

Cadera dolorosa en los niños: piomiositis

Presentación de dos casos y revisión de la bibliografía

HORACIO MISCIONE, SERGIO INNOCENTI, DANIELA PALADINO y EMILIANO TULIÁN

Hospital Nacional de Pediatría Dr. Juan. P. Garrahan, Buenos Aires

Caso 1

Un paciente de 14 años es derivado por un dolor referido a la cadera derecha de 10 días de evolución. Tiene antecedentes de un cuadro febril, sin traumatismo previo.

Diagnóstico presuntivo: tumor de pubis.

Ingresó con compromiso del estado general, febril, con pérdida de peso.

El examen de tórax y abdomen fue normal. No se realizó tacto rectal.

A nivel local se constató movilidad conservada de la cadera y la rodilla derecha, sin dolor palpatorio en la columna lumbar baja y la articulación sacroilíaca. Presentaba dolor a la rotación interna máxima de cadera y dolor palpatorio a nivel de la tuberosidad isquiática. No se palpaban adenopatías inguinales.

El laboratorio inicial mostró un recuento de glóbulos blancos (GB) de $8200/\text{mm}^3$ con predominio de neutrófilos segmentados 65%, con una velocidad de eritrosedimentación (VES) de 35 mm/h. A los 7 días el recuento de GB fue de $5400/\text{mm}^3$ con 51% de NS.

La proteína C reactiva solicitada fue positiva.

La radiografía anteroposterior de ambas caderas era normal (Fig. 1). La ecografía evidenció una imagen hipocóica de 3 cm a nivel aductor derecho (Fig. 2). El centellograma confirmó captación positiva en el pubis.

En la tomografía computarizada se observó una solución de continuidad irregular en la rama isquiopubiana (Fig. 3).

Con la información obtenida se decidió su internación con el diagnóstico presuntivo de sarcoma de Ewing, leucemia o infección.

Se continuó el estudio del paciente con una resonancia magnética y nuevos análisis de laboratorio y se constató un recuento de glóbulos blancos de $7400/\text{mm}^3$, 54% PMN y una velocidad de eritrosedimentación de 25 mm/h.

La RM informó la presencia de una imagen compatible con una colección en la zona aductora (Fig. 4).

El tratamiento realizado fue drenaje percutáneo guiado con ecografía, con antibioticoterapia empírica. El cultivo del material obtenido fue positivo para *Staphylococcus aureus*. Se obtuvo buen resultado final.

Caso 2

Un paciente de 6 años fue llevado a la consulta por dolor e impotencia funcional del miembro inferior derecho de dos días de evolución, acompañado por fiebre de 38°C .

En el examen físico se observa una actitud en flexión y abducción de la cadera derecha.

A la palpación no se constataron signos de flogosis.

La movilidad estaba limitada en extensión 0° , flexión 50° , abducción 10° , aducción 10° , rotación interna 0° y rotación externa 5° , con dolor a la movilidad pasiva.

El laboratorio de ingreso presentó un recuento de glóbulos blancos de $15.600/\text{mm}^3$ con predominio de neutrófilos segmentados 85%, velocidad de eritrosedimentación de 68 mm/h y PCR 256.

La radiografía anteroposterior era normal.

Se tomaron hemocultivos y se realizó una punción de cadera derecha bajo anestesia general con escaso material seroso.

Se inició tratamiento antibiótico profiláctico intravenoso con cefalotina.

A las 72 horas de evolución el paciente persistía sintomático.

Los hemocultivos arrojaron resultados positivos para *Staphylococcus aureus* sensible a la meticilina y el cultivo de líquido articular fue negativo.

Recibido el 28-6-2005. Aceptado luego de la evaluación el 30-8-2005.

Correspondencia:

Dr. HORACIO MISCIONE
Tel.: 4308 4300 interno 1696
emilianotulian@gmail.com
www.otihg.com.ar

Se solicitó una RM que evidenció una colección en los planos musculares de la región interna de la raíz del muslo, con la articulación coxofemoral normal (Fig. 5).

Se realiza el drenaje de la colección en la región isquiática al quinto día desde el ingreso en el hospital. El cultivo del material purulento drenado fue negativo.

Continúa con tratamiento antibiótico específico por vía intravenosa por hemocultivo, por el término de cinco días y luego por vía oral durante dos semanas hasta la normalización de la PCR y la VES.

Se constata una evolución favorable con recuperación completa de la movilidad de la cadera al quinto día del posoperatorio.

Discusión

La piomiositis de los músculos de la cadera es un raro trastorno que hay que tener en cuenta en el proceso diagnóstico.

Su evolución natural consta de tres estadios progresivos⁶ que comienzan con una inflamación difusa hasta llegar a un proceso supurativo local.

Existe un estadio inicial de invasión, insidioso, con dolor sordo, con febrícula o no, de lenta evolución (entre 10 y 21 días).

En el segundo estadio o estadio purulento, se incrementa la magnitud de la sintomatología, y se asocian signos y síntomas sistémicos que anuncian la fase supurativa de la enfermedad. La mayoría de los pacientes se presentan en esta etapa ya con signos y síntomas focales avanzados.

El estadio final incluye afectación local profunda y fluctuación que requieren una conducta terapéutica de urgencia.

Los principales hallazgos clínicos en el examen físico fueron similares a los vistos en la artritis séptica de cadera:⁶ dolor local, tendencia a mantener la cadera en actitud en flexión y rotación externa, imposibilidad para cargar peso hasta la impotencia funcional y, en fases más avanzadas, signos de sepsis.

Sin embargo, algunas diferencias pueden alertar a la hora de establecer el diagnóstico: la piomiositis del obturador no reduce la movilidad de la cadera drásticamente, se asocia con áreas de mayor sensibilidad, incluido dolor en el examen rectal. Puede haber dolor irradiado hacia la pierna en el territorio del nervio ciático, si éste está



Figura 1. Radiografía de pelvis de frente normal.



Figura 2. Ecografía. Imagen hipoeoica.

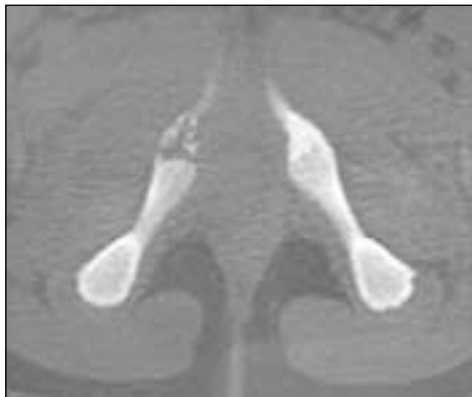


Figura 3. Tomografía computarizada. Imagen irregular isquiopubiana.

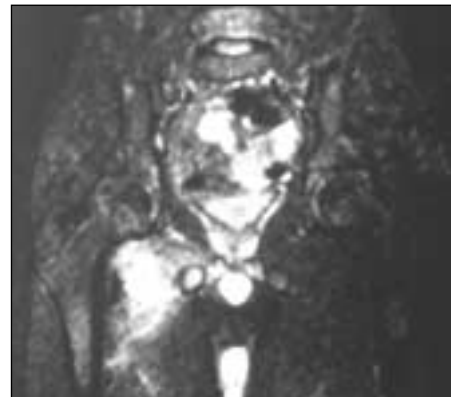


Figura 4. Resonancia magnética. Imagen de una colección en la zona aductora.

comprometido; en las mujeres puede haber dolor e hinchazón en los labios mayores homolaterales.⁸

Los estudios hematológicos muestran una elevación de la velocidad de eritrosedimentación, con aumento del recuento de glóbulos blancos por encima del 50%.^{2,6}

Los cultivos son casi siempre positivos.²

Dada la forma insidiosa de presentación se solicitan numerosos estudios complementarios. Las radiografías son poco eficaces para esta patología, aunque ayudan a descartar otras causas de dolor de cadera. La ecografía puede identificar la presencia de colecciones líquidas. El centellograma con tecnecio 99, galio o indio, en ocasiones muestra alguna anomalía y ayuda a determinar si el proceso es local o generalizado. La TC y la RM desempeñan un papel crucial en el diagnóstico. La TC alerta acerca de la presencia de colecciones localizadas y brinda datos importantes en lo que compete al tejido óseo. La RM es el método de elección,³ ya que provee un excelente detalle anatómico de los tejidos blandos, ayuda a diferenciar entre estadios precoces o tardíos de la enfermedad y puede identificar la presencia de un absceso y/o patologías coexistentes, como artritis séptica u osteomielitis.² En los estadios iniciales o en el comienzo de la etapa pu-

rulenta se observan áreas difusas, heterogéneas, sin colecciones localizadas en imágenes con señal T2. En etapas avanzadas, ya con formación de absceso, se observa una zona hiperintensa en T2 e hipointensa en T1, con refuerzo periférico y sin refuerzo central, luego de la inyección de gadolinio, lo que indica la presencia de pus.

El microorganismo causal es *Staphylococcus aureus* en la mayoría de los casos (81%),^{2,5-7} aunque también se hallaron estreptococos del grupo A, *E. coli* y enterococos, lo que coincide con la bibliografía internacional.^{1,2} En algunos trabajos se hallaron casos de piomiositis del obturador por *N. gonorrhoeae*¹ en mujeres. Otros microorganismos hallados en un limitado número de casos son *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium avium complex*, *Salmonella typhi*, anaerobios, incluyendo *Bacteroides fragilis* y *Fusobacterium*.⁶ Estos últimos se observaron en adultos inmunodeprimidos.

En cuanto al tratamiento de la piomiositis, depende del estadio en el cual se hace el diagnóstico.

En etapas tempranas la mayoría de los casos se resuelven con tratamiento antibiótico específico intravenoso^{1,2,4-6,8} durante 6 a 7 días, continuando con 2 a 6 semanas por vía oral.

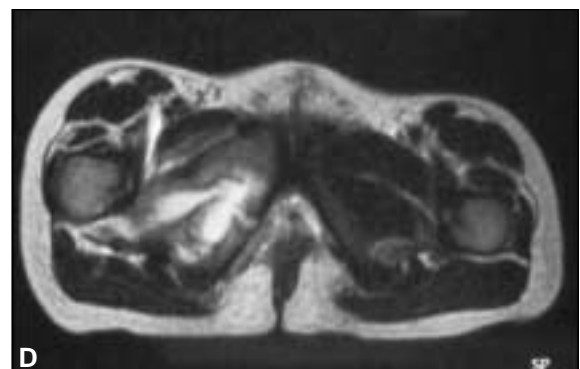
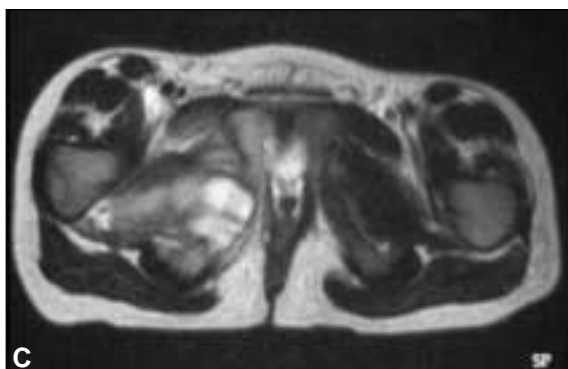
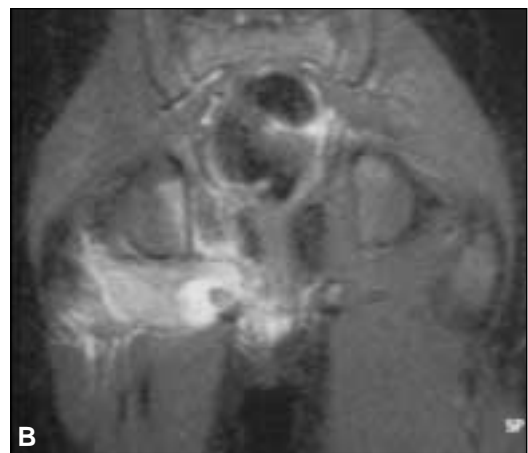
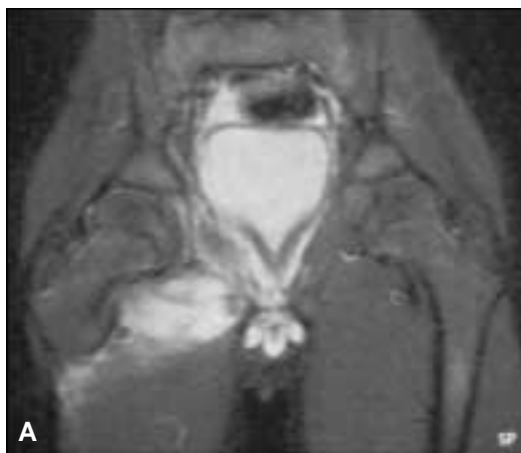


Figura 5. A-D. Colección a nivel de los planos musculares de la región interna de la raíz del muslo. Articulación coxofemoral normal.

Algunos trabajos sugieren la utilización de drenaje percutáneo con buenos resultados y baja tasa de complicaciones.^{1,5,7}

Como ventaja de este procedimiento se menciona la simplicidad de la técnica, sin pérdida sanguínea y sin necesidad de anestesia general.⁷

Estadios más avanzados, con absceso delimitado, deben resolverse con el correspondiente drenaje quirúrgico.^{1,2,4-6,8}

Los pacientes suelen realizar una rehabilitación completa sin secuelas a largo plazo, cuando el diagnóstico es temprano y el tratamiento es el adecuado.

Referencias bibliográficas

1. **Gurbani SG, Cho CT, Lee KR, et al.** Gonococcal abscess of the obturator internal muscle: use of new diagnostic tools may eliminate the need for surgical intervention. *Clin Infect Dis*;20(5):1384-1386;1995.
2. **King RJ, Laugharne D, Kerlake RW, et al.** Primary obturator pyomyositis: a diagnostic challenge. *J Bone Joint Surg Br*; 85(6):895-898;2003.
3. **Mazur JM, Ross G, Cummings J, et al.** Usefulness of magnetic resonance imaging for the diagnosis of acute musculoskeletal infections in children. *J Pediatr Orthop*;15(2):144-147;1995.
4. **Orlicek SL, Abramson JS, Woods CR, et al.** Obturator internus muscle abscess in children. *J Pediatr Orthop*;21(6):744-748; 2001.
5. **Peckett WR, Butler-Manuel A, Apthorp LA.** Pyomyositis of the iliacus muscle in a child. *J Bone Joint Surg Br*;83(1):103-105; 2001.
6. **Spiegel DA, Meyer JS, Dormans JP, et al.** Pyomyositis in children and adolescents: report of 12 cases and review of the literature. *J Pediatr Orthop*;19(2):143-150;1999.
7. **Song KS, Lee SM.** Peripelvic infections mimicking septic arthritis of the hip in children: treatment with needle aspiration. *J Pediatr Orthop B*;12(5):354-356;2003
8. **Wong-Chung J, Bagali M, Kaneker S.** Physical signs in pyomyositis presenting as a painful hip in children: a case report and review of the literature. *J Pediatr Orthop*;13(3):211-213;2004.