

---

# Historia Clínica

---

SECCIÓN A CARGO DE ELIZABETH SAPIA<sup>a</sup>

## Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez”

MARÍA LUJÁN GÓMEZ<sup>b</sup>, FEDERICO D’ ANTONIO<sup>c</sup>, MARÍA DE LA PAZ JAUREGUIZAR<sup>d</sup>

---

### Datos personales

- Nombre y apellido: M.E.
- Edad: 8 años y 10 meses.
- Sexo: Masculino.
- Fecha de ingreso: 14/03/13.
- Procedencia: Ingeniero Budge, Buenos Aires.

### Motivo de consulta

Impotencia funcional de miembro inferior derecho.

### Motivo de internación

Celulitis de cara y piomiositis en muslo derecho.

### Enfermedad actual

Paciente de 8 años de edad, con antecedente de forunculosis en familiares convivientes, que comienza con un forúnculo en la nariz y celulitis de región posterior de muslo izquierdo de una semana de evolución. Consulta al departamento de urgencia de este hospital y con diagnóstico de celulitis inicia tratamiento ambulatorio con trimetoprima-sulfametoxazol (TMS) a 10 mg/kg/día vía oral.

Presenta mala evolución, comienza con dolor en la región anterior del muslo derecho, se realiza ecografía de partes blandas informándose “imagen de contenido particulado tubular paralela a las fibras musculares en tercio medio del músculo crural compatible con colección hemática”. Interpretándose como hematoma intramuscular en el contexto de un antecedente traumático que había presentado dos semanas antes jugando con la pelota, se indica reposo y continuar con igual antibiótico de tratamiento ambulatorio.

Al quinto día del tratamiento, habiendo permanecido afebril durante toda la evolución, presenta impotencia funcional de miembro inferior derecho. Se repite ecografía de muslo, observándose la imagen detectada anteriormente, a nivel del músculo crural derecho y el área indurada de la mejilla muestra

aumento del espesor y ecogenicidad del tejido celular subcutáneo (celulitis). Con probable sobreinfección de las lesiones de piomiositis, se decide su internación en este hospital para completar diagnóstico y tratamiento.

### Antecedentes personales

- Alimentación actual: dieta general.
- Vacunas: completas según calendario.
- Desarrollo neuromadurativo acorde a la edad.

### Antecedentes patológicos

- Nacido pretérmino (30 semanas)/BPEG (<1000 mg). Embarazo controlado. Permaneció internado en neonatología con diagnóstico de ductus arterioso persistente que luego cerró espontáneamente.
- Paciente asmático, con antecedente de tres internaciones previas por crisis asmáticas, sin requerimiento de cuidados en unidad de terapia intensiva pediátrica (UTIP). Antecedentes familiares de asma. Sin tratamiento preventivo con corticoides inhalados.
- En seguimiento por neurocirugía de este hospital hasta los 5 años de edad por dilatación de ventrículos laterales, que no requirió intervención quirúrgica.
- Comunicación interauricular tipo *ostium secundum* resuelta (ecocardiograma de control en febrero de 2013 dentro de límites normales).

### Examen físico al ingreso a la Unidad de Clínica

Paciente en regular estado general, febril (37°8), en suficiencia cardiorrespiratoria.

Signos vitales: Frecuencia cardíaca: 96

---

a. Médica de planta Unidad 8 Clínica pediátrica Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez”.

b. Residente de Clínica Pediátrica de 2<sup>do</sup> año.

c. Residente de Clínica Pediátrica de 1<sup>er</sup> año.

d. Jefe de Residentes de Clínica Pediátrica.

por minuto. Frecuencia respiratoria: 18 por minuto. Tensión arterial: 100/70 mmHg.

Soplo sistólico 2/6 en mesocardio sin irradiación.

Buena mecánica ventilatoria, con entrada de aire bilateral y simétrica. Saturación 99% aire ambiental.

Abdomen blando, depresible, indoloro. Sin visceromegalias

Examen neurológico normal.

En la cara presenta una lesión indurada eritematosa de 3 cm aproximadamente, dolorosa, con edema periférico en mejilla derecha que se extiende hacia ala derecha de la nariz. Edema de labio superior. Mucositis con supuración en cara interna de mejilla (drenaje de la lesión antes descripta).

Adenopatía submaxilar satélite dolorosa de 2 x 1 cm.

Lesión cicatrizal de forúnculo en región posterior de muslo.

Dolor a la palpación de cara anterior y posterior del muslo derecho, que impide la deambulación. Se detecta una tumoración dolorosa a la palpación profunda en cara anterior de dicho muslo con límites poco definidos.

Resto del examen físico normal.

#### Exámenes complementarios solicitados

- **Hemograma:** Glóbulos blancos (GB) 12.200/mm<sup>3</sup> Cayados (C): 2%, Neutrófilos (N): 78%, Eosinófilos (E): 3%, Linfocitos (L): 11%, Monocitos (M): 6%, Hemoglobina (Hb): 11,6 gr/dl, Hematocrito (Hto) 33,5%, plaquetas: 253.000 (Leucocitosis con desviación a la izquierda).
- **Eritrosedimentación:** 100 mm/h (elevada).
- **CPK:** 54 U/l (normal) LDH: 188 U/L (normal).
- **Proteína C Reactiva (PCR):** 79,41 mg/L (elevada).
- **Hemocultivos (HMC)** x 2 negativos.
- **Cultivo de material purulento:** *Staphylococcus aureus* meticilino resistente.

#### Tomografía computada (TAC) con contraste de ambos muslos

Se observa una colección de aproximadamente 3.6 cm de diámetro caudal, 2.6 cm de diámetro transverso y 0.6 cm de diámetro anteroposterior en el espesor del músculo vasto medial del muslo derecho, compatible con colección de tipo inflamatoria (Figuras 1 A y 1 B) y, se reconoce, otra de similares características en el espesor del músculo semitendinoso

izquierdo y mide aproximadamente 5.8 cm de diámetro cefalo caudal, 2 cm de diámetro anteroposterior y 2 cm de diámetro transverso (Figuras 2 A y 2 B).

#### Tratamiento

- Clindamicina 40 mg/kg/día endovenosa.
- Morfina 0,1 mg/kg/dosis cada 4 horas vía oral.
- Dipirona 10 mg/kg/dosis cada 6 horas.
- Ranitidina 3 mg/kg/día.
- Lactulosa.

#### Planteos diagnósticos

- Celulitis de cara.

Figura 1.A

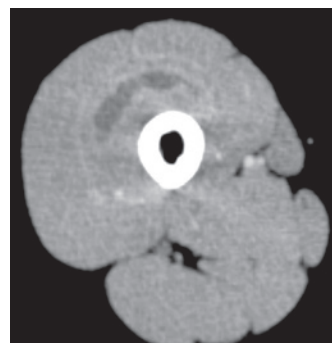
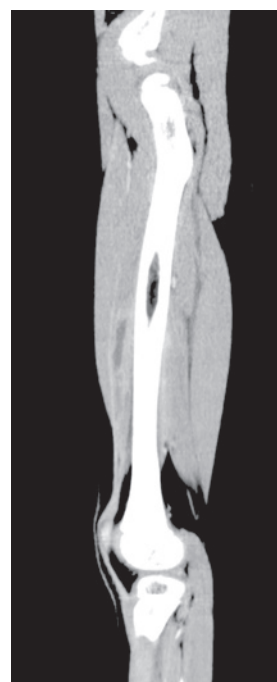
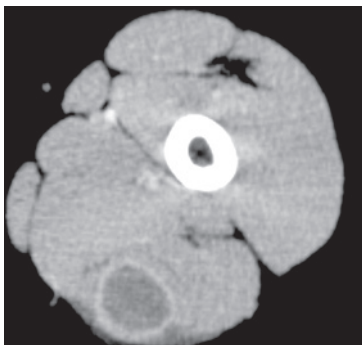


Figura 1.B



**Figura 2.A**



**Figura 2.B**



- Tumoración en muslo derecho más impotencia funcional:
  - Lesiones cutáneas: celulitis.
  - Lesiones musculares: piomiositis, hematoma, rotura fibrilar, contusión muscular.
  - Lesiones articulares u óseas: artritis séptica, osteomielitis.
  - Lesiones vasculares: tromboflebitis, trombosis venosa profunda.
  - Lesiones tumorales: sarcoma de partes blandas.

#### **Evolución clínica durante la internación**

El paciente ingresa febril, con leucocitosis y reactantes de fase aguda elevados, se efectúan dos HMC (resultado negativo) e inicia tratamiento antibiótico con clindamicina por vía parenteral cubriendo foco infeccioso de piel y partes blandas. Se realiza TAC de ambos muslos que evidencia colecciones hipodensas con refuerzo de contraste periférico compatibles con abscesos en región anterior de cuádriceps derecho y en zona posterior de cuádriceps izquierdo.

Ingresa a quirófano para punción de ambas colecciones, se envía material purulento

para cultivo, obteniéndose rescate de *Staphylococcus aureus* sensible a TMS, clindamicina, gentamicina y resistente a cefalotina/meticilina; por lo que continuó con igual tratamiento antibiótico. Debido a la persistencia de las lesiones se realizó nueva intervención quirúrgica con drenaje de la zona correspondiente al muslo izquierdo. Del último procedimiento se rescató *Staphylococcus aureus* con igual perfil de sensibilidad antibiótica.

Recibió siete días totales de clindamicina endovenosa a 40 mg/kg/día, luego se rota esquema antibiótico a TMS 10 mg/kg/día endovenosa durante 6 días por persistencia de abscesos e interconsulta con infectología.

Continuó luego con tratamiento con TMS a 10 mg/kg/día vía oral.

Con evolución favorable, permaneció afebril desde las 48 hs posteriores al ingreso, con adecuado control del dolor y mejoría de la inflamación local. Al egreso, la lesión en cara se encontraba en proceso de cicatrización y las lesiones en ambos muslos francamente mejoradas, con dolor e induración mínimas y ecografía de partes blandas de control posterior al drenaje dentro de límites normales.

La respuesta clínica favorable se acompañó de mejoría de los valores de laboratorio: GB 9.300/mm<sup>3</sup> (NC: 2%, NS: 46%, E: 10%, L: 36%, M: 8%), Hb: 11,6. plaquetas: 357.000 y PCR 36 mg/L, por lo que se otorgó el egreso hospitalario con tratamiento vía oral con TMS.

Se indicó tratamiento de desconjolización a todo el grupo familiar con mupirocina y baños con clorhexidina.

#### **Diagnóstico al egreso**

Celulitis de cara y piomiositis de cara anterior y posterior de muslo que requirió drenaje quirúrgico bilateral con aislamiento de *Staphylococcus aureus* metilino resistente (SAMR).

#### **Comentario**

La piomiositis es una infección infrecuente y potencialmente grave, que afecta los músculos esqueléticos. La patogénesis no se conoce con exactitud. Se ha propuesto que es necesario el trauma muscular previo para su desarrollo. Así, el 25-50% de los afectados refieren antecedentes de traumatismo local en la zona donde posteriormente se desarrolla el absceso. Se cree que la coincidencia de la lesión focal con una bacteriemia transitoria asintomática facilitaría el asentamiento de los gérmenes en el tejido previamente

dañado, como es el caso de nuestro paciente. En cuanto a la etiología, *Staphylococcus aureus* es el agente más frecuentemente implicado, *Streptococcus pyogenes* ocupa el segundo lugar.

Existen tres estadios en su evolución: fase invasiva, que corresponde a la invasión del músculo por el agente microbiano, en la que se produce una miositis edematosa sin formación de absceso. Clínicamente, se caracteriza por dolor punzante de inicio insidioso que sólo a veces se acompaña de fiebre. Para el diagnóstico en este estadio se requiere alta sospecha. La fase supurativa corresponde a aquellos casos en los que ya se ha formado una colección purulenta en el músculo. La fiebre, los escalofríos y el mal estado general son frecuentes en este estadio. Pueden aparecer signos inflamatorios macroscópicos, aunque en el caso de nuestro paciente éstos fueron mínimos.

La evolución a la imagen clásica de induración de la piel y del tejido suprayacente coincide en la mayor parte de los casos con la evolución a la tercera fase o fase de complicaciones musculares y extramusculares; éstas pueden evolucionar a shock séptico, es más frecuente que se vean afectados músculos de gran tamaño, y es el muslo la localización más frecuente.

Es una patología de difícil diagnóstico para el cual debemos realizar imágenes y estudios de laboratorio, aunque estos últimos pueden ser inespecíficos. Ante la fuerte sospecha clí-

nica, la ecografía debe ser el primer estudio a realizar; teniendo en cuenta que en la misma no se aprecian muchos de los cambios iniciales, la resonancia magnética (RM) aparece como el mejor estudio por imágenes en las formas precoces de piomiositis.

### Agradecimientos

Dra. Sabrina Millán, médica de planta servicio Diagnóstico Médico Argus Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez".

Unidad 8, Clínica Pediátrica del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez".

### Bibliografía

1. Gubbay A, Issacs MD. Pyomyositis in children. *Pediatr Infect Dis J.* 2000; 19:1009-13.
2. Christin L, Sarosi GA. Pyomyositis in North America: Case reports and review. *Clin Infect Dis.* 1992; 15:668-77.
3. Romeo S, Sunshine S. Pyomyositis in a 5-year-old child. *Arch Fam Med.* 2000; 9: 653-7.
4. Hueng-Chuen F, Wen-Tsung L, Mong-Ling C. Clinical characteristics of staphylococcal pyomyositis. *J Microbiol Immunol Infect.* 2002; 35:121-4.
5. López-Menchero JC, Crespo D, Vázquez P, Marañón R. Piomiositis tropical. *An Pediatr (Barc).* 2005; 62:118-9.
6. Méndez A, Baquero F, Velázquez R. Piomiositis paravertebral resuelta con tratamiento antibiótico exclusivo. *An pediatr (Barc).* 2004; 60:597-8.
7. Fridkin S, Hagerman J. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* disease in three communities. *N Engl J Med.* 2005; 352: 1436-44.