

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v5i4.2444>

Paciente masculino de 5 años 8 meses con dolor incapacitante en cintura pélvica, alza térmica no cuantificada, a propósito de un caso

Male patient, 5 years 8 months old with disabled pain in the pelvic waist, unquantified thermal increase, relating to a case

Cristian Alfonso Galarza Sánchez

cristiangalarzasanchez@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-7410-6313>

Alta dirección Hospitalaria Universidad Yaan México
Ecuador

Isdery Natali Moreno Samaniego

inmoreno@utpl.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0004-5909-9524>

Universidad Técnica Particular de Loja. Grupo de Investigación: Enfermería, contextos y realidades
Ecuador

Xavier Alexander Sarango Martínez

xasmar17@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-5793-0984>

Hospital Básico Cariamanga José Miguel Rosillo
Ecuador

Carlos Fernando Chuchuca Pardo

chuchuca.fer@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-5713-253X>

Clínica Hospital San José. Royal International Language Academy UK Cia. Ltda.
Ecuador

Marlon Alexander Benítez Guayllas

marlonbenitez12333@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-0438-2568>

Clínica Sanus

Ecuador

Artículo recibido: 15 de julio de 2024. Aceptado para publicación: 30 de julio de 2024.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

La piomiositis (PM) es una infección aguda bacteriana en la musculatura esquelética caracterizada por una lesión supurativa que suele acompañarse de abscesos en el músculo. Presentación de un caso clínico de piomiositis en estado supurativo de un paciente pediátrico con antecedente de trauma. Revisión retrospectiva descriptiva y transversal de la historia clínica de un paciente pediátrico ingresado con antecedentes de trauma y diagnosticado con piomiositis, durante el período septiembre- octubre de 2020 en el Hospital General Manuel Ygnacio Monteros (I.E.S.S.), Loja, Ecuador. Presencia de líquido purulento espeso de 4 cc en el músculo obturador externo tras punción de absceso muscular. Se evidenció germen aislado de *Staphylococcus aureus*, se concluyó que el diagnóstico definitivo de piomiositis y descarte de diagnósticos presuntivos mediante TAC, radiografía simple de pelvis, ecografía de cadera, artrocentesis, biopsia de absceso intramuscular y exámenes de laboratorio. Se estableció estadio supurativo en base a características clínicas,

identificando a *Staphylococcus aureus* como agente etiológico

Palabras clave: piomiositis, bacteriana, estadio supurativo, *staphylococcus aureus*, agente etiológico

Abstract

Pyomyositis (PM) is an acute bacterial infection in the skeletal muscles characterized by a suppurative lesion that is usually accompanied by muscle abscesses. Presentation of a clinical case of pyomyositis in a suppurative state in a pediatric patient with a history of trauma. Retrospective descriptive and cross-sectional review of the clinical history of a pediatric patient admitted with a history of trauma and diagnosed with pyomyositis, during the period September-October 2020 at the Manuel Ygnacio Monteros General Hospital (I.E.S.S.), Loja, Ecuador. Presence of 4 cc thick purulent fluid in the external obturator muscle after puncture of a muscle abscess. Isolated germ of *Staphylococcus aureus* was evident, it was concluded that the definitive diagnosis of pyomyositis and ruling out presumptive diagnosis by CT, simple pelvis x-ray, hip ultrasound, arthrocentesis, biopsy of intramuscular abscess and laboratory tests. Suppurative stage was established based on clinical characteristics, identifying *Staphylococcus aureus* as the etiological agent.

Keywords: pyomyositis, bacterial, suppurative state, *staphylococcus aureus*, etiological agent

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons . 

Cómo citar: Galarza Sánchez, C. A., Moreno Samaniego, I. N., Sarango Martínez, X. A., Chuchuca Pardo, C. F., & Benítez Guayllas, M. A. (2024). Paciente masculino de 5 años 8 meses con dolor incapacitante en cintura pélvica, alza térmica no cuantificada, a propósito de un caso. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 5 (4), 2637 – 2653.
<https://doi.org/10.56712/latam.v5i4.2444>

INTRODUCCIÓN

La piomiositis (PM) es una infección aguda bacteriana en la musculatura esquelética caracterizada por una lesión supurativa que se manifiesta de manera focal y multifocal que suele acompañarse de abscesos en el músculo. Fue descrita en 1885 por primera vez por Scriba J. Beltrag como enfermedad endémica en los trópicos por lo que se la conoció inicialmente como piomiositis tropical, sin embargo, su incidencia en clima templado se encuentra en incremento. Es frecuente en varones sanos de entre 2 a 5 años y en varones inmunodeprimidos de entre 35 a 40 años 2. La causa más común de piomiositis es el *Staphylococcus aureus* en 75 a 90% de los casos, sin embargo, otros agentes patógenos como el *Streptococcus pyogenes*, *Escherichia coli* y *Streptococcus pneumoniae* también pueden causarla. Puede ser de etiología desconocida o secundaria a un traumatismo. Normalmente los músculos son resistentes a las infecciones, sin embargo, cuando existe secuestro de hierro y mioglobina debido a la presencia de hematomas, el crecimiento bacteriano aumenta. Al igual que en otras enfermedades infecciosas el diagnóstico y tratamiento temprano disminuyen las secuelas físicas causadas por la piomiositis.

Objetivo general

- Describir el caso clínico de piomiositis en estado supurativo de un paciente pediátrico con antecedente de trauma, ingresado al Hospital General Manuel Ygnacio Monteros (I.E.S.S.) de la ciudad y provincia de Loja, año 2020.

Objetivos específicos

- Establecer como diagnóstico definitivo a la piomiositis entre diferentes patologías de afección osteomuscular mediante el análisis de pruebas complementarias.
- Definir el estadio de la piomiositis en base a las características clínicas, evolución y pruebas complementarias realizadas al paciente.
- Identificar el agente etiológico de la piomiositis para la selección de la antibioticoterapia apropiada.

METODOLOGÍA

Revisión retrospectiva descriptiva y transversal de una historia clínica correspondiente a un paciente de cinco años de edad ingresado con antecedentes de trauma y cuadro clínico de piomiositis confirmado a través de punción de absceso intramuscular transquirúrgico a nivel del músculo obturador izquierdo, durante el período septiembre- octubre 2020 en el Hospital General Manuel Ygnacio Monteros (I.E.S.S.), Loja, Ecuador.

Presentación del caso

Paciente masculino de 5 años 8 meses, sin antecedentes patológicos personales acompañado por un familiar (madre), quien refiere que hace aproximadamente 6 días presenta caída de su propia altura a nivel del hemicuerpo izquierdo, días luego presenta dolor incapacitante en cintura pélvica localizado en fosa ilíaca izquierda, sin irradiación, de carácter opresivo de gran intensidad para lo que madre le automedica ibuprofeno 10 centímetros cada 8 horas, con lo que el dolor cede parcialmente; y al presentarse alza térmica no cuantificada, acude a esta casa de salud y decide su ingreso.

Figura 1

Paciente pediátrico con antecedente de trauma, ingresado al Hospital General Manuel Ygnacio Monteros (I.E.S.S.) de la ciudad y provincia de Loja, año 2020



Fuente: Imagen tomada de: Hospital General Manuel Ygnacio Monteros (I.E.S.S.), Loja, Ecuador.

Antecedentes personales patológicos

No presenta.

Antecedentes familiares

Hermana con displasia de cadera

Madre con anemia, hiperprolactinemia, hipotiroidismo y antecedentes de DM tipo 2.

Examen físico

P.A: 102/70 mmHg

F.C: 109 lpm

F.R: 20 rpm

T° axilar: 36,6 °C

Saturación de O₂: 96%

FIO₂: al 21%

Llenado capilar: <2 segundos

Peso: 20 Kg

Talla: 1,10 m

IMC: 16,5 kg/m² (peso bajo)

Examen físico regional

Paciente álgico afebril, orientado en tiempo y lugar, con un valor de la escala de Glasgow 15/15.

Pilificación: sin lesiones en el cuero cabelludo.

Cabeza: normocefálica, simétrica, no hundimientos ni protusiones.

Ojos: pupilas isocóricas, fotorreactivas, movimientos oculares extrínsecos conservados, conjuntivas rosadas, escleras anictéricas y edema palpebral superior.

Oídos: forma y volumen normal, conductos auditivos externos permeables.

Nariz: fosas nasales permeables, mucosa no congestiva, sin masa o eritema.

Cavidad oral: mucosas orales húmedas. Labios: simétricos. Faringe y amígdala sin signos de inflamación. Lengua: húmedo de color rosácea de motilidad normal. Dentadura: normal.

Cuello: móvil, cilíndrico, simétrico, sin adenopatías ni ingurgitación yugular. Tráquea: sin desviación. Tiroides: no palpable.

Tórax

Simétrico, expansibilidad normal, sin retracciones subcostales.

Corazón: R1 y R2 rítmicos, de tono e intensidad normal, sincrónicos con el pulso radial, no soplos a la auscultación.

Abdomen

Simétrico de características normales (inspección); ruidos hidroaéreos presentes (auscultación); timpánico (percusión); suave, depresible, no doloroso a la palpación.

Maniobras: Murphy (-), Psoas (-), Rovsing (-), Mc Burney izquierdo (+), Blumberg (-).

Extremidades inferiores

Inspección: Extremidades simétricas, movimiento muscular con resistencia parcial, marcha antálgica, muslo y pierna izquierda flexionados sobre el abdomen. Sin atrofia muscular ni deformidades óseas. Leves hematomas, tumefacciones e hiperemia.

Marcha Trendelemburg (-)

Palpación: dolor a la palpación en articulación coxofemoral izquierda.

Maniobras en decúbito dorsal: Faber (+), Leg Roll (+), Stinchfield (+), Thomas (+), Test de Gaenslen (+).

Maniobras en decúbito ventral: Test de Fair (+), limitación de la flexión y abducción y tendencia de la posición del miembro inferior a la aducción y flexión.

Maniobras en decúbito lateral: dolor en bursa del psoas y trocantérea. Ober (+).

Luego de una anamnesis minuciosa y examen físico exhaustivo se determina el siguiente síndrome: Síndrome algico inflamatorio agudo febril con compromiso osteomuscular.

Evolución intrahospitalaria

Luego del ingreso del paciente con los antecedentes descritos se presentan los siguientes hallazgos de laboratorio: leucocitosis de 23,200 c/uL, neutrofilia de 74, 80 c/uL, PCR y VSG elevadas. A continuación, se realizó una ecografía de cadera en la cual se observa líquido libre de aspecto no

tabicado a nivel de la bursa trocantérea de volumen 0,72 cc con un engrosamiento de la membrana sinovial y periostio (figura 7).

Los diagnósticos presuntivos iniciales que se toman en cuenta son: sinovitis, bursitis trocantérea y artritis séptica. El tratamiento inicial que se emplea es: oxacilina 750 mg IV cada 6h, ketorolaco 10mg IV PRN y paracetamol 300 mg IV PRN. Durante 3 días sin mostrar mejoría. Posteriormente, se le añade al esquema loratadina 5 mg VO PRN y omeprazol 20 mg IV STAT.

Al persistir los síntomas, se plantea la opción de realizar una artrocentesis de cadera en la cual no se evidencia presencia de líquido purulento y, por lo tanto, se descarta: artritis séptica, osteomielitis, sinovitis, bursitis trocantérea izquierda. Posteriormente, se procede a realizar una biopsia muscular y una punción en absceso intramuscular en el músculo obturador externo obteniendo tres muestras que posterior al análisis de laboratorio, se evidencian germen aislado *Staphylococcus aureus*.

Por consiguiente, se llega al diagnóstico definitivo de piomiositis en estado supurativo debido a los diez días de evolución, además de leucocitosis, fiebre, hipersensibilidad local y presencia del absceso (tabla 4).

Además, se realizó pruebas complementarias de TAC a nivel abdominal, pelvis y muslo y ecografía de cadera, sin evidencia de infección diseminada (figura 4,5,6,7).

El tratamiento definitivo es: vancomicina 200 mg IV cada 6h de manera lenta y diluida, ketorolaco 10 mg IV PRN, ibuprofeno 270 mg VO cada 8 h, paracetamol 200 mg VO cada 8 h y loratadina 5mg VO PRN, con lo cual se observa mejoría de todos los síntomas y se le da el alta días después.

Estudios de imagen

Figura 2

Radiografía simple pelvis (ingreso)



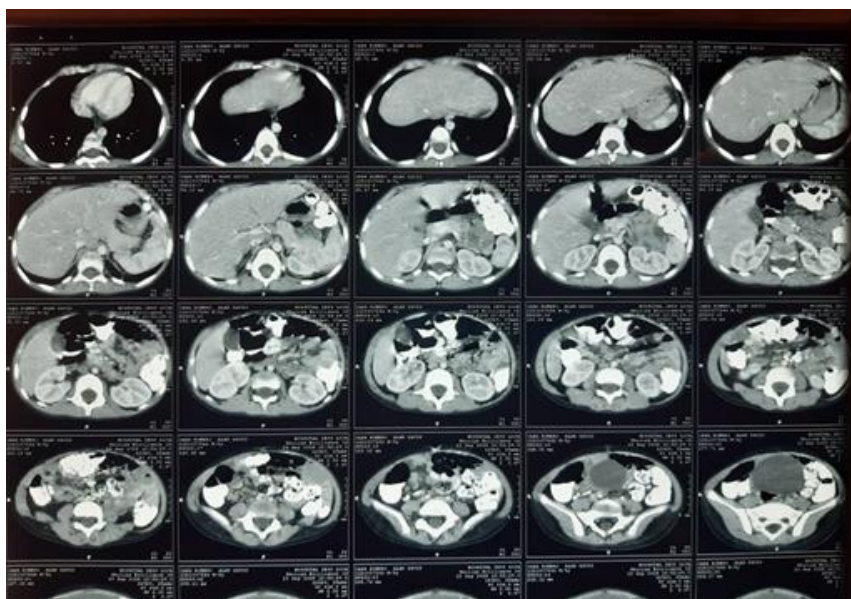


Radiografía simple de pelvis del paciente de cinco años en posición decúbito dorsal, de proyección antero-posterior, no se observan artefactos ni lesiones óseas focales, densidad mineral ósea, sínfisis del pubis y fosa iliaca conservadas. Presencia de espacios articulares coxofemorales y cabezas femorales de contornos regulares.

Fuente: Imagen tomada de: Hospital General Manuel Ygnacio Monteros (I.E.S.S.), Loja, Ecuador.

Figura 3

Tomografía axial computarizada con contraste en un plano axial simple desde el diafragma hasta crestas iliacas

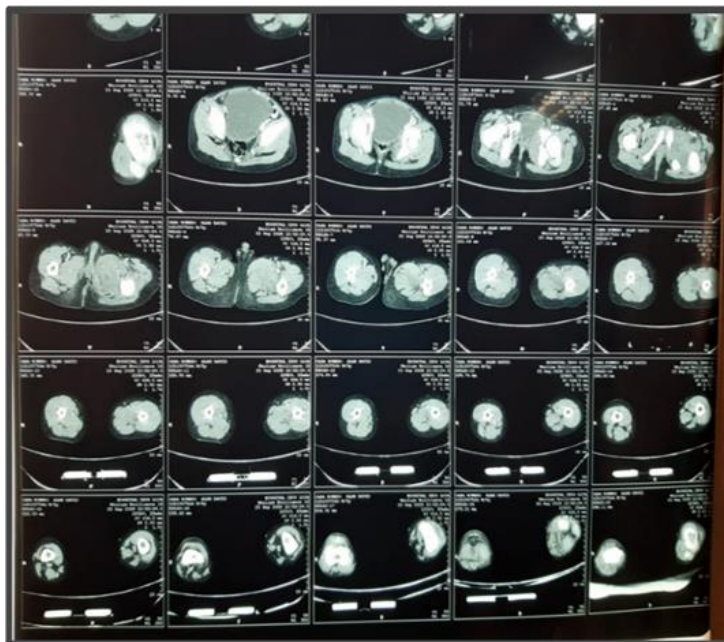


Se observa hígado con densidad tomográfica normal, sin lesiones focales; vesícula biliar y vías biliares intra - extrahepáticas normales; páncreas, riñones y adrenales de aspecto normal; vaso con densidad homogénea. Cavidad gástrica, asas intestinales y retroperitoneo sin patología. No se visualiza líquido libre.

Fuente: Imagen tomada de: Hospital General Manuel Ygnacio Monteros (I.E.S.S.), Loja, Ecuador.

Figura 4

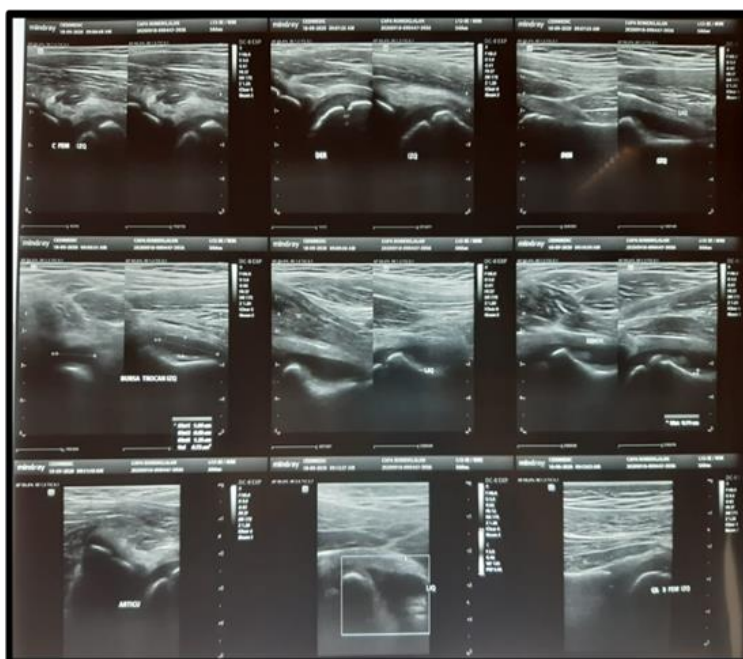
Tomografía axial simple y contrastada de pelvis y muslo



Estructuras óseas de la pelvis y espacios articulares de aspecto tomográfico conservado. Las estructuras musculares de la pelvis en el lado izquierdo a nivel del músculo obturador externo se observan engrosadas en relación a sus contralaterales. Ligera disminución de la densidad del músculo obturador externo de lado izquierdo, no se observa líquido libre periarticular.

Figura 5

Ecografía de cadera izquierda



La articulación coxofemoral se encuentra conservada, sin embargo, se observa presencia de líquido libre de aspecto claro no tabicado, a nivel de la bursa trocánterica, en un volumen de 0,72 cc aproximadamente. Además, se observa ligero engrosamiento, de la sinovial y periostio. Los planos musculares se observan conservados. No se observa presencia de líquido intraarticular. No hay edema de tejidos blandos.

Fuente: Imagen tomada de: Hospital General Manuel Ygnacio Monteros (I.E.S.S.), Loja, Ecuador.

Exámenes de laboratorio

Tabla 1

Exámenes de laboratorio: Química sanguínea, electrolitos, ionograma y gasometría

Parámetros	Resultados	Valores de referencia
Química sanguínea		
GB	84 mg/dl	70-110 mg/dl
Úrea	12 mg/dl	10-50 mg/dl
BUN	5,6 mg/dl	7-10 mg/dl
Creatinina	0,27 mg/dl	Hombres: 0,6-1,1; Mujeres: 0,5-0,9.
AST	18 U/L	15-37 U/L
ASP	7 U/L	30-65 U/L
Electrolitos		
Sodio en suero	140 mEq/L	136-145 mEq/L
Potasio en suero	3.60 mEq/L	3,5-5,1 mEq/L
Cloro	101 mEq/L	96-106 mEq/L
Ionograma y gasometría		
PO2	110 mmOl/L	90-120 mmOl/L
SO2	95%	90- 100%
Biometría hemática		
Leucocitos	23.20%	4,5-13,5%
Linfocitos	19.50%	30,5-45,5%
Monocitos	2.80%	5,5 -11,7%
Neutrófilos	74,80%	40-65%
Eosinófilos	0,30%	0,5- 2,9 %
Glóbulos rojos	4,38 millones/mm3	4,2- 5,1 millones/mm3
Hb	13,30 g/dL	12-16 g/dL
Hcto	39.40%	36-43%
Plaquetas	588 mil/mm3	150-500

Nota: GB: Glucosa basal; AST: Aspartato aminotransferasa; ASP: Alaninoaminotransferasa; PO2: Presión parcial de oxígeno; SO2: dióxido de azufre; Hb: Hemoglobina; Hcto: Hematocrito.

Tabla 2

Serología

Parámetros	Resultados	Valores de referencia
VDRL	No reactivo	
HIV 1+2	0,346	=1,0 → Muestra reactiva y posible presencia de anti-VIH 1+2. <0,9 → Muestra negativa. =0,9 y <1,0 → Muestra dudosa o de zona gris.

Nota: HIV: Virus de la inmunodeficiencia humana; VDRL: Prueba de sífilis.

RESULTADOS

Se realizó punción de absceso intramuscular en el obturador externo y se presencia líquido purulento espeso de 4 cc que posterior al análisis de laboratorio, evidencian germen aislado de *Staphylococcus aureus*, bacteria anaerobia gram positiva, con sensibilidad a vancomicina, clindamicina y gentamicina.

Diagnóstico final

Piomiositis en estado supurativo.

Tratamiento recibido en hospitalización al ingreso

Oxacilina 500 mg IV cada 6 horas (100 mg/kg/día)

Ketorolaco 20 mg IV cada 8 horas (1 mg/kg/día)

Paracetamol 300 mg IV PRN.

Tratamiento posterior al diagnóstico definitivo

Vancomicina 200 mg (lento y diluido), IV cada 6 horas (42 mg/ kg/ día).

Ketorolaco 10 mg IV PRN (0,5mg /kg/ dosis).

Ibuprofeno 270 mg, VO cada 8 horas (15 mg/ kg/dosis).

Paracetamol 200 mg VO cada 8 horas (10 mg/kg/dosis).

Loratadina 5 mg VO PRN (0,2 mg/kg/dosis).

DISCUSIÓN

El paciente de 5 años de edad, ingresado con fiebre, dolor en articulación coxofemoral izquierda con causa aparente de caída de su propia altura a nivel del hemicuerpo izquierdo, sin irradiación, de carácter opresivo de gran intensidad y leves hematomas, tumefacciones e hiperemia en dicha región; razón por la cual se consideró los siguientes diagnósticos diferenciales:

Artritis séptica, se descarta con la artrocentesis ya que no se obtiene líquido articular de cadera a la punción, evidenciándose colección purulenta a nivel muscular. El líquido sinovial en la artritis séptica presenta: niveles de glucosa bajos y las proteínas se pueden encontrar elevadas⁶, su aspecto es purulento, amarillo muy turbio, de viscosidad baja y leucocitos/uL: > 50.000 ⁷.

Sinovitis transitoria de cadera, se descarta debido a que el paciente presenta evolución estacionaria con persistencia del dolor, alza térmica constante y limitación funcional; que en contraste con la sinovitis, esta es autolimitada, con un estado general bueno, no se asocia fiebre y no hay otros síntomas musculoesqueléticos, en la exploración se comprueba la limitación dolorosa de la movilidad de la cadera ⁸, donde la movilidad resulta menos dolorosa entre las 48 y 72 horas ⁹, situación que el paciente no presenta. Además, se descarta por medio de la ecografía de cadera donde hay presencia de engrosamiento de la membrana sinovial y periostio, mas no derrame articular, característico de la sinovitis; se considera innecesaria la artrocentesis en la sinovitis ⁸, pero en referencia a este caso clínico, la artrocentesis de cadera evidenció presencia de líquido purulento en interior de músculo obturador.

Bursitis trocantérea, se descarta mediante los resultados del ultrasonido (ECO de extremidades, no vascular rastreo B, tiempo real) donde se observa imagen hipoecogénico en abordaje anterior, relacionada con distensión de cápsula articular; por lo que al comparar estos resultados difieren con respecto a los resultados de una ecografía de una bursitis trocantérea, en la que el volumen de la bolsa se vería como una imagen anecoica, bien delimitada, rodeada de una pared fina, en los casos agudos 10.

Fractura, se descarta con los resultados de valoración de placas radiológicas de cadera izquierda, en la que no se identifican trazos de fracturas.

De esta manera, sumado los exámenes de laboratorio e imagen, se determina como diagnóstico final piomiositis en estado supurativo.

La piomiositis es una enfermedad infrecuente y grave que afecta los músculos comprometiendo con mayor frecuencia los grandes músculos de las extremidades inferiores, de manera especial el cuádriceps y los glúteos, y el los músculos del tronco al psoas-íliaco.

La etiopatogenia de la piomiositis aún no es muy clara. Sin embargo, se tiene la hipótesis de que ocurre luego de una bacteriemia transitoria que inicialmente no es suficiente para afectar al músculo sano ya que usualmente los abscesos musculares son muy poco frecuentes, por lo que se ha propuesto el trauma como un claro factor que facilita el asentamiento de microorganismos en el tejido dañado produciendo piomiositis 5. Existen condiciones subyacentes, como inmunodeficiencia o enfermedades crónicas como diabetes mellitus pueden predisponer a la piomiositis, se ha propuesto también la malnutrición como un factor predisponente que podría explicar la incidencia de la enfermedad en niños de 2 a 5 años en países pobres, sin embargo, no hay evidencia directa sobre la nutrición de niños con piomiositis 11.

El perfil clínico de la Piomiositis de climas templados y tropicales es indistinguible. Se presenta frecuentemente con la triada de fiebre, coxalgia y cojera, suele ser una sintomatología subaguda con presencia de tres estadios.

El primer estadio o invasor de inicio subagudo se caracteriza por fiebre, dolor sordo leve y progresivo, el 2% de los pacientes consultan en esta fase. El segundo estadio o supurativo con dolor más intenso con manifestaciones de infección o septicemia, suele ocurrir entre 20-21 días más tarde, es la fase en la que se diagnostican más casos. En el tercer estadio o séptico existe una septicemia franca, con dolor severo a la palpación profunda y en el movimiento articular además pueden presentarse complicaciones por la bacteriemia como endocarditis, neumonía, shock, etc. 12.

El diagnóstico de piomiositis requiere una alta sospecha y se confirma con imagenología o bacteriología, tanto con hemocultivos o punción intramuscular. Los hemocultivos son positivos en 5 a 30% de los casos 4. El *Staphylococcus aureus* que se identifica en el 90% de los casos en países tropicales y en el 75% de los casos en climas templados, seguido de *Streptococcus pyogenes* que es el responsable del 1-5% de los casos provocando un caso más agudo y grave, sin embargo, otras bacterias como el *Streptococcus pneumoniae* y hongos como *Candida albicans* también pueden producir el cuadro 13.

Tabla 3

Factores de riesgo de piomiositis

Daño muscular
Traumático
Miositis virales o parasitarias
Ejercicios intensos
Convulsiones
Compromiso inmunológico
Infección por VIH
Leucemia aguda, anemia aplásica
Agammaglobulinemia
Diabetes mellitus
Uso de corticoesteroides
Enfermedades autoinmunes
Otras neutropenias e inmunodeficiencias
Mixtas
Déficit nutricional
Uso de drogas intravenosas
Enfermedades crónicas avanzadas
Alcoholismo

Fuente: Ejemplo tomado de: (Cavagnaro, 2013).

Tabla 4

Estadios de la piomiositis

Estadio	Síntomas	Examen físico	Laboratorio
1. Etapa invasora	Fiebre baja, malestar general, calambres dolorosos, dolor local	Músculo moderadamente indurado en palpación profunda, sin eritema ni calor local	Leucocitosis ocasional
2. Etapa supurativa	Aumento del dolor, con mayor inflamación local	Eritema, aumento de volumen y sensibilidad localizada, formación de abscesos	Leucocitosis, aumento de reactantes de fase aguda
3. Etapa tardía o séptica	Fiebre alta y dolor intenso	Manifestaciones sistémicas, incluyendo shock séptico. Músculo puede estar fluctuante.	Bacteriemia, complicaciones

Nota: * Ejemplo tomado de: (Cavagnaro, 2013).

CONCLUSIONES

Se estableció el diagnóstico de piomiositis mediante el uso de TAC, radiografía simple de pelvis, ecografía de cadera y exámenes de laboratorio. Estas pruebas complementarias tuvieron un papel muy importante dentro del manejo de la patología, resaltando el uso de ecografía y biopsia muscular para la confirmación del diagnóstico definitivo; mientras que la TAC y la radiografía simple de pelvis fueron de utilidad para el descarte de los diagnósticos presuntivos.

Se definió a la piomiositis en estadio supurativo en base a sus características clínicas: tiempo de evolución, leucocitosis, fiebre e hipersensibilidad local, además de presencia del absceso en el músculo obturador externo.

Se identificó el agente causal de la infección muscular definiéndolo como *Staphylococcus aureus* mediante la utilización cronológica de una ecografía, punción del absceso intramuscular y un hemocultivo, además de identificar los fármacos a los que la bacteria es sensible (vancomicina, clindamicina y gentamicina).

Agradecimientos: al Dr. Luis Pacheco Correa, director médico del Hospital General Manuel Ygnacio Monteros por la apertura a la revisión del caso clínico detallado y al Dr. Cristian Galarza, médico internista, diabetólogo y docente investigativo de la carrera de Medicina por la revisión crítica del manuscrito.

REFERENCIAS

Baran E, Aguilera K, Lorenzi LM, Simoneto R, Valuntas L, Basso G. Piomiositis en un paciente inmunocompetente. Rev Chil Infectol [Internet]. 2012;29(2):221–3. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v29n2/art17.pdf>

Cavagnaro F, Rodríguez J, Arancibia ME, Walker B, Espinoza A. Piomiositis en niños. reporte de 2 casos. Rev chil infectol [Internet]. 2013;30(1):81–5. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v30n1/art14.pdf>

Gubbay AJ, Isaacs D. Pyomyositis in children. J Pediatr Infect Dis Soc [Internet]. 2000;19(10):1009–13. Available from: https://journals.lww.com/pidj/Citation/2000/10000/Pyomyositis_in_children.15.aspx

Llorente Otones L, Vázquez Román S, Íñigo Martín G, Rojo Conejo P, González Tomé MI. Piomiositis en los niños: No sólo una enfermedad tropical. An Pediatr [Internet]. 2007;67(6):578–81. Available from: <https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-13113020>

Loza SM. Diagnóstico diferencial de las inflamaciones articulares. SEPEAP [Internet]. 2017;21(3):154–9. Available from: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi03/01/n3-154-159_PabloFdez.pdf

Marin M, Ordoñez O P a. Cojera. Manual de Urgencias de Pediatría Hospitales Universitarios Virgen del Rocío [Internet]. 2019 Feb;(2):47–54. Available from: https://www.aepap.org/sites/default/files/pags._47-56_cojera.pdf

Moralejo-Alonso L, Alonso-Claudio G. Piomiositis. Servicio de Medicina Interna II Hospital Clínico Universitario de Salamanca [Internet]. 2018;1–8. Available from: <http://clinicainfectologica2hnc.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2018/03/Piomiositis.pdf>

Murias Loza S, Alcobendas Rueda RM UGC. Artritis. Diagnóstico diferencial. SERPE [Internet]. 2020 Feb;17–26. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/02_artritis_diagn.pdf


S. García-Mata, A. Hidalgo JE. Piomiositis primaria del músculo psoas en clima templado . Revisión a propósito de dos casos en niños seguidos a largo plazo Primary pyomyositis of the psoas muscles in a temperate climate . Review of two cases in children followed up over the long term C. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2006;29(3):419–31. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000500010&lng=es

Sexton DJ, Baron EL. Artritis Septica. Rev Médica Sinerg [Internet]. 2017;2(1):22–5. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms171d.pdf>

Sociedad MEDIFAM. A, González Duque A, José Reina C de, Vaquero Martín J. Bursitis trocantérea. Técnicas y procedimientos. Medifam. 2003;13(1):43–8.

Valle J, Bolaños C. Piomiositis. Rev MEDICA COSTA RICA Y Centroam LXXI [Internet]. 2015;1–5. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc154q.pdf>

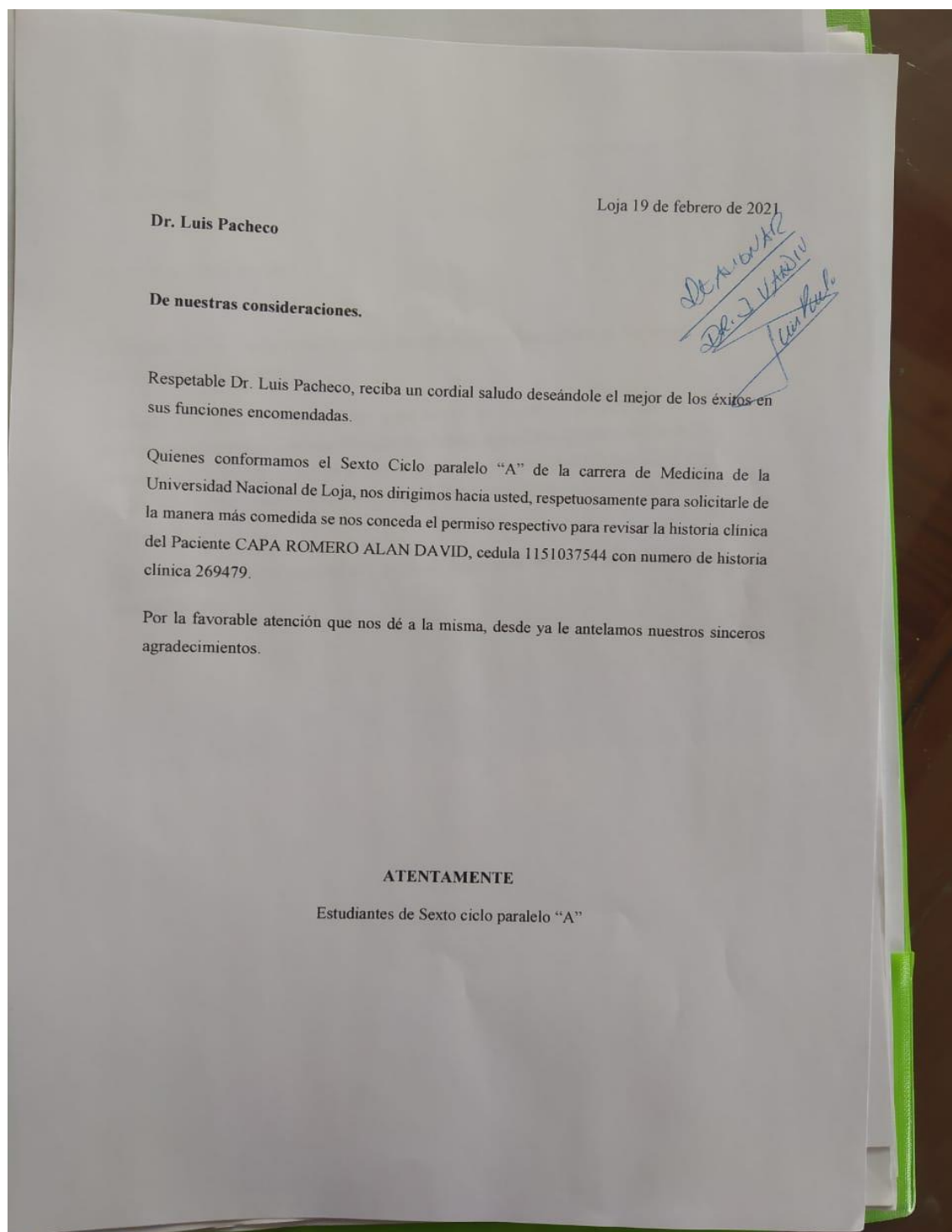
Vargas Pérez M, González Gómez B, Baquero Artigao F. Piomiositis de localización inusual. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2016;18(71):e101–5. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322016000300010&lng=es.

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) .

ANEXOS

Anexo 1

Nota para el Dr. Luis Pacheco



Anexo 2

Autorización

Loja, 19 de febrero del 2021

Estimada BETTY YADIRA ROMERO LAVANDA /Representante Legal

Por medio del presente, queremos solicitar a usted muy comedidamente se nos conceda su **AUTORIZACIÓN** para la revisión de la historia clínica de su representado **ALAN DAVID CAPA ROMERO**.

La revisión de la historia clínica, tiene por objetivo conocer el caso clínico con la finalidad de realizar un trabajo final, el mismo que nos aportará conocimientos a fin a nuestra carrera.

Es importante precisar que la información del paciente es confidencial y privada.

En caso de autorizar la participación de su hijo, solicitamos llenar sus datos y firma a continuación.

Agradecemos su gentil apoyo.

Atentamente,

Rosa María Álvarez Enriquez:
Marlon Alexander Benítez Guayllas:
Valeria Susana Gaona Aponc:
Jennifer Alina Jiménez Yaguana:
Pamela Anabel López Jiménez:
Sophia Fernanda Vire Sarmiento:

Yo, Betty Yadira Romero Lavanda madre/representante legal del niño
Alan David Capa Romero autorizo la revisión de la historia clínica con fines académicos.

Firma: [Firma]

Cédula de Identidad: 1418 946757

Anexo 3

Egreso del paciente



Nota: Paciente de 5 años de edad, ingresado con fiebre y dolor en articulación coxofemoral izquierda, diagnosticado con piomiositis, se encuentra en el tercer día de iniciada la rotación antibiótica con vancomicina. Al momento se evidencia adecuada respuesta clínica y se espera resultados de hemocultivo para posterior seguimiento en el área de traumatología.