



Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Reumatología Clínica en imágenes

Artritis séptica como forma de inicio de una piomiositis

Pyomyositis presenting as septic arthritis

Anahy M. Brandy-García^{a,*}, Daniel Clemente Garulo^b y Juan Carlos López Robledillo^b

^a Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

^b Servicio de Reumatología Pediátrica, Hospital Universitario Niño Jesús, Madrid, España



INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de enero de 2018

Aceptado el 7 de febrero de 2018

On-line el 17 de marzo de 2018

La piomiositis es una infección bacteriana aguda del músculo estriado acompañada ocasionalmente de la formación de abscesos¹ no secundaria a infección contigua de la piel o hueso y su asociación con la artritis séptica es excepcional.

Presentamos el caso de un niño de 2 años sin antecedentes médicos de interés que acude por gonalgia izquierda con importante limitación funcional de 20 días de evolución, refiriendo traumatismo y proceso catarral en la semana previa.

En la exploración presenta fiebre y tumefacción de rodilla izquierda. Se realiza artrocentesis con obtención de 10 cc de líquido sinovial de aspecto purulento (46.830/mm³ leucocitos, PMN 91%, glucosa 47 mg/dl y cultivo, tanto para bacterias, hongos y micobacterias, negativo). Por otro lado, hemograma, bioquímica, radiografía de tórax y hemocultivos fueron normales o negativos.

Se realiza RM de rodilla izquierda (fig. 1) en la que se objetiva sinovitis y extensa imagen hiperintensa en las secuencias STIR que se realiza homogéneamente tras la administración de contraste intravenoso (CIV) en vasto interno y externo, siendo compatible con piomiositis.

Se inicia tratamiento antibiótico con cloxacilina y cefotaxima endovenosa con mejoría progresiva del cuadro, tanto clínica como radiológica (fig. 2).

La piomiositis en inmunocompetentes es típica de zonas tropicales, siendo el microorganismo más frecuente el *Staphylococcus aureus* (70-90%)¹. En nuestro medio es inusual, debiendo sospecharla ante el antecedente de traumatismo, ejercicio físico intenso o enfermedades crónicas (diabetes mellitus o neoplasias entre otras)^{2,3}, siendo casi excepcional la positividad de los cultivos (5-33%)⁴. Es más frecuente que se vean afectados músculos de gran tamaño⁴. El momento del diagnóstico condiciona el pronóstico, ya que suele diferirse por el bajo índice de sospecha⁴. Son fundamentales las pruebas de imagen, siendo la RM la técnica con mayor sensibilidad y especificidad para la identificación de las formas precoces⁵. El tratamiento antibiótico intensivo precoz disminuye las secuelas físicas^{1,5}.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anahymbg@gmail.com (A.M. Brandy-García).



Figura 1. Imagen de la RM de la rodilla izquierda, secuencias STIR con contraste intravenoso (CIV). A) Corte sagital. B) Corte coronal. C) Corte transversal. Se observa importante sinovitis que afecta a la bolsa suprarrotuliana (flechas) e hiperintensidad muscular de vasto interno y externo compatible con piomiositis (estrella).



Figura 2. La RM de la rodilla izquierda, secuencia STIR con CIV, corte sagital. Sin hallazgos de interés.

Bibliografía

1. Gubbay A, Issacs MD. Pyomyositis in children. *Pediatr Infect Dis J.* 2000;19:1009–12.
2. Verma S. Pyomyositis in children. *Curr Infect Dis Rep.* 2016;18:12.
3. Clemente Garulo D, López Saldaña MD, Álvarez Coca J, Alonso Canal L, López Robledillo JC. Pyomyositis due to *Salmonella enteritidis* in an immunocompetent patient. *An Pediatr (Barc).* 2010;73:108–9 [Article in Spanish].
4. Chiu NC, Hsieh MC, Chi H, Huang FY. Clinical characteristics of pyomyositis in children: 20-year experience in a medical center in Taiwan. *J Microbiol Immunol Infect.* 2009;42:469–79.
5. Boniotti V, Carlone N, Perboni G, Caudana R. Contribution of imaging to the evaluation of pyomyositis. *Radiol Med.* 2005;109:404–13 [Article in English, Italian].