

ID: 151

## **PIOMIOSITIS TROPICAL EN LAS RÍAS BAIXAS**

CARNICERO IGLESIAS A (Speaker) (1), ARES ÁLVAREZ J (2), ESPÍÑO LORENZO P (2), COUCEIRO GIANZO J (2).

(1) PEDIATRÍA, HOSPITAL PROVINCIAL DE PONTEVEDRA. (2) PEDIATRIA, HOSPITAL PROVINCIAL DE PONTEVEDRA.

### **Presentación**

La piomiositis (más conocida como 'piomiositis tropical' debido a su carácter endémico de climas tropicales y templados) es una infección aguda bacteriana que afecta al músculo esquelético estriado. La patogenia es desconocida: aunque comunmente se ha atribuido a pequeños traumatismos musculares, se cree que su asociación a una bacteriemia asintomática facilitaría la siembra y diseminación de los gérmenes implicados (*S.Aureus* y *S. Pyogenes* entre los más frecuentes).

Esta entidad, de baja incidencia en España, requiere de un alto índice de sospecha ya que se manifiesta mediante signos físicos inespecíficos que pueden retrasar el diagnóstico y posterior tratamiento.

### **Caso Clínico**

Presentamos el caso de una niña de 9 años de edad, sana, sin antecedentes de interés ni traumatismo previo; que presenta cuadro febril de 36h de evolución, asociando dolor y limitación de MSD (sin signos inflamatorios externos) en las últimas 12h. Se realiza estudio analítico que únicamente evidencia leucocitosis (15.000/L), y prueba de imagen de MSD (radiografía y ecografía) que muestra un aumento de partes blandas. Se decide hospitalización para ver evolución y solicitar pruebas complementarias: en las primeras 24h de ingreso aparece exantema eritematopapuloso de predominio en tórax y pliegues axilar e inguinal, además de aumento de sensación dolorosa progresivamente. Se realiza analítica a las 48h: PCR 30, PCT2 Y VSG 56 por lo que ante la mala evolución clínica (hipotensión, fiebre persistente, mal estado general) se inicia antibioterapia empírica iv con cefotaxima y clindamicina.

Se mantiene febril durante 2 días más pese al tratamiento, por lo que dado el resultado normal del resto de pruebas, se amplía el estudio con TAC tóraco, que muestra un área de abscesificación entre ms. Serrato y dorsal ancho no susceptible de drenaje. Decidimos modificar antibioterapia: Meropenem y vancomicina. Buena respuesta cediendo la fiebre en 24h, con remisión del exantema, disminución de los signos inflamatorios y normalización de los parámetros analíticos de infección. Se realiza Gammagrafía ósea para descartar complicaciones (resultado normal), y RMN que apoyó el diagnóstico de piomiositis. Se completa antibioterapia intravenosa durante 2 semanas con posterior tratamiento vía oral en domicilio hasta completar 5 semanas.

### **Conclusiones**

La piomiositis se considera un reto diagnóstico en los estadios iniciales. Es importante saber reconocer esta entidad y realizar un diagnóstico precoz para poder instaurar un tratamiento adecuado, del que dependerá el pronóstico del paciente.

El tratamiento con antibioterapia intravenosa puede ser suficiente en fases precoces sin necesidad de realizar drenaje quirúrgico.

La ecografía debe ser la primera prueba a realizar, siendo la resonancia magnética la más rentable en fases iniciales. La gammagrafía ósea permite descartar complicaciones como la osteomielitis.