

Piomiositis de los obturadores de la cadera

Reporte de un caso

Dr. Luis García González*, Dr. Andrés Rodríguez**, Dr. Francisco Linares***

Resumen

La miositis infecciosa es una patología de diagnóstico poco frecuente y la similitud existente en su forma de presentación con otras entidades puede conducir a retardo en la instauración de una terapéutica adecuada. Este es un reporte que ejemplifica este hecho. Se presenta el caso de una niña de 6 años con una piomiositis abscedada espontánea, producida por estafilococo dorado. El cuadro clínico y los exámenes paraclínicos realizados fueron contradictorios y la confirmación del diagnóstico fue posible sólo mediante estudio con resonancia magnética.

Introducción

La infección piógena del músculo es una entidad relativamente infrecuente, con predominio en su presentación en áreas tropicales^{2, 3, 12, 14} y se ha relacionado con factores predisponentes como malnutrición y otras formas de compromiso inmunológico¹¹, pero recientemente se ha reportado un número creciente de casos en pacientes previamente sanos y en zonas templadas^{4, 9}. El diagnóstico de la piomiositis representa un reto para el médico tratante por su capacidad de simular otras patologías infecciosas, tumorales y vasculares y exige un alto grado de sospecha clínica junto con la asociación de métodos imagenológicos de alta sensibilidad^{2, 14-16} para llegar rápidamente a un diagnóstico acertado y establecer el tratamiento correspondiente.

En las series reportadas, el germen predominante hasta en 95% es el estafilococo dorado, seguido por estreptococo, e. coli y h. influenzae^{11, 12}.

En la revisión limitada que se llevó a cabo no se encontró un reporte de compromiso de los obturadores de la cadera en la literatura nacional; sólo un artículo informa de una mujer de 17 años, embarazada con piomiositis del obturador interno² y los autores lo califican como el primero en la literatura mundial. Los sitios de más frecuente presentación son el cuádriceps y los glúteos⁴.

El tratamiento recomendado por todos los autores es la administración parenteral de antibióticos + drenaje de la colección purulenta sea mediante incisión abierta o drenaje cerrado guiado por imágenes^{6, 10, 12, 15}.

El resultado del tratamiento descrito de esta patología es la curación sin secuelas de la enfermedad^{7, 11}, excepto en piomiositis por estreptococo del grupo A cuya mortalidad alcanza hasta el 50%^{1, 8}.

Se presenta un caso de piomiositis en el que el diagnóstico definitivo fue dilatado por su localización profunda y cuadro clínico inespecífico que exigieron el empleo de medios imagenológicos

* Instructor II Departamento de Ortopedia y Traumatología. Hospital Universitario de San Ignacio. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Correspondencia: Hospital Universitario de San Ignacio. Carrera 7ª N° 40 - 62. Oficina 900. Bogotá. Colombia.

** Residente IV de Ortopedia y Traumatología. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.

*** Instructor II Departamento de Ortopedia y Traumatología. Hospital Universitario de San Ignacio. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.

Reporte del caso

Paciente de sexo femenino, de 6 años de edad, quien consulta al servicio de Urgencias por cuadro de 18 horas de evolución consistente en dolor en el muslo izquierdo, fiebre de 38°C, cefalea y limitación progresiva para la marcha. Sin antecedentes de importancia a excepción de otitis media tratada médicamente un año antes. A la revisión por sistemas: disuria el día del ingreso. Al examen físico: temperatura: 38,2°C, FC: 130x', hidratada, adenopatías cervicales dolorosas, tórax y abdomen normal. Dolor a la palpación en región inguinal izquierda que aumenta con movimientos de la cadera pero sin limitaciones, rehusando el apoyo por dolor. Se toma al ingreso un cuadro hemático (tabla 1) y Rx de caderas que son normales (fig. 1).

Tabla 1

Resultados de los hemogramas seriados tomados durante el tratamiento intra y extrahospitalario. La columna de la izquierda muestra el día de hospitalización en que fue tomado cada uno

Día	Hcto.	Hb.	GB	Gran. (%)	Linfo. (%)	Mono. (%)	VSG mm/H	PCR
1	37,4	13,1	17440	78,8	15,6	4,9	16	8,59
1	34,4	11,8	18500	75	17,8	5,9	25	-
6	37,5	12,8	8700	39,8	52,6	6,4	41	2,75
17	38,4	13,2	7560	41,5	49,7	4,8	37	0,4



Fig. 1: Rx de pelvis normales, tomados el primer día.

Con estos datos se hace impresión diagnóstica de artritis séptica de cadera izquierda.

Durante las primeras 6 horas hay mejoría clínica consistente en desaparición de la fiebre y disminución del dolor, por lo que se decide tomar nuevo cuadro hemático (tabla 1).

Ante el aumento de la leucocitosis y VSG, a pesar de la ausencia de signos clínicos se decide practicar punción bajo anestesia de la cadera de la que se obtiene líquido sinovial contaminado con sangre fresca. El extendido intraoperatorio es reportado negativo por lo cual no se hace artrotomía y se decide dejar en observación.

Al día siguiente se toma gamagrafía ósea que es reportada negativa para procesos inflamatorios o isquémicos en las tres fases.

La evolución clínica de la paciente es tórpida con episodios de dolor y deformidad en flexión + rotación externa de la cadera izquierda y picos febriles hasta 38,6°C, otros focos infecciosos son descartados por otros estudios paraclínicos.

Al 3° día de hospitalización se toma una resonancia magnética de las caderas que reporta un claro aumento del volumen del músculo obturador externo con signos sugestivos de necrosis en su área central, con compromiso del obturador interno y el pectíneo (fig. 2).

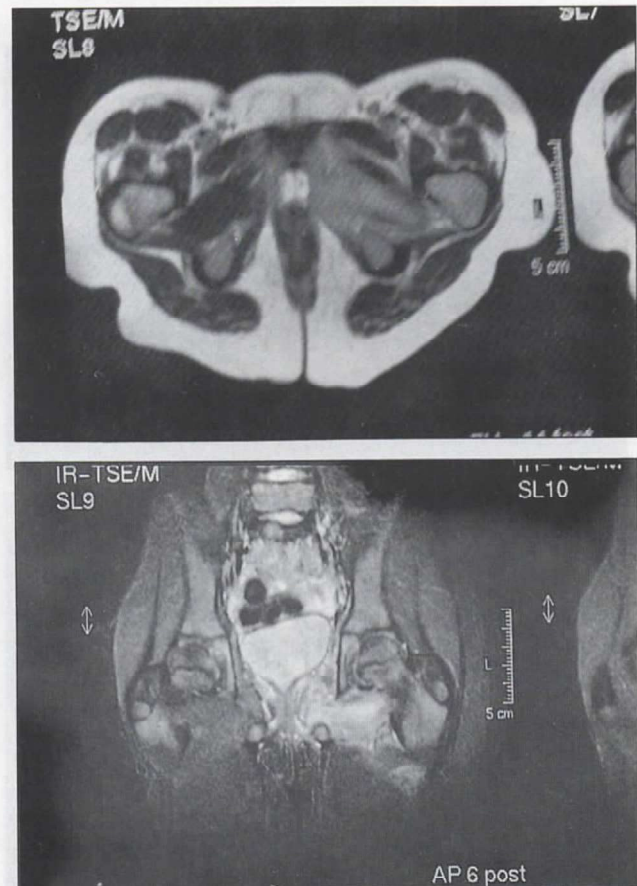


Fig. 2: Resonancia magnética tomada el día 3. Se observa aumento de intensidad de señal en el músculo obturador externo, el interno y el pectíneo izquierdos. Es evidente el aumento de tamaño del obturador externo.

Con esta información se hace Dx presuntivo de piomiositis de los obturadores y se inicia manejo antibiótico empírico con oxacilina 200 mg/Kg/día + ceftriaxona 100 mg/Kg/día intravenosos obteniéndose mejoría dramática en las primeras 24 horas. El único signo clínico persistente es deformidad en flexión + rotación externa de la cadera y dolor leve al apoyo. El hemograma de control al 6° muestra normalización de la fórmula diferencial (tabla 1).

Al 7° día de tratamiento antibiótico se toma resonancia de control que muestra posible abscesación del obturador externo, sin ser conclusiva (fig. 3). Por esto se decide practicar drenaje quirúrgico a través de un abordaje interno de la cadera (Ludloff). Se identifica aumento de volumen del músculo obturador externo y se obtiene drenaje de escaso material purulento (5 cc), después de lavado + toma de muestras se afronta la herida. El cultivo intraoperatorio reporta un estafilococo dorado sensible a la terapia antibiótica administrada y la biopsia reporta un infiltrado focal de PMN y tejido necrótico músculo (fig. 4).

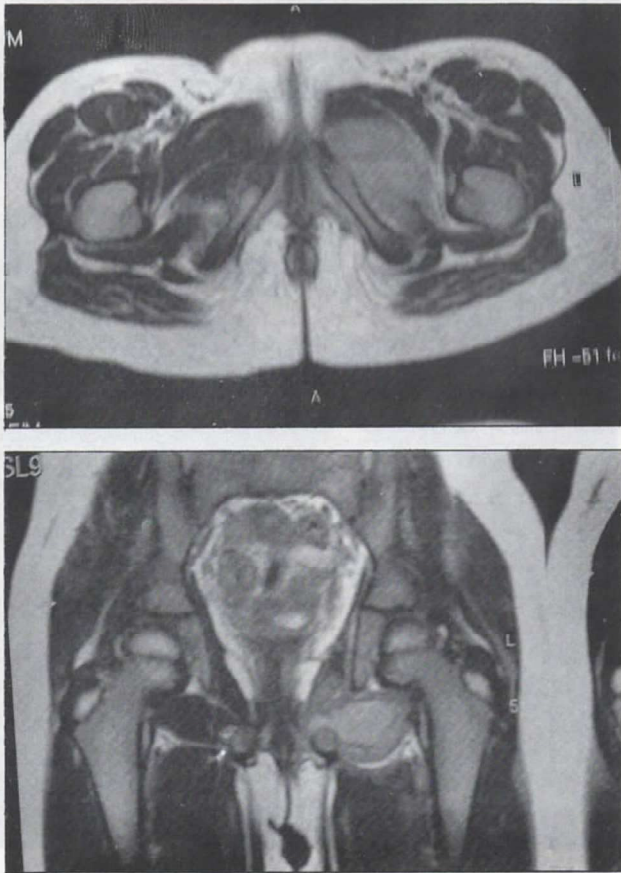


Fig. 3: Resonancia de control. Se insinúa un nivel dentro del obturador externo y se define una posible pared, esto sugiere formación de absceso maduro.

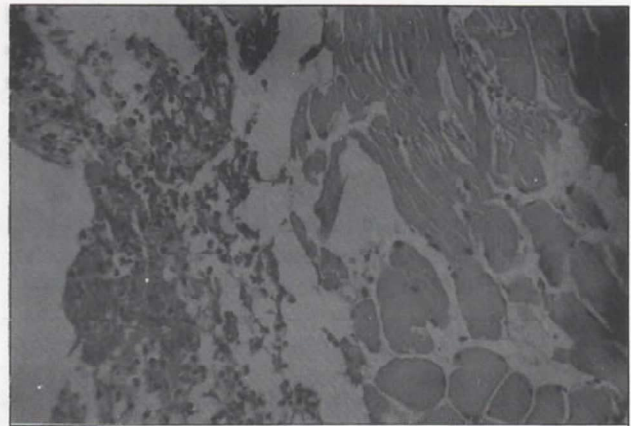
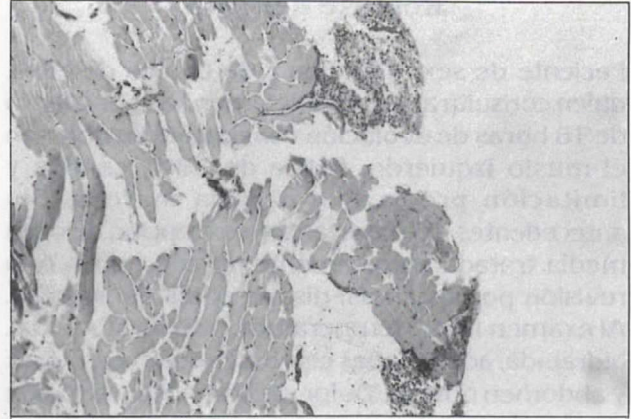


Fig. 4: Corte de histopatología tomado de muestra del obturador externo en cirugía. Se observa abundante infiltrado de polimorfonucleares y áreas de necrosis muscular. (Coloración de hematoxilina - eosina a 100x).

La evolución postoperatoria es satisfactoria con resolución progresiva de la deformidad en flexión de la cadera izquierda, apoyo sin dolor y normalización del hemograma (tabla 1). La paciente es dada de alta al 12° día, continúa tratamiento con dicloxacilina v.o. hasta completar 21 días.

Discusión

Esta enfermedad fue descrita por Scriba en 1885, desde entonces se han descrito muchos reportes de casos en las regiones tropicales y sólo hasta 1971 fue descrita en la población norteamericana por Levine, sin embargo, la literatura más reciente no muestra claramente una distribución tan selectiva de esta enfermedad en los trópicos⁷.

La etiología, mas no los factores predisponentes de las enfermedades infecciosas permanecen

sin dilucidar. Sin embargo, la lesión previa de la musculatura parece ser el principal prerrequisito para el desarrollo de la piomiositis², aunque es cierto que esta entidad es rara, no lo son las lesiones o traumas musculares, esto hace pensar que la asociación entre estos dos eventos es fruto solamente de una mayor incidencia de trauma muscular en la población general y no de relación causa-efecto. Este análisis se complementa con los reportes de Boeck³, Birkbeck² y este mismo en donde no fue posible documentar un antecedente claro previo a la aparición de los síntomas en el área afectada. Por otra parte, se encuentran reportes de presentación creciente en pacientes con sida¹².

El evento clínico más reconocido dentro de las afecciones pélvicas es el absceso del psoas, pero los sitios de mayor frecuencia de presentación de la piomiositis son el cuádriceps y el glúteo^{4, 6}. Es una entidad que presenta un gran compromiso sistémico del paciente aunque el compromiso del obturador interno y del piriforme son menos floridos en su presentación clínica. Simons clarifica esta situación, planteando la diferencia anatómica y funcional de los espacios retroperitoneal y retrofascial, lo que explica la presentación insidiosa del cuadro clínico de nuestra paciente en donde no existía un deterioro marcado del estado general¹³.

La piomiositis, es claro, tiene una presentación confusa y existe reportes en donde incluso entra en una gama de patologías productoras de gas en compañía de entidades como la fascitis necrotizante. Dentro de la clínica hay tres fases con características clínicas y paraclínicas distintas; la primera, definida como fase invasiva con un desarrollo insidioso, dolor inespecífico de las áreas afectadas, eritema y edema local duro en donde la aspiración no tiene ningún papel. La segunda fase consiste en exacerbación cíclica de los síntomas durante las tres semanas siguientes, en donde la producción de pus se hace evidente y la punción recupera su validez como arma diagnóstica. La tercera fase consiste en un dolor exquisito, y fiebre fluctuantes con bacteremia y cultivos positivos sólo en 5% de los casos^{2, 10, 12}.

Los pacientes con dolor inespecífico, persistente, en donde se han descartado patologías como artritis séptica, osteomielitis e incluso patología tumoral deben tener estudios de imágenes como el ultrasonido con alta sensibilidad pero con una mala definición del compromiso óseo por lo que se recomienda el uso del TAC y de la reso-

nancia magnética que dan la localización anatómica, la extensión intraestructural clara que define la vía quirúrgica óptima para el drenaje abierto de la lesión y la toma de muestras para cultivo y patología con la subsiguiente remisión rápidamente progresiva de la sintomatología^{15, 16}.

Desde el punto de vista paraclínico la vsG es la prueba de mayor ayuda para el médico ya que está presente en la mayoría de los pacientes, así como el conteo de células blancas que está aumentado en el 66% de los pacientes⁷.

El diagnóstico de la piomiositis requiere un alto índice de sospecha, esto, en razón de la frecuente ausencia de signos clínicos específicos además de la superposición de éstos con los de otras patologías más frecuentes de tipo infeccioso, neoplásico y vascular. Se ha presentado el caso de una paciente en quien el cuadro clínico inicial sugería una artritis séptica de la cadera, se siguió el protocolo usual de diagnóstico llegando a descartarla, sin tener una segunda patología que explicara el cuadro. Es de anotar que el resultado de la gamagrafía ósea fue negativo aun en sus fases de perfusión y tisular, esto está de acuerdo con lo publicado, dejando a la medicina nuclear como un método diagnóstico poco sensible para esta enfermedad¹¹. Por el contrario, la resonancia magnética demostró claramente una infiltración de los músculos comprometidos, que correlacionada con el cuadro clínico infeccioso, llevó al diagnóstico sin mayor dilación.

Es nuestro interés llamar la atención hacia esta entidad para lograr que casos como el descrito en este reporte sufran demora innecesaria en el diagnóstico para obtener tratamiento dirigido precoz que en algunos puede evitar procedimientos quirúrgicos, acortar la estancia hospitalaria y disminuir las complicaciones.

Bibliografía

1. **Allen CP:** Streptococcal myonecrosis: Survival by agresive surgical management. (Abstract) Aust NZJ Surg, 1994 Mar, 64: 3, 194-6.
2. **Birkbeck D; Watson JT.** Obturator internus pyomyositis. A case report. Clin Orthop. 1995 Jul, 316, 221-26.
3. **Boeck HD; Noppen L; Desprechins B.** Pyomyositis of the adductor muscles mimicking an infection of the hip. Diagnosis by magnetic Resonance imaging: A case report. J of Bone and Joint Surg. 1994 May, 76A:5, 747-50.
4. **Chiedozi LC:** Pyomyositis: Review of 205 cases in 112 patients. Am J Surg 1979. 137: 255-59.

5. **Gilio AE; Pahl MM; Barbosa RB; Henriques CL; Ejzenberg B; Okay Y.** Primary psoas abscess in a child. Case report and review of the literature. (Abstract) Rev Ost Clin Fac Med Sao Paulo, 1997 Sep, 52:5,267-70.

6. **Gupta S; Suri S; Gulatti M; Sing P.** Iliopsoas abscesses: Percutaneous drainage under image guidance. (Abstract) Clin Radiol, 1997 Sep, 52:9, 704-7.

7. **Hall RL; Callahan JJ; Moloney E; Martinez S; Harrelson JM.** Pyomyositis in a temperate climate. Presentation, diagnosis and treatment. J of Bone and Joint Surg, 1990 Sep, 72A:8, 1240-44.

8. **Hansmann Y; Christman D.** Group A Streptococcus Pyomyositis. (Abstract) Presse Med, 1998 Jan 24, 27:3, 110-2.

9. **Liew KL; Choong CS; Liu TN et al.** Pyomyositis in childhood: a case report. (Abstract) Chung Wha I Hsueh Tsa Chiih (taipei), 1998 Aug, 61:8, 488-91.

10. **Mills WJ; Swiontkowski MF.** Fatal group A streptococcal infection with toxic shock syndrome: Complicating minor orthopaedic trauma. J Orthop Trauma, 1996 Apr, 10:3, 149-55.

11. **Patel SR; Oleginski TP; Perruquet JL; Harrington TM.** Pyomyositis: Clinical features and predisposing conditions. J Rheumatol, 1997 Sep, 24:9, 1734-8.

12. **Rodgers WB; Jotlowski ML; Mintzer CM.** Pyomyositis in patients who have the Human Immunodeficiency virus. A case report and review of the literature. J of Bone and Joint Surg, 1993 Apr, 75A:4, 588-92.

13. **Simons GW; Sty JR; Starshack RJ.** Retrperitoneal and retrofascial abscesses: A review. J of Bone and Joint Surg, 1985, 65A:1041-58.

14. **Terra L; Pellicano S; Milano M.** Tropical pyomyositis. A case report. (Abstract) Minerva Med, 1997 Dec, 88:12, 533-5.

15. **Wu TL, Huang Ch, Awang DY, Lai JH, Su RY.** Primary pyogenic abscess of the psoas muscle. Int Orthop, 1998, 22:1, 41-3.

16. **Wysoki MG; Angeid Bachman E; Izes BA.** Iliopsoas myositis mimicking appendicitis: MRI diagnosis. (Abstract) Skeletal Radiol 1997 May, 26:5, 316-8.

Bibliografía

1. Allen CR. Streptococcal myonecrosis. Survival by aggressive surgical management. (Abstract) Aust N Z J Surg, 1994; 64: 2, 104-8.

2. Blacklock D; Weston JT. Distal femoral infection. Pyomyositis. A case report. Clin Orthop, 1995 Jul, 316, 231-36.

3. Boock FA; Poppen L; Dargatzis E. Pyomyositis of the adductor muscles resulting in infection of the hip. Diagnosis by magnetic Resonance Imaging. A case report. J of Bone and Joint Surg, 1994 May, 76A: 5, 747-50.

4. Chishti AG. Pyomyositis: Review of 208 cases in 113 patients. Am J Surg 1978; 137:325-50.

La piomiositis es una infección que se caracteriza por la presencia de abscesos múltiples en los músculos de la cadera y la pelvis. Se trata de una entidad que presenta un gran compromiso sistémico del paciente aunque el compromiso del obturador interno y del piriforme son menos frecuentes en su presentación clínica. Síntomas clínicos como fiebre, dolor, edema local, eritema y función normal de los espacios articulares y retrofascial, lo que explica la presentación infrecuente del cuadro clínico de nuestra paciente en donde no existe un deterioro marcado del estado general.

La piomiositis es una infección que se caracteriza por la presencia de abscesos múltiples en los músculos de la cadera y la pelvis. Se trata de una entidad que presenta un gran compromiso sistémico del paciente aunque el compromiso del obturador interno y del piriforme son menos frecuentes en su presentación clínica. Síntomas clínicos como fiebre, dolor, edema local, eritema y función normal de los espacios articulares y retrofascial, lo que explica la presentación infrecuente del cuadro clínico de nuestra paciente en donde no existe un deterioro marcado del estado general.

Las pacientes con dolor musculoesquelético persistente en donde se han descartado patologías como artritis séptica, osteomielitis e incluso patología tumoral deben tener estudios de imagen res como el ultrasonido con alta sensibilidad pero con una mala definición del compromiso óseo por lo que se recomienda el uso del TAC y de la reso-