

Piomiositis de los obturadores de la cadera

F.J. Downey Carmona, D. Farrington Rueda

Hospital Universitario de Valme Sevilla.

RESUMEN: El absceso (piomiositis) del músculo obturador interno es extremadamente raro en zonas de clima templado, aunque recientemente se ha visto un aumento en su prevalencia. Habitualmente existe un retraso en el diagnóstico y tratamiento del mismo. Además de nuestro caso, y tras realizar una búsqueda en la bibliografía médica, revisamos todos los casos de piomiositis de los músculos de la cadera publicados recientemente.

PALABRAS CLAVE: Piomiositis; Absceso; Obturador interno.

PYOMYOSITIS OF HIP OBTURATOR MUSCLES

ABSTRACT: Obturator internus muscle abscess (pyomyositis) is extremely rare in temperate environments, although there has been a recent reported increase in prevalence. There usually is a delay in diagnosis and onset of treatment. In addition to our case, we reviewed all cases of pyomyositis of hip muscles found in a review of the recent medical literature.

KEY WORDS: Pyomyositis; Abscess; Obturator internus.

CASO CLÍNICO

Niño de 12 años previamente sano, que presenta desde hace 6 días fiebre, mal estado general y dolor a punta de dedo en la ingle derecha que empeora con la actividad y bipedestación. Presenta fiebre de 40°C y marcha claudicante manteniendo el miembro en actitud de flexión, rotación externa y abducción. El balance articular está limitado en rotación interna y abducción por dolor. Además existe dolor selectivo a la palpación en la ingle derecha. Los estudios radiográfico y ecográfico no eran concluyentes. En el hemograma, se aprecia una leucocitosis de 18.000 mm³ con desviación izquierda, velo-

cidad de sedimentación globular (VSG) de 95 mm/h y proteína C reactiva (PCR) de 143. Con estos datos, se ingresó al paciente e iniciamos tratamiento ortopédico consistente en tracción transcutánea en ambos miembros inferiores y administramos antiinflamatorios no esteroideos (AINE). No iniciamos tratamiento antibiótico hasta que obtuvimos los resultados de los hemocultivos realizados a su ingreso.

Al tercer día de ingreso presenta fiebre de 38°C. En la resonancia magnética (RM) existe engrosamiento e incremento de la intensidad de señal difusa en la secuencia STIR y en T2 que afecta a ambos músculos obturadores con dos imágenes líquidas redondeadas de unos 10 y 12 mm (Figs. 1 y 2). El resultado del hemocultivo es positivo para *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*). Ante las manifestaciones clínicas y los resultados de las pruebas complementarias, realizamos el diagnóstico de piomiositis de músculos obturadores. Iniciamos tratamiento antibiótico (ATB) intravenoso (IV) con cloxacilina (1g IV/8 horas). La punción guiada por tomografía axial computarizada (TC) no estaba disponible en el Servicio de Radiología por lo que elegimos esperar la respuesta al tratamiento ATB. Al undécimo día de ingreso y quinto de tratamiento ATB, presenta una franca mejoría clínica y disminución de la VSG a 74 mm/h. La exploración clínica es normal. El 10º día cambiamos la antibioterapia a vía oral (PO) (cloxacilina 1 g/8 horas). Tras ocho días de tratamiento ATB oral, continuaba asintomático y la exploración física era normal, por lo que fue dado de alta manteniéndose la antibioterapia oral. A las dos semanas, en consultas externas, continúa asintomático con VSG de 25 mm/h. El tiempo de tratamiento ATB total era de 32 días, 10 vía IV y 22 PO.

Actualmente lleva dos años de evolución, está asintomático y haciendo vida normal.

DISCUSIÓN

La piomiositis es una enfermedad extremadamente rara en zonas no tropicales⁽¹⁾, observándose, últimamente, un au-

Correspondencia: F.J. Downey Carmona. Calle Dr. Italo Cortella, 6 blq 2 5ª A. 41020 Sevilla, España.

Email: docdowney@telefonica.net

Recibido: Marzo 2005

Aceptado: Febrero 2006

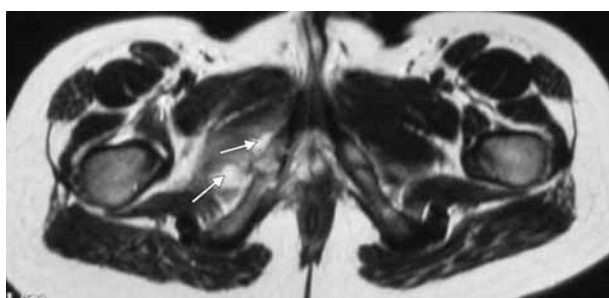


Figura 1. Secuencia STIR de RM de ambas caderas (vista sagital) muestra dos imágenes líquidas redondeada de unos 10 y 12 milímetros que afecta a ambos músculos obturadores.

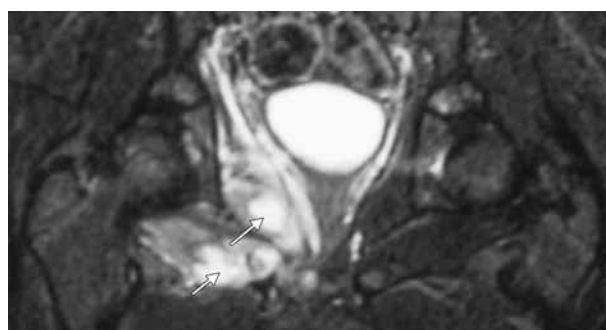


Figura 2. Secuencia T2 de RM de ambas caderas (vista coronal) muestra dos imágenes líquidas redondeada de unos 10 y 12 milímetros que afecta a ambos músculos obturadores.

mento de su prevalencia en zonas de clima templado^(2,3). Los músculos más afectados son cuádriceps y glúteos y rara vez el músculo obturador interno (MOI)⁽⁴⁾.

Tras realizar una búsqueda en la bibliografía médica tanto en castellano como en inglés entre los años 1993 y 2003, encontramos 20 casos y añadimos el nuestro a la revisión obteniendo siete mujeres y 14 hombres cuya edad mediana era de 8 años (1,5-17 años). Según nuestros datos, ninguno de ellos estuvo en zonas tropicales.

Se ha sugerido que para desarrollar un absceso primario es preciso, además de una bacteriemia, un daño muscular previo⁽²⁾. Hall et y cols. sugirieron que, como los traumatismos musculares son muy comunes y la piomiositis muy rara, la asociación pudiera ser casual⁽⁵⁾. Los abscesos secundarios del MOI suelen ser por extensión directa desde un origen pélvico o intestinal^(2,6). En la serie bibliográfica revisada, sólo 6 pacientes tenían antecedentes de traumatismo previo.

En 18 de los 21 pacientes (86%) se aisló el agente causal, 12 mediante hemocultivo y 6 del pus drenado del músculo afecto. De este último, 5 se obtuvieron tras drenaje abierto y uno tras punción-aspiración guiada por TC. El microorganismo más frecuente es *S. aureus*^(1,2,4,7,8).

Se manifiesta con una clínica similar a artritis séptica^(2,4,6), lo que dificulta el diagnóstico y retrasa la instauración del tratamiento adecuado. Pensamos que, tras descartar la artritis séptica, la piomiositis debe ser incluida en el diagnóstico diferencial de un paciente con dolor en la cadera, fiebre y cojera. El absceso del obturador en niños debe representar una entidad clínica propia. Aunque existen factores predisponentes, los niños con piomiositis del obturador habitualmente estaban sanos previamente⁽²⁾.

Las manifestaciones clínicas iniciales, por orden de frecuencia son: fiebre, dolor en cadera y claudicación⁽⁶⁾. A la exploración existe dolor a la palpación en región inguinal, disminución del balance articular y el miembro se encuentra en actitud de flexo, abducción y rotación externa^(4,6,7).

En nuestra opinión, la técnica diagnóstica de elección es la resonancia magnética (97% sensibilidad y 92% de es-

pecificidad)^(5,6,9,10). La tomografía computarizada, aunque también es muy útil, pensamos que en niños no debería ser de primera elección ya que se expone a pacientes jóvenes a radiaciones ionizantes^(1,5). La ecografía de la cadera afecta, o no se realizó (12 pacientes) o fue negativa (8 pacientes) y sólo fue positiva en un paciente.

Tras sacar los hemocultivos, se debe iniciar el tratamiento ATB empírico IV (PCN resistente a penicilinasas o cefalosporinas de primera generación) que cubre la mayoría de los agentes causales^(1,4-6,8,10). Si no se aprecia una mejoría clínica evidente en 48 horas, estaría indicado un tratamiento más agresivo como el drenaje percutáneo guiado por TC^(9,13). El drenaje abierto se debe practicar en casos que no responden (p. ej., persistencia de fiebre y dolor en cadera) a los ATB IV ni al drenaje percutáneo guiado por TC. El drenaje quirúrgico es necesario en casos crónicos asociados a osteomielitis^(3,6,8) y en casos con un absceso de larga duración que no se había detectado previamente.

La duración del tratamiento ATB está en relación con el agente causal, tiempo transcurrido hasta el diagnóstico, factores de riesgo del paciente y la evolución clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Godfroid N, Stalens JP. Thigh pain due to obturator internus phlegmon: a diagnostic challenge. *Eur J Pediatr* 1995;**154**(4):273-4.
2. Birkbeck D, Watson JT. Obturator Internus Pyomiositis. A case report. *Clin Orthop* 1995;**316**:221-226.
3. Hakim A, Graven M, Khaled A, Ayoub EM. Obturator internus abscess. *Pediatr Infect Dis J* 1993;**12**(2):166-8.
4. Orlicek SL, Abramson JS, Woods CR, Givner LB. Obturator internus muscle abscess in children. *J Pediatric Orthop* 2001;**21**(6):744-748.
5. Hall RL, Callaghan, J, Moloney E. Pyomyositis in a Temperate Climate. *J Bone and Joint Surg* 1990;**72A**(8):1240-4.

6. Viani RM, Bromberg K, Bradley JS. Obturator Internus Muscle Abscess In Children: Report of Seven Cases and Review. *Clin Infect Dis* 1999;**28**(1):117-122.
7. Gurbani SG, Cho CT, Lee KR. Gonococcal Abscess Of The Obturator Internus Muscle: Use Of The Diagnostic Tools May Eliminate The Need For The Surgical Intervention. *Clin Infect Dis* 1995;**20**(5):1384-1386.
8. Souid AK, Sadowitz PD, Weiner L. Obturator Internus Muscle Abscess: A Case Report and Review of the Literature. *American Journal of Diseases in Children* 1993;**147**(12):1278-1279.
9. De Boeck H, Noppen L, Desprechins B. Pyomyositis of the Adductor Muscles Mimicking an Infection of the Hip. Diagnosis by Magnetic Resonance Imaging. *J Bone and Joint Surg Am* 1994;**76A**(5):747-750.
10. Renwick S, Ritterbusch JF. Pyomyositis in children. *J Pediatric Orthop* 1993;**13**(6):769-772.