

PIOMIOSITIS POR NEUMOCOCO EN NIÑOS

Dra Keira León*
Dr. Maite Reyna*
Dr. Kenneth Gibson**

Resumen

Debido a su rareza se reporta un caso de piomiositis por neumococo en niños.

Palabras clave

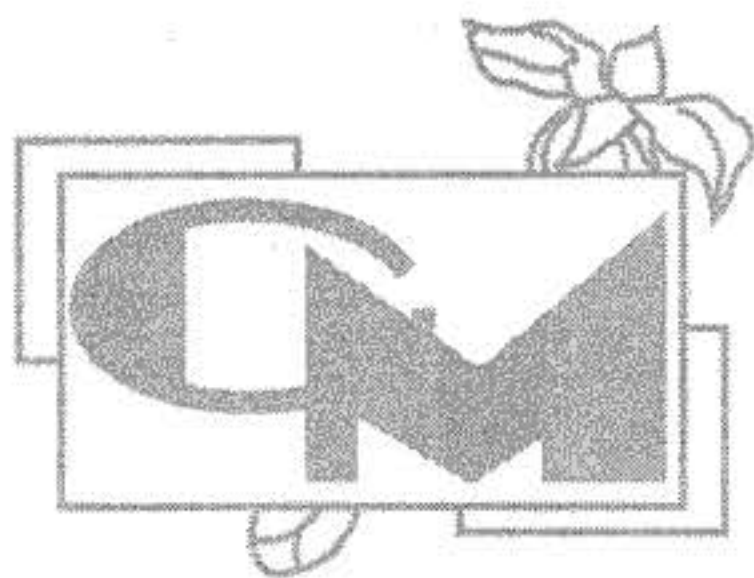
Piomiositis. Neumococo.

Abstract

Due to its rarity, a report is made one case of piomiositis in children.

Key words

Neumococcal. Pyomyositis.



* Pediatra del Centro Médico de Caracas
** Pediatra Infectólogo del Centro Médico de Caracas.

Introducción

Tomando en cuenta los pocos reportes de Piomiositis en niños sin antecedente traumático ni puerta de entrada en piel señalados en la literatura y por no existir documentación de casos por NEUMOCOCO, se presenta una revisión en relación a un lactante estudiado en el Centro Médico de Caracas, en quien se aisló este germen en secreción y hemocultivo. Se debe considerar la piomiositis entre los diagnósticos diferenciales de todo niño con cojera, siendo el neumococo uno de los agentes causales de esta entidad.

Caso clínico

Nombre: R.F. • Edad: 23 Meses • Fecha de ingreso: 04/07/97 • Fecha de egreso: 10/07/97.

Enfermedad actual:

Lactante mayor masculino de 23 meses de edad, cuya madre refiere inicia enfermedad actual 8 días antes de su ingreso cuando presenta dolor abdominal irradiado a miembro inferior izquierdo, asociándose posteriormente fiebre cuantificada en 38 - 38.8° C. por lo que acude a facultativo, quien indica Seenidazol. Persistiendo el dolor en miembro inferior además de limitación funcional, motivo por el cual acude a este centro decidiéndose su ingreso para evaluación y tratamiento con Idx: artritis séptica de cadera a descartar.

Antecedentes personales:

Producto de II G. embarazo controlado simple a término. Obtenido por cesárea por distocia de dilatación. PAN: 3350 gr. TAN: 47 cm.

Inmunizaciones completas. Niega infección días antes de enfermedad actual. Roncador nocturno asociado a cuadros gripales.

Niega traumatismo o inyecciones previas en área afectada.

Examen físico:

Peso: 12,500 Kg FR: 20x • FC: 105x • Temp: 38.8°C

Buenas condiciones generales, febril. Palidez cutáneo-mucosa moderada. Conductos auditivos externos eritematosos. Pinorrea posterior amarillenta. Faringe congestiva. Mucosa húmeda. Saliva filante. Tórax: expansibilidad conservada. Ruidos respiratorios presentes con roncus en ambos hemitórax. Abdomen: blando, deprimible, levemente doloroso a la palpación profunda, no visceromegalias. Miembro semiflexión y rotación externa de miembros, no signos de flogosis. Dolor a la movilización de ambas articulaciones coxo-femorales a predominio izquierdo con limitación funcional. Neurológico: conservado.

Tratamiento y evolución

Se intenta estudio por imágenes (Resonancia Magnética) resultando imposible por posición antálgica del paciente. Se indica Cefuroxime (150 mg/kg/día) vía endovenoso.

Se realiza exploración quirúrgica (05/07/97) evidenciándose COLECCION PURULENTA EN REGION GLUTEA IZQUIERDA. La cual se drena y se toma muestra para cultivo que reporta NEUMOCOCO SENSIBLE A CEFUROXIMA, recibiendo tratamiento endovenoso por 5 días.

El resultado del hemocultivo tomado del ingreso reporta el mismo germen con igual sensibilidad.

Se realiza estudio ecográfico control postquirúrgico el día 7/7/97 sin evidencia de alteración.

Egresó con tratamiento ambulatorio en fecha 10/07/97

centro médico

Piomiositis por neumococo en niños

(Cefuroxime vía oral: 75 mgs /kg/día) con diagnóstico:

Piomiositis en glúteo izquierdo por neumococo.

El paciente evoluciona satisfactoriamente, recibiendo además fisioterapia con seguimiento durante 4 meses.

LABORATORIO:

	04/07/97	07/07/97	10/07/97
Hemoglobina (gr/dl)	11,4	9,3	10
Leucocitos	32.900	16.200	23.900
Segmentados (%)	79	32	44
Eosinófilos (%)	3	4	4
Linfocitos (%)	21	59	45
Plaquetas	795.000	920.000	1.077.000
PCR(mg/dl)	17,5	13,1	
RA test	1/80		
ASTO	100		
VSG(mmen1°h)	32		

Discusión

Por definición, la piomiositis es una infección primaria del músculo esquelético que se acompaña regularmente de formación de absceso a ese nivel (1). Es una causa poco común de dolor muscular en niños y adolescentes, por lo que frecuentemente es subdiagnosticada (2).

La incidencia anual es de 3-5 casos por 1.000.000 de niños, con una relación a predominio del sexo femenino 3:2. El inicio es insidioso, pero pueden darse presentaciones fulminantes en pacientes inmunosuprimidos como los portadores de HIV, varicela (3), diabetes mellitus insulino dependiente, anemia drepanocítica (4), etc.

En la mayoría de los casos reportados en la literatura, el *Stafilococcus aureus* (5) es el agente causal más frecuente, sobre todo posterior a traumatismos (6), puerta de entrada con objetos punzopenetrantes (7), aplicación de inyecciones, ejercicio vigoroso (8) o infecciones primarias de la piel. En segundo lugar encontramos el *Streptococcus B* hemolítico del grupo A (9), con antecedentes de infección respiratoria reportado en el 65% de los casos (8), como se presentó nuestro paciente. Otros gérmenes relacionados con menos frecuencia son los anaerobios como: *Peptoestreptococcus sp*, *Streptococcus pyogenes* y *E. coli* (10).

En el niño, la sensibilidad muscular puede no estar presente; en algunos casos hay malestar articular (observado en este paciente), asociándose debilidad, dolor a la movilización o posición antálgica con características cutáneas ausentes.

Los hallazgos de laboratorio son variables, puede presentarse con leucocitosis y eritrosedimentación elevada, aunque su ausencia no descarta el diagnóstico (11). La tomografía computarizada y la resonancia magnética nuclear son estudios por imágenes que ayuda a detectar localización y cambios sucedidos (4).

La debridación quirúrgica y el drenaje del absceso se realiza en la mayoría de los pacientes así como en el caso presentado, y reciben tratamiento entre 4 y 6 semanas sin presentar complicaciones (2,5).

En conclusión, esta es una enfermedad de presentación

vaga, lo cual puede representar un obstáculo para el tratamiento apropiado si no se sospecha su presencia. Se debe hacer diagnóstico diferencial con artritis séptica, distrofia muscular o dermatomiositis.

Referencias bibliográficas

1. Akinen I, Astror B, Varme BK, Keenen G. Pyomyositis: report of three patients and review of the literature. *Clin Pediatr Phila.* 35(S): 397- 401.1996.
2. Lee SS, Cjao EK, Chen CM, Veng SN. Staphylococcal pyomyositis. *Cheng Keng J Hsueh.*; 19 (3): 241-7, 1996.
3. Ansaloni L. Tropical pyomyositis. *World J Surg.* 20(5): 613-7, 1996.
4. Gordon BA, Martinez S, Collins AJ. Pyomyositis, characteristics al CT and MR imaging. *Radiology.*; 197 (1): 279-86, 1995.
5. Lee 55, Chao EK, Che CY, Veng SN. Staphylococcal pyomyositis. *Chang Keng J Hsueh.* 19(3): 241-6, 1996.
6. Martinez FR, Mendiola I. Clinical stage, age and treatment in tropical pyomyositis a retrospective study including forty cases. *Arch Med Res.* 27(2): 165-70, 1996.
7. Jayoussi R, Bialik V, Eyal A, Shehede N. Pyomyositis caused by vigorous exercise in a boy. *Acta Pediatr.* 84(2): 226-7, 1995.
8. Wolf MW, Beneth JT. Pyomyositis with toxic shock syndrome presenting as back pain and fever; a case report and literature review. *Am J Orthop.* 26(2):135-7, 1997.
9. Achi C, Aluried A, Ramilo O. Bacterial complications of primary varicella in children. *Clin Infect Dis.* 23 (4): 698-705, 1996.

