



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 242/3858 - PIOMIOSITIS. LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A. Domínguez Jiménez<sup>a</sup>, F. Otero Rosado<sup>b</sup>, A. Narváez Martín<sup>c</sup> y A. Sánchez Carrión<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estepa. Sevilla. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC de Osuna. Sevilla. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Marchena. Sevilla. <sup>d</sup>Pediatra. Hospital de la Merced. Osuna. Sevilla.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 12 años con dolor intenso en zona lumbar y glútea derecha que impide deambulación de 7 días de evolución refractario a analgésicos/antiinflamatorios (evaluado 72h antes siendo diagnosticado de lumbalgia). Pico febril aislado de 38,6 °C 48h antes. Niega traumatismo. Se realizan radiografías y ecografía de caderas sin hallazgos. Tras valoración por pediatra y traumatólogo se decide ingreso en planta con diagnóstico de artritis cadera vs pertrocanteritis. Analítica con leucocitosis y elevación reactantes fase aguda. En planta reaparece fiebre, y se inicia antibioterapia empírica con cloxacilina. Al tercer día de ingreso se realiza RMN de pelvis que confirma presencia de signos de piomiositis no complicada de íleo-psoas derecho y se añade clindamicina al tratamiento. La respuesta al tratamiento administrado (cloxacilina 15 días y clindamicina 13 días i.v.) fue favorable pero lenta en todo momento con desaparición progresiva del dolor y la impotencia funcional, por lo que se procedió al alta con cefadroxilo oral durante 18 días con revisiones por pediatra durante el tratamiento domiciliario, continuando buena evolución.

**Exploración y pruebas complementarias:** Analítica: 16.160 leucocitos con 90,8% neutrófilos, 25.000 plaquetas, PCR 37,02 mg/L. Rx columna lumbosacra y caderas, ecografía caderas y TC abdomen y pelvis: sin alteraciones de interés. RMN pelvis: Aumento de la intensidad de señal en relación con músculo íleo-psoas derecho a la altura de pala iliaca y en las proximidades de la porción anterior de la sacroilíaca derecha, sin aparente alteración de esta última, con edema de partes blandas a nivel del estrecho inferior de la pelvis, en las proximidades de la escotadura ciática. Hemocultivo: negativo.

**Juicio clínico:** Piomiositis de íleo-psoas.

**Diagnóstico diferencial:** Lumbalgia, artritis, pertrocanteritis, piomiositis, miositis viral, fascitis necrosante, Perthes.

**Comentario final:** La piomiositis es una infección aguda bacteriana que afecta al músculo estriado, generalmente causada por *Staphylococcus aureus*. Es más frecuente en varones sanos y suele afectar los grandes músculos de las extremidades inferiores, especialmente el cuádriceps femoral y los glúteos, y los músculos del tronco (psoas-ilíaco). Con este caso pretendemos recordar la importancia de incluirla en nuestro diagnóstico diferencial.

### Bibliografía

1. Moralejo-Alonso L, Alonso-Claudio G. Piomiositis. Med Clin. 2005;125(17):666-70.

2. Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, et al, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill, 2012.

**Palabras clave:** Piomiositis. Infección. Íleo-psoas.