



CARTA AL EDITOR

Absceso del músculo obturador interno: presentación de 2 casos



Internus obturator muscle abscess: Presentation of 2 cases

Sr. Editor:

La piomiositis (PM) es una infección bacteriana del músculo esquelético que se caracteriza por la formación de abscesos intramusculares¹. La PM o absceso del músculo obturador interno (MOI) es una entidad muy rara y en muchas ocasiones infradiagnosticada²⁻⁵. A continuación, presentamos 2 casos clínicos que ponen de manifiesto el reto diagnóstico que plantea esta entidad, describiendo sus características clínico-radiológicas.

El primer caso fue un varón de 13 años previamente sano, que en el mes de agosto consultó por fiebre, dolor en la cadera izquierda irradiado a muslo y cojera de 7 días de evolución, refiriendo caída jugando al fútbol 4 días antes del inicio del cuadro. En la exploración física se objetivaron fiebre, flexión y rotación interna de la cadera izquierda con dolor a la movilización. Además existía dolor selectivo a la palpación del glúteo izquierdo, acompañado de inflamación y aumento de calor en la zona, objetivándose desplazamiento de la línea interglútea hacia la derecha. En la analítica sanguínea se apreció: velocidad de sedimentación globular (VSG) de 69 mm/h y proteína C reactiva (PCR) de 13,70 mg/dl. Las radiografías de cadera y fémur izquierdo fueron normales. Se realizó una ecografía abdominopélvica que describió una imagen hipoecogénica con refuerzo posterior adyacente al isquion izquierdo. La resonancia magnética nuclear (RMN) (fig. 1) evidenció una colección de 67 × 31 mm con contenido líquido hiperintenso compatible con absceso del MOI y osteomielitis del coxal, con afectación del cartilago trirradiado. Se inició tratamiento con antibioterapia por vía intravenosa (cloxacilina y cefotaxima), requiriendo drenaje quirúrgico a la semana del ingreso por aumento del tamaño de la colección, con buena evolución posterior.

El segundo caso fue un varón de 14 años sin antecedentes de interés, que en el mes de julio consultó por cojera de 3 semanas de evolución, con antecedente de caída jugando al fútbol. En la exploración física se objetivaron fiebre, actitud antiálgica de cadera izquierda y flexo de rodilla izquierda con dolor a la movilización. En la analítica sanguínea se

apreció: leucocitosis (12.100 mg/dl) con desviación izquierda (83% de neutrófilos), VSG de 79 mm/h y PCR de 4,80 mg/dl. En la radiografía de fémur izquierdo se objetivó un aumento de partes blandas a nivel de vasto interno del cuádriceps. La RMN (fig. 2) demostró la presencia de un absceso del MOI que se extendía a través del agujero obturador por el muslo hasta la rodilla (fig. 2). El tratamiento consistió en el drenaje quirúrgico urgente del absceso y la administración posterior de antibioterapia por vía intravenosa (cloxacilina).

Ambos pacientes fueron dados de alta con antibioterapia por vía oral y reposo en domicilio, encontrándose totalmente asintomáticos en la actualidad.

La PM es endémica de los países tropicales¹, sin embargo, en la última década, se ha objetivado un incremento de su incidencia en los países de clima templado^{6,7}. Cabe destacar



Figura 1 A) RMN al ingreso en la que se objetiva absceso del MOI y osteomielitis del hueso coxal izquierdos. B) RMN de seguimiento que demuestra la resolución del absceso del MOI con leve edema óseo residual.



Figura 2 RMN donde se aprecia gran colección hiperintensa en el vasto interno del cuádriceps izquierdo compatible con absceso.

que nuestros 2 pacientes se diagnosticaron en los meses más calurosos del año. Los músculos afectados con más frecuencia son el cuádriceps, el iliopsoas y los glúteos¹, siendo la afectación del MOI muy rara²⁻⁵. La fisiopatología de la PM es incierta pero se ha indicado que es resultado de una bacteriemia transitoria en la mayoría de los pacientes, habiéndose descrito el daño muscular previo como un factor predisponente pero no estrictamente necesario^{1,2}. En nuestros 2 pacientes existía antecedente de traumatismo. El microorganismo que se aisló en ambos pacientes fue *Staphylococcus aureus*, que representa el germen causal más frecuente según la literatura¹⁻⁷.

La importancia del absceso del MOI reside en el diagnóstico diferencial, ya que debido a su sintomatología inicial puede confundirse con otros procesos agudos como son: artritis séptica, sinovitis transitoria, osteomielitis, apendicitis, etc. Este hecho retrasa el inicio del tratamiento

adecuado. Consideramos que esta entidad debería tenerse en cuenta ante todo paciente con fiebre, dolor en cadera y cojera; sobre todo si existe el antecedente de traumatismo previo. En la mayoría de los casos, en la exploración se aprecian dolor a la palpación de la región inguinal, disminución del balance articular y la extremidad afectada se encuentra en actitud antiálgica^{2-4,8}.

La técnica diagnóstica de elección es la RMN (97% sensibilidad y 92% de especificidad), teniendo la ventaja sobre la tomografía computarizada (TAC) de no exponer a pacientes jóvenes a radiaciones ionizantes^{8,9}.

El tratamiento debe iniciarse de forma precoz con antibioterapia empírica por vía intravenosa^{1,9}. Si no se aprecia una mejoría clínica evidente en 48-72 h, podría estar indicado el drenaje percutáneo de la colección, guiado por ecografía o TAC. El drenaje quirúrgico se reservaría para aquellos casos con abscesos de larga evolución o si existe osteomielitis asociada²⁻⁵.

Bibliografía

1. Bickels J, Ben-Sira L, Kessler A, Wientroub S. Primary pyomyositis. *J Bone Joint Surg Am.* 2002;84:2277-86.
2. King RJ, Laugharne D, Kerslake RW, Holdsworth BJ. Primary obturator pyomyositis: A diagnostic challenge. *J Bone Joint Surg Br.* 2003;85:895-8.
3. Manish B, Vijay B, Colin EB. Obturator internus muscle abscess in a child: A case report. *J Pediatr Orthop B.* 2008;17:223-4.
4. Orlicek SL, Abramson JS, Woods CR, Givner LB. Obturator internus muscle abscess in children. *J Pediatr Orthop B.* 2001;21:744-8.
5. Viani RM, Bromberg K, Bradley JS. Obturator internus muscle abscess in children: Report of seven cases and review. *Clin Infect Dis.* 1999;28:117-22.
6. Llorente OL, Vázquez RS, Iñigo MG, Rojo CP, González TM. Pyomyositis in children: Not only a tropical disease. *An Pediatr (Barc).* 2007;67:578-81.
7. Small LN, Ross JJ. Tropical and temperate pyomyositis. *Infect Dis Clin North Am.* 2005;19:981-9.
8. Boniotti V, Carlone N. Contribution of imaging to the evaluation of pyomyositis. *Radiol Med.* 2005;109:404-13.
9. Mitsionis GI, Manoudis GN, Lykissas MG, Sionti I, Moutsis E, Georgoulis AD, et al. Pyomyositis in children: Early diagnosis and treatment. *J Pediatr Surg.* 2009;44:2173-8.

B. Estors Sastre^{a,*}, V.E. Gómez Palacio^b,
R.L. Fernández Atuan^a, J. Gil Albarova^a
y J. Gracia Romero^a

^a Servicio Cirugía Pediátrica, Hospital Infantil Miguel Servet, Zaragoza, España

^b Servicio Traumatología y Ortopedia Infantil, Hospital Infantil Miguel Servet, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bestorss@gmail.com (B. Estors Sastre).