

# Piomiositis no tropical. Reporte de un caso

Dr. Félix Gil Orbezo,\* Dr. Juan Francisco Valles Figueroa,\* Dr. José Mario Navarrete Álvarez\*\*

Hospital Español de México. Ciudad de México

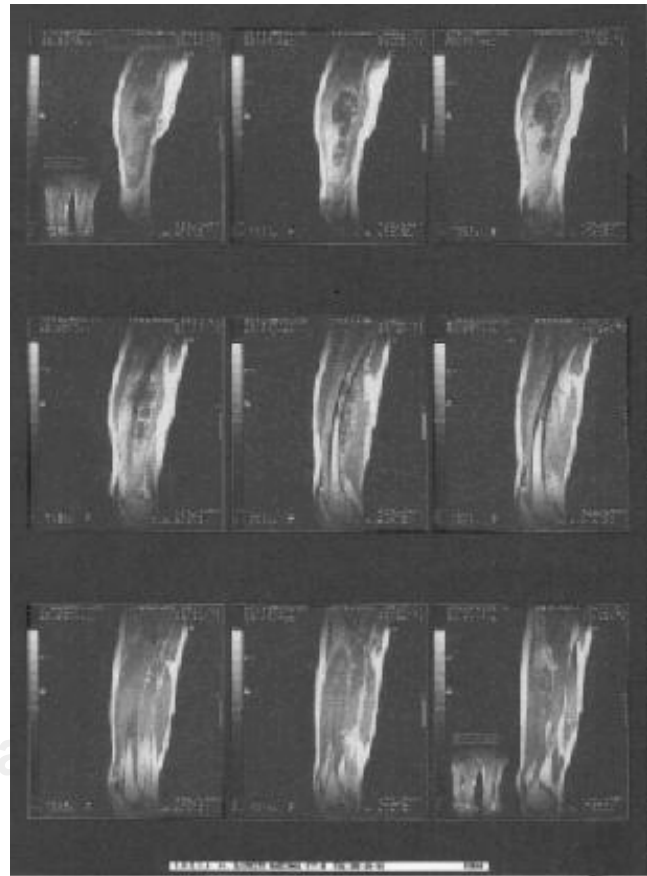
**RESUMEN.** Se presenta el reporte de un caso de piomiositis no tropical con sintomatología y signología aberrante, paciente masculino de 49 años de edad con dolor a nivel del muslo derecho el cual se irradiaba a rodilla y talón, presentaba signos meniscales los cuales se resuelven por artroscopia y continúa con dolor en el muslo derecho, la RMN de la columna lumbar fue normal, la RMN de muslo derecho mostró absceso intramuscular en vasto externo del cuádriceps derecho, se inicia antibióticos parenterales, desbridación del absceso, observándose en el transoperatorio reacción perióstica por lo que se trata como osteomielitis secundaria a la piomiositis, mejoría inmediata del dolor y controles radiográficos mensuales, con buena evolución.

**Palabras clave:** piomiositis, infección, músculo, fémur, hueso.

La piomiositis no tropical es una infección microbiana rara y de difícil diagnóstico escasamente reportada en la bibliografía ortopédica, que puede afectar una o más regiones del sistema músculo-esquelético, inicialmente se describió, la piomiositis tropical, llamándose de esa manera por la predilección geográfica de presentación en áreas tropicales y subtropicales en África, latino América e islas del Pacífico, posteriormente se presentó la enfermedad en regiones no tropicales por lo que obtuvo el mismo nombre, afecta principalmente adolescentes y adultos jóvenes en etapa productiva de la vida, se encuentra asociado a traumatismos, lesiones en la piel, parasitosis, desnutrición o inmunosupresión, los gérmenes más comunes son el *Staphylococcus aureus* en un 80% de los casos, se han identificado otros agentes microbianos incluyendo cocos Gram positivos y bacilos Gram negativos, en la fase sintomática o supurativa se asocia a dolor, fiebre, ataque al estado general, en la última década se ha

**SUMMARY.** This is the case of a 49 year-old man who had non-tropical pyomyositis. An unusual clinical picture was outlined by night thigh pain irradiated to the knee and to the heel. Meniscal symptoms were relieved by arthroscopy. MRI for lumbar spine was normal. As pain continued, MRI for the thigh demonstrated an abscess of quadriceps muscle in its vastus laterals, which was treated by surgical debridement as well as an antibiotic schedule. Periosteal reaction of the femur was observed during surgery because of vicinity to sinus. A satisfactory outcome was obtained as demonstrated by an initial follow-up of 10 weeks.

**Key words:** pyomyositis, infection, muscle, bone.



**Figura 1.** RMN en corte sagital observándose el absceso intramuscular en cara externa.

\* Médico adscrito al servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Español de México.

\*\* Médico residente de 4o. año de Ortopedia y Traumatología del Hospital Español de México.

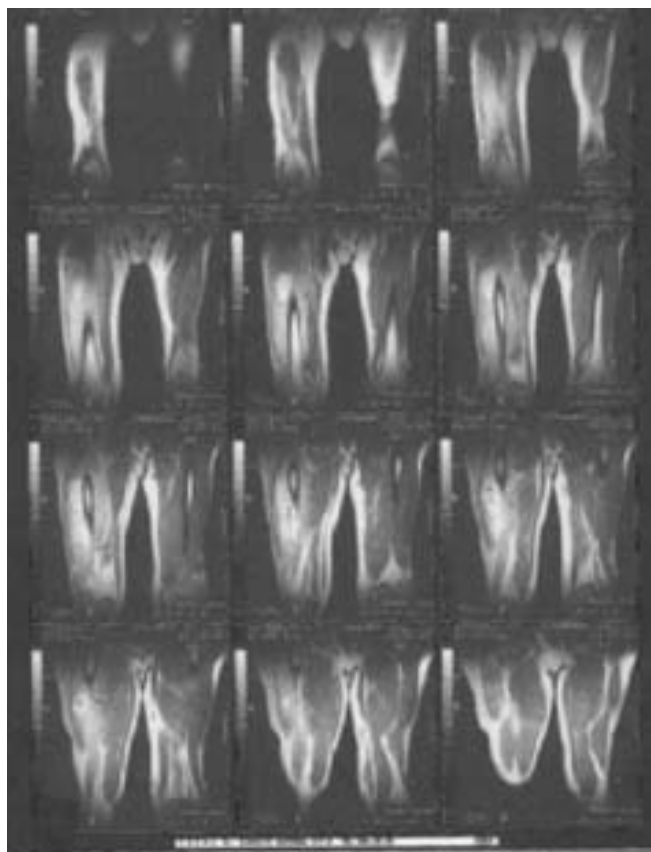
Dirección para correspondencia:

Dr. Juan Francisco Valles Figueroa

Ejército Nal. 617 sala 8 consultorio. No. 1

Col. Granada, México D.F.

Tel. 5203-6053, 5545-4418, 5250-7555.

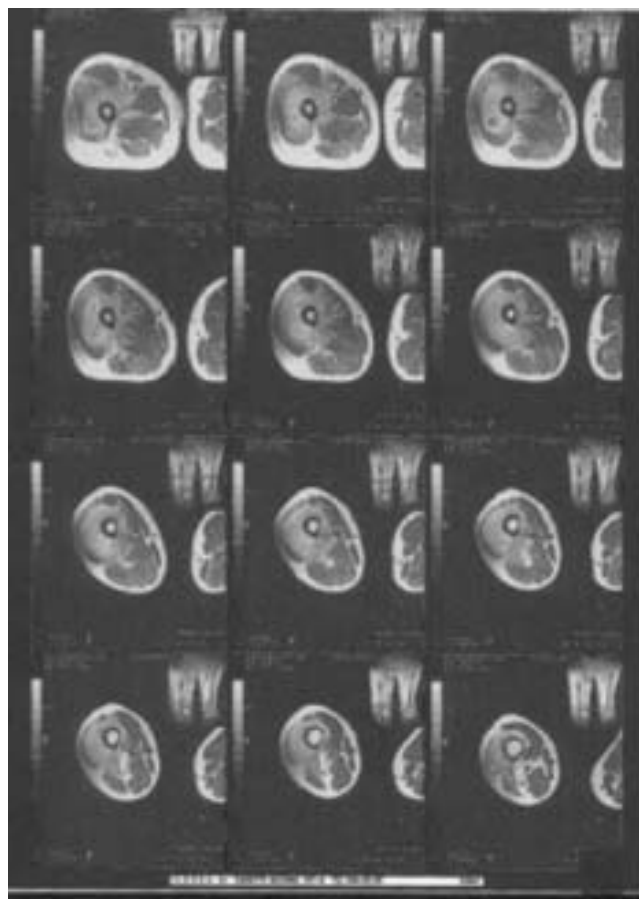


**Figura 2.** RMN en corte coronal observándose el absceso midiendo 2/3 del muslo derecho.

reportado incremento de piomiositis no tropical asociada al síndrome de inmunodeficiencia adquirida y de las complicaciones observadas se encuentran la sepsis cardiovascular, renal y pleuropulmonar, para el diagnóstico el estudio que muestra superioridad es la resonancia magnética nuclear, el tratamiento es en base al germen aislado, desbridación y cuando es necesario fasciotomía, el pronóstico generalmente es favorable.

### Caso clínico

Paciente masculino de 49 años de edad, con antecedente de alcoholismo, así como de haber sufrido caída de un caballo cuatro meses anteriores a su padecimiento actual sin lesión aparente, tres meses después sufre caída nuevamente, en una escalera de una altura aproximada de 50 cm. Sin referir contusión directa, un mes después presenta dolor de tipo opresivo y en ocasiones urente, en muslo derecho, de intensidad 5/10, e irradiado al talón derecho, el dolor aumenta de intensidad 10/10, tratado con antiinflamatorio no esteroideo (AINE), protectores neurales y relajantes musculares, con evolución tórpida agregándose dolor en rodilla derecha, aumento de volumen, y signos de cepillo, escape, Mc. Murray medial y cajón anterior +/++++, se realiza resonancia magnética nuclear (RMN) de rodilla derecha observándose plica



**Figura 3.** RMN en corte axial observándose el absceso intramuscular bien delimitado en el vasto externo derecho.

rotuliana, lesión meniscal medial en cuerno posterior y lesión parcial del ligamento cruzado anterior (LCA), RMN de columna lumbar normal, y potenciales evocados somatosensoriales de miembros inferiores con evidencia de radiculopatía aguda L3-L4 sin evidencia de axonopatía, exámenes de laboratorio normales, se realizó artroscopía con liberación de plica, regularización de la lesión meniscal y de la lesión de LCA, mejoría relativa del dolor, una semana después presenta nuevamente el dolor tratado con cóctel lítico sin mejoría y se agrega aumento de volumen del muslo derecho durante su hospitalización de 3 cm. De diferencia con respecto al contralateral, no fiebre o escalofríos, se realiza RMN de muslo derecho observándose absceso intramuscular en vasto externo del cuádriceps derecho, los exámenes de laboratorio: Biometría hemática: Leucocitos: 11.39, bandas 23%, neutrófilos 81.7, Hemoglobina: 14.4, Hematócrito: 44, Plaquetas: 440. Pruebas de funcionamiento hepático: Proteínas totales: 6.0, fosfatasa alcalina: 171, transaminasa glutámica oxalacética: 49, transaminasa glutámico pirúvica: 183, GGT: 379. HIV: Negativo. Se inicia Antibióticos parenterales a base de Augmentin 1g. cada 8 horas y Garamicina 160 mg. Cada 24 horas y se realiza desbridamiento del absceso observándose reacción perióstica en el transoperatorio, se tomó cultivo para



**Figura 4.** Rx. Ap. de fémur tomada un mes después de la cirugía observándose mínima reacción perióstica.



**Figura 5.** Rx. lateral de fémur un mes después de la cirugía observándose mínima reacción perióstica.

aerobios y anaerobios, realizándose tinción de Gram, el cultivo reportó peptostreptococo (*Figuras 1 a 5*).

El paciente cursó un postoperatorio sin dolor controlado con AINES, controles de Biometría hemática diario, con mejoría de la cuenta leucocitaria, dándose de alta 72 horas después, como complicación encontramos la osteomielitis por lo que se continuo el tratamiento con manejo parenteral ambulatorio domiciliario por 8 semanas con excelente evolución, y controles radiográficos mensuales, observándose la limitación de la reacción perióstica y 10 semanas después se encuentra asintomático.

## Discusión

El antecedente de traumatismo hacía unas semanas puede haber ocasionado la piomiositis, el dolor fluctuante, la ausencia de fiebre enmascarando el diagnóstico y la presentación inusual de la sintomatología en éste paciente, hizo difícil el mismo; el antecedente de alcoholismo ocasionando inmunosupresión como factor de riesgo, para microorganismos oportunistas ocasionaron la misma.

Concluimos que el diagnóstico oportuno de la piomiositis no tropical es de suma importancia en su pronóstico antes de causar una complicación severa, la resonancia magnética nuclear muestra superioridad en el diagnóstico de esta patología.

## Bibliografía

1. Ajao OG, Ajao AO. Tropical pyomyositis. *Int Surg* 1982 Oct-Dec. 67(4 Suppl): 414-6.
2. Baliabin AA, Kocherovest VI, Stolbovoi AV. Anaerobic non-clustrioidal soft-tissue infection. *Arkh Patol* 1983; 45(3): 12-8.
3. Gómez-Reyno JJ y cols. Non-tropical pyomyositis in adults. *Semin. Arthritis Rheum* 1994 Jan; 23(6): 396-405.
4. Jimenez-Mejias ME y cols. Primary pyomyositis in mild climates presentation of 2 new cases. *Rev Clin Esp* 1990; Feb: 186(3): 127-30.
5. Maestre Márquez H, Rodriguez Novo I. Tropical pyomyositis clinical study with a review of cases. *Rev Cubana Med Trop* 1983 May-Aug; 35(2): 193-201.
6. Ohira T, Watanabe Y, et al. A case report of pyomyositis early diagnosis and follow-up by MRI. *Rinsho Shinkeigaku* 1995 Jan; 35(6): 643-7.
7. Saig P, et al. Magnetic resonance imaging in adults presenting with severe acute infection cellulitis. *Arch Dermatol* 1994 Sep; 130(9): 1150-8.
8. Skoutelis A, et al. Non-tropical pyomyositis in adults report of four cases and literature review. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1993; Oct. 12(10): 769-72.
9. Tsirantonaki M, Michael P, Koufos C. Pyomyositis. *Clinic Rheumatol* 1998; 17(4): 333-4.
10. Tscherning T, Lausten GS, Thomsen HS. Pyomyositis. *Ugeskr Laeger* 1995 Mar 6; 157(10): 1356-7.
11. Wolf RF, Sprenger HG, Mooyaart EL, Tamsma JT. Non-tropical pyomyositis as a cause of subacute, multifocal myalgia in the acquired immunodeficiency syndrome. *Arthritis Rheum* 1990 Nov; 33(11): 1728-32.