C, duraci3n de 1-6 horas continuas, sin ceder a doble antipir3tico. Se solicitan nuevos estudios de extensi3n, los cuales muestran: hemoglobina 8.5 g/dL, leucocitos 12.23×10^3 c3l/ μ L, neutr3filos 10.8×10^3 c3l/ μ L, linfocitos 0.7×10^3 c3l/ μ L, plaquetas $396 \times 10^3/\mu$ L, PCR 566 mg/L, PCT 1.5 ng/mL, hemocultivos perif3ricos con desarrollo a las 16 y 20 horas de incubaci3n, en tinci3n:

Citar como: Espinoza SPN, Osorio GMJ. Presentaci3n concomitante de infecciones musculoesquel3ticas, un reto diagn3stico en Pediatría. Rev Latin Infect Pediatr. 2025; 38 (2): 74-76. <https://dx.doi.org/10.35366/121467>

Recibido: 21-04-2025. Aceptado: 22-04-2025.



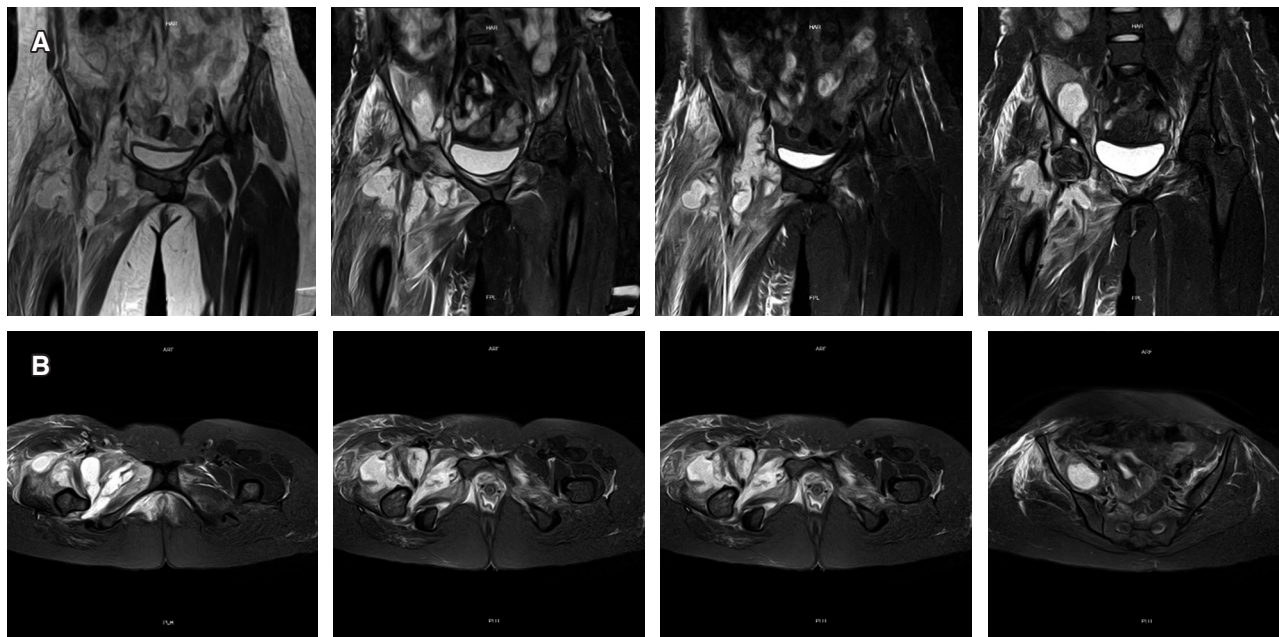


Figura 1: Resonancia magnética. **A)** corte coronal y **B)** axial, ponderada T2. Se observa imagen hiperintensa alrededor de la cadera derecha, incremento de intensidad de músculos adyacentes y tejido óseo.

cocos Gram positivos, en agar sangre: colonias con beta hemólisis.

Se realiza resonancia magnética (**Figura 1**) de extremidad inferior derecha en la que se describe: colección con volumen aproximado de 600 mL, la cual se observa subyacente a psoas iliaco derecho, desciende al canal inguinal hacia el compartimiento anterior de cuádriceps, posterior isquiotibial y aductor. En espacio articular de cadera ipsilateral, disminución en el grosor del cartílago y en la esfericidad de la cabeza humeral. Quiste subcondral en el margen anterior del acetábulo de 12mm. Incremento en la intensidad de señal de los grupos musculares: abductores, aductores, flexores, extensores y rotadores (**Figura 1**).

PREGUNTAS

Pregunta 1. En un paciente pediátrico que presenta dolor de extremidad de larga evolución, limitación funcional y fiebre ¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales por considerar?

- a) Osteomielitis
- b) Artritis séptica
- c) Piomiositis
- d) Todas las anteriores

Pregunta 2. ¿Cuál de los siguientes factores ha sido descrito como predisponente para el desarrollo de esta enfermedad en población pediátrica?

- a) Trauma muscular previo
- b) Deficiencia congénita de inmunoglobulina A (IgA)
- c) Insuficiencia cardíaca
- d) Uso prolongado de corticosteroides

Pregunta 3. ¿Cuál es el agente microbiológico documentado más descrito en las estas infecciones?

- a) *Haemophilus influenzae* tipo b
- b) *Staphylococcus aureus*
- c) *Streptococcus pneumoniae*
- d) *Kingella kingae*

Pregunta 4. De las siguientes pruebas de imagen ¿Cuál es la de mayor sensibilidad para confirmar y diferenciar el diagnóstico de esta entidad?

- a) Radiografía simple de la extremidad
- b) Ultrasonido del músculo afectado
- c) Tomografía computarizada de extremidades
- d) Resonancia magnética con contraste

Pregunta 5. ¿Cuál de las siguientes complicaciones de esta entidad es más probable en pacientes no tratados oportunamente?

- a) Luxación recurrente de cadera
- b) Fístula cutánea crónica

- c) Osteonecrosis de la cabeza femoral
- d) Insuficiencia renal secundaria al tratamiento anti-biótico

Correspondencia:

Perla Nayely Espinoza Segura

E-mail: perla.2000.pe@gmail.com

Ver respuesta al caso clínico: ¿Cuál es su diagnóstico?
<https://dx.doi.org/10.35366/121470>