

## Piomiositis estreptocócica como complicación infrecuente de la varicela

*Sr. Editor:*

La piomiositis es la infección aguda del músculo estriado que induce a la formación de abscesos intramusculares. Es predominantemente una enfermedad de países tropicales donde causa hasta el 4% de los ingresos hospitalarios de causa quirúrgica, contrastando con los países templados donde la piomiositis es sólo responsable de 1 de cada 3.000 ingresos pediátricos<sup>1-3</sup>. Debido a su rareza, representa un problema diagnóstico y requiere una alta sospecha por tratarse en ocasiones de un proceso poco aparente al inicio.

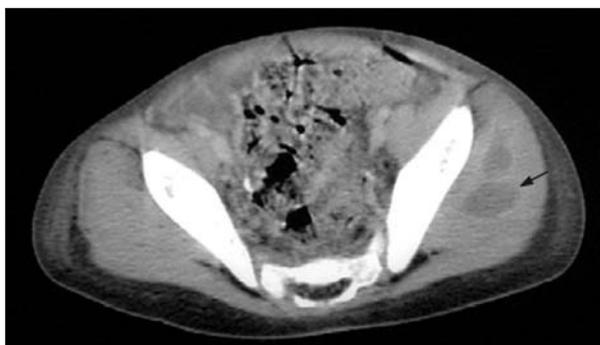
Se aporta el caso de un niño que durante la varicela presentó como complicación una piomiositis glútea por estreptococo  $\beta$ -hemolítico del grupo A (EBHGA), infección grave y poco descrita, con el fin de recordarla y así poder hacer un diagnóstico y tratamiento precoces.

Niño de 4 años, sano, con múltiples lesiones de varicela, que presenta fiebre alta de 4 días y, posteriormente, limitación de la movilidad de ambas extremidades inferiores. Destaca importante afectación del estado general, rigidez espinal, lesiones cutáneas varicelosas sobre exantema escarlatiniforme, con extremidades inferiores inmóviles en postura antiálgica sin signos de artritis. Analítica con 16.200 leucocitos/ $\mu$ l (16%, cayados; 1%, mielocitos; 65%, neutrófilos; 9%, linfocitos; 9%, monocitos) y PCR de 253 mg/l. La punción lumbar y la radiografía de tórax fueron normales. Por sospecha de varicela complicada, se inició tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico que posteriormente se cambió a penicilina G sódica por hemocultivo positivo a EBHGA.

Cuatro días después, el paciente continúa febril y aparece placa de celulitis en tercio medio de muslo derecho con zona indurada muy dolorosa en región glútea izquierda, así como 20.500 leucocitos/ $\mu$ l (3%, cayados; 76%, neutrófilos; 15%, linfocitos; 6%, monocitos) y PCR de 514 mg/l, con enzimas musculares normales. La tomografía computarizada (TC) muestra infiltración del tejido graso subcutáneo en ambas extremidades inferiores y colecciones en músculos glúteo menor y medio izquierdos compatibles con piomiositis glútea (fig. 1).

Se añadió clindamicina y se procedió a punción-aspiración con aguja fina (PAAF) y colocación de drenaje guiado por ecografía, obteniendo 24 ml de material purulento con cultivo negativo. El paciente se mantuvo hemodinámicamente estable y no presentó signos de shock tóxico. Mejoró progresivamente y logró deambulación autónoma una semana después de haber retirado el drenaje, sin secuelas funcionales.

La piomiositis o infección aguda del músculo estriado es, aunque infrecuente, una de las posibles complicaciones musculoesqueléticas de la varicela<sup>4,5</sup>, aunque se dispone de pocos datos pediátricos en la literatura especializada sobre su incidencia<sup>6</sup>. Su patogénesis es desconocida<sup>1,7,8</sup>. La afectación del músculo puede producirse por contigüidad, diseminación linfática o hematogena. El traumatismo local (presente en un 50% y sobre todo en niños)<sup>3</sup>, la malnutrición, las enfermedades de base, el factor climático y las lesiones cutáneas como la varicela son factores predisponentes de piomiositis<sup>1</sup>.



**Figura 1.** TC con contraste. Corte transversal en la cintura pelviana: colecciones multiloculadas situadas en el grupo muscular del glúteo izquierdo, entre glúteo menor y medio (flecha), con captación periférica de contraste.

Originariamente tropical, su sintomatología y microbiología son similares en todo el mundo. El 33-40% de los casos se producen en niños, sobre todo varones, con frecuente afectación de muslos, nalgas, antebrazos y músculos que rodean los hombros<sup>1,2</sup>, siendo en ocasiones multifocal<sup>1,8</sup>. Los síntomas incluyen fiebre, dolor con calambres musculares, seguidos de signos inflamatorios locales y limitación a la movilidad del músculo infectado.

Microbiológicamente, el hemocultivo es positivo sólo en una tercera parte, aunque el cultivo del absceso aísla el germen en la mayoría de los casos<sup>1,9</sup>. El agente responsable principal es el *S. aureus* (50-95%)<sup>1,2,9</sup>, seguido del EBHGA (5-25%), que suele ser el germen causal en las piomiositis secundarias a varicela<sup>8</sup>.

Su diagnóstico suele ser difícil<sup>1,7,8</sup> debido a su baja prevalencia en climas templados como el nuestro y por su sintomatología insidiosa inicial. Los datos de laboratorio son inespecíficos, con leucocitosis y aumento de los reactantes de fase aguda en sólo el 50-60% de los casos<sup>1</sup>. Las enzimas musculares suelen ser normales, ya que la infección desplaza el músculo más que lo invade, pero si la infección progresa, conllevará la destrucción de fibras musculares y la elevación de éstas<sup>1,3</sup>.

En cuanto a técnicas de imagen, la ecografía, por disponibilidad y coste, sería la prueba inicial que se debería realizar<sup>1,2</sup>, aunque en fases precoces es poco sensible. La TC tiene gran valor diagnóstico y terapéutico como guía para PAAF y drenaje del absceso<sup>1,9</sup>. No obstante, la prueba más sensible es la resonancia magnética (RM), pero su disponibilidad es menor<sup>1</sup>.

El tratamiento es medicoquirúrgico<sup>1,3,7-10</sup>. La penicilina, antibiótico de elección en la enfermedad invasiva estreptocócica, a menudo es insuficiente. Se recomienda su combinación con clindamicina<sup>1,7,8,11</sup>, por su gran actividad frente a estreptococos y estafilococos, constituyendo así el tratamiento empírico de elección de la piomiositis. No existe acuerdo en cuanto a su duración, que suele oscilar entre 4-6 semanas<sup>9</sup>. La aspiración del material purulento y colocación de drenaje guiado mediante ecografía o TC, precozmente, son indispensables para su completa resolución y evitar la aparición de secuelas funcionales o complicaciones graves, sobre todo en la piomiositis por EBHGA<sup>7</sup>.

Concluimos que, a pesar de que la piomiositis es una entidad infrecuente en países templados como el nuestro, su diagnóstico deberá considerarse ante todo niño con fiebre, dolores musculares y limitación de la movilidad de cualquier extremidad.

**L. Castells Vilella y S. Uriz Urzainqui**

Servicio de Pediatría. Hospital de Terrassa.  
Barcelona. España.

**Correspondencia:** Dra. L. Castells Vilella.  
Hospital de Terrassa.

Ctra. de Torrebonica, s/n. 08227 Terrassa. España.  
Correo electrónico: lauramon29@hotmail.com

## BIBLIOGRAFÍA

- Gubbay AJ, Isaacs D. Pyomyositis in children. *Pediatr Infect Dis J* 2000;19:1009-13.
- O'Reilly M, Cook JV, O'Reilly PM, Wood BP. Radiological case of the month. Psoas pyomyositis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:1305-6.

3. Mangas AI, Brossa F, Castellví A, Roig N, Carrascosa JM, Azuara M. Nen de 4 anys d'origen Gambia que en tornar al seu país d'origen desenvolupa una tumoració a l'extremitat inferior. *Pediatr Catalana* 2003;63:131-2.
4. Burke GAA, Chambers TL. Musculoskeletal side-effects of varicella. *Lancet* 1997;349:818-9.
5. Schreck P, Schreck P, Bradley J, Chambers H. Musculoskeletal complications of varicella. *J Bone Joint Surg (Am)* 1996;78:1713-9.
6. Pérez-Yarza EG, Arranz L, Alustiza J, Azkunaga B, Uriz J, Sarasua A, y Grupo Varicela Guipuzkoa. Hospitalizaciones por complicaciones de la varicela en niños menores de 15 años. *An Pediatr (Barc)* 2003;59:229-33.
7. Zervas SJ, Zemel LS, Romness MJ, Kaplan EL, Salazar JC. *Streptococcus pyogenes* pyomyositis. *Pediatr Infect Dis J* 2002;21:166-8.
8. Raphael SA, Longenecker SC, Wolfson BJ, Fisher MC. Post-varicella streptococcal pyomyositis. *Pediatr Infect Dis J* 1989;8:187-9.
9. García de Lucas MD, Trujillo AJ, De Luis C, Ríos R. Piomiositis cervical y trombosis de la vena yugular interna. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1999;17:197-9.
10. Rianza Gómez M, De la Torre Espí M, Mencía Bartolomé S, Molina Cabanero JC, Tamariz-Martel Moreno A. Complicaciones de la varicela en niños. *An Esp Pediatr* 1999;50:259-62.
11. Jordán I, García MT, García J, Vicente A, Luaces C. Enfermedad invasiva por *Streptococcus pyogenes*. A propósito de un caso con metástasis cutáneas y renales. *An Esp Pediatr* 2000;52: 577-9.