

Piomiositis del pectoral mayor como complicación durante infección de varicela en niño de 4 años: una localización infrecuente

C. Laliena Oliva⁽¹⁾, L. Cuadrón Andrés⁽²⁾, M. P. Collado Hernández⁽²⁾, D. C. Pestana Gallardo⁽¹⁾, A. Revuelta Cabello⁽¹⁾, A. Escribano García⁽¹⁾

⁽¹⁾ Médico interno residente de Pediatría. Hospital Clínico Lozano Blesa. Servicio de Pediatría, Zaragoza
⁽²⁾ Facultativo adjunto especialista de Pediatría. Hospital Clínico Lozano Blesa. Servicio de Pediatría, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2022; 52: 192-195]

RESUMEN

La varicela, enfermedad exantemática causada por el virus varicela zóster, es una entidad frecuente y común a lo largo de la infancia. Su curso clínico es generalmente benigno y autolimitado. Pese a ello, puede asociar complicaciones a distintos niveles. Hasta un 6% de las mismas se producen a nivel musculoesquelético, constituyendo un grupo de complicaciones relativamente poco frecuente, pero importante en cuanto a severidad^(1,2). *Objetivo:* El objetivo de este caso clínico es mostrar una rara complicación de la varicela en niños, que cuenta además con una localización infrecuente. *Descripción del caso:* A continuación, presentamos el caso y la evolución de un escolar de 4 años que durante una infección por varicela presenta piomiositis del músculo pectoral mayor derecho.

PALABRAS CLAVE

Varicela, piomiositis, músculo pectoral, sistema musculoesquelético.

Pectoral myositis as a complication of varicella infection in 4 years old child: an unusual location

ABSTRACT

Chickenpox, an exanthematous disease caused by the varicella zoster virus, is a frequent and common entity in childhood. Its clinical course is generally benign and self-limited. Despite this, it can be associated with complications at different levels. Up to 6% of them, occur at musculoskeletal level, constituting rare but important group of complications in terms of severity. *Objective:* The aim of this case report is to show a rare complication with an uncommon location of chickenpox in children. *Case description:* We present the case and evolution of a 4-year-old schoolboy who developed pyomyositis of the right pectoralis mayor muscle during a chickenpox infection.

KEYWORDS

Chickenpox, pyomyositis, pectoralis muscles, musculoskeletal system.

Correspondencia: Clara Laliena Oliva
Teléfono: 628 515 907
clara_lalien@hotmail.com

Recibido: mayo de 2021. Aceptado: junio de 2021

INTRODUCCIÓN

La varicela es una de las infecciones exantemáticas de la piel más frecuentes durante la infancia. Generalmente presenta un curso benigno y autolimitado, resolviéndose sin secuelas. No obstante, no está exenta de complicaciones. Dentro de las mismas, las infecciones de la piel son las más frecuentes, probablemente por las características del paciente y la inmunosupresión causada por este virus, así como por la disrupción de la barrera defensiva del tejido cutáneo, provocada por sus lesiones en forma de vesícula⁽³⁾. Más raras son otro tipo de secuelas, como las musculoesqueléticas, que según algunas series, suponen hasta el 6 % de las complicaciones por varicela en niños⁽⁴⁾. Estas comprenden desde la osteomielitis a la artritis séptica, incluyendo la miositis y piomiositis así como la fascitis necrotizante, potencialmente mortal^(3,5).

La piomiositis o infección aguda del músculo estriado puede producirse por contigüidad, diseminación linfática o hematogena. El patógeno más frecuentemente implicado es el *Streptococcus pyogenes* del grupo A. Dado lo poco frecuente del problema, representa un reto diagnóstico, pues requiere un alto índice de sospecha por tratarse en ocasiones de un proceso poco aparente al inicio⁽³⁾.

CASO CLÍNICO

Escolar de 4 años que acudió al servicio de urgencias por cuadro de varicela de 5 días de evolución asociado a fiebre de 39 °C y a la aparición en las últimas horas de inflamación y edema doloroso en región pectoral derecha. A la exploración física mostraba alteración del estado general, se encontraba taquicárdico, y presentaba edema doloroso a nivel de pectoral derecho que impide la movilización de brazo derecho con la piel suprayacente caliente y roja. A su vez se objetivaron lesiones costrosas múltiples y generalizadas con signos de impetiginización por rascado. El resto de exploración física no presentaba alteraciones (figuras 1 y 2). Ante sospecha de miositis en contexto de cuadro de varicela se ingresó al paciente y se realizó analítica de sangre que mostraba leucocitosis (14.200/mm³) con neutrofilia (10.800/mm³) y elevación de reactantes de fase aguda (proteína C reactiva > 36,74 mg/dL y procalcitonina de 6,32 ng/L). Se realizó radiografía de tórax normal y ecografía muscular de la zona pectoral, en la que se visualizó tanto en pared torácica derecha como en zona abdominal anterolateral, afectación del tejido celular subcutáneo con finas láminas anecoicas en contexto de extensa celulitis con extensión a fibras musculares subyacentes que también presentaban imágenes



Figura 1. Lesiones de varicela con sobre elevación en zona de pectoral mayor derecho.



Figura 2. Detalle de la zona de pectoral derecho, sobre elevada a causa de la piomiositis.

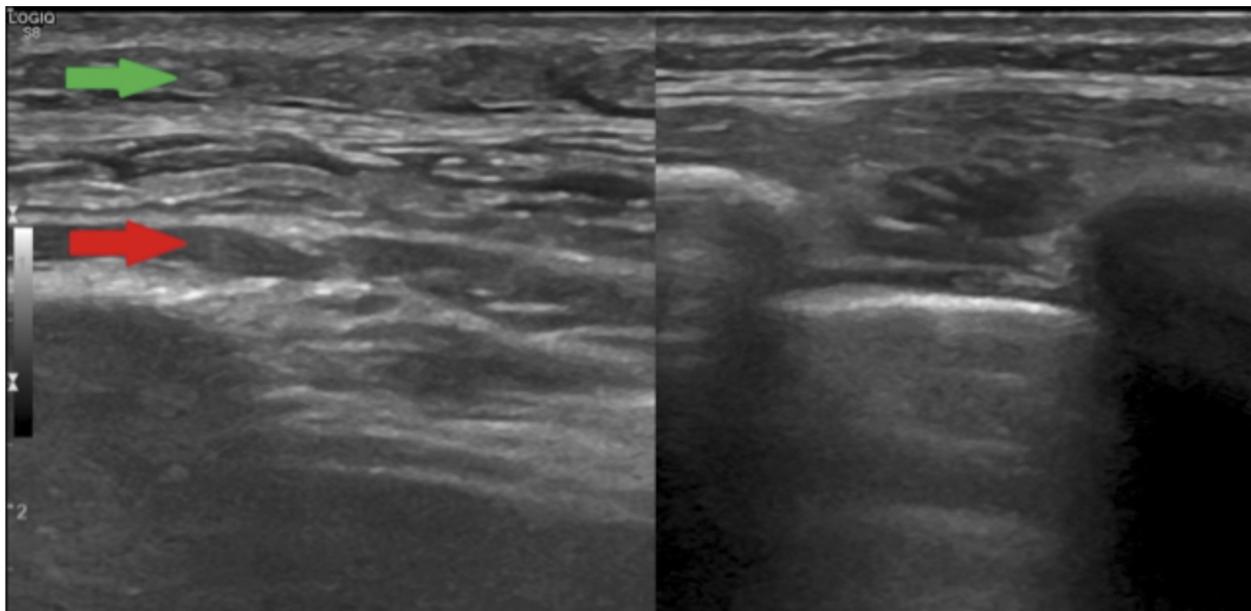


Figura 3. Afectación del tejido celular subcutáneo y de las trabéculas de músculo.

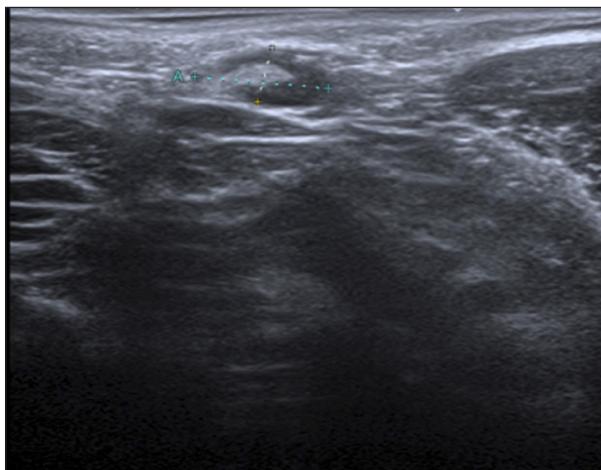


Figura 4 . Adenopatía en región axilar/ pectoral mayor reactiva al proceso inflamatorio.

lineales anecoicas entre las fibras musculares en relación a proceso inflamatorio, miositis con celulitis asociada en músculo pectoral derecho (figura 3).

Se estableció antibioterapia intravenosa, inicialmente con amoxicilina-clavulánico y ante ausencia de respuesta clínica se sustituyó a las 48 horas por clindamicina y cefotaxima intravenosa. Además, se pautó tratamiento antiinflamatorio. Se solicitó hemocultivo que fue negativo.

Aunque persistieron picos febriles los primeros 5 días, se objetivó mejoría clínica progresiva con disminución del

edema y mejoría de la movilidad del brazo derecho, así como descenso de los marcadores infecciosos (proteína C reactiva: 6,9 mg/dL y procalcitonina < 0,5 ng/L). A nivel ecográfico, se objetivó una disminución del tamaño en el proceso inflamatorio compatible con miositis que se describía inicialmente (figura 4) con persistencia de adenopatías reactivas. Se mantuvo antibioterapia intravenosa durante 14 días, posteriormente se completó tratamiento domiciliario con cefuroxima durante 6 días. Se realizó control clínico una semana después, objetivando desaparición completa del edema de la región pectoral.

DISCUSIÓN

La varicela es una de las infecciones cutáneas más frecuentes en la infancia. Entre las principales causas de hospitalización en niños inmunocompetentes con varicela se incluyen las infecciones de la piel y del tejido subcutáneo.

La piomiositis, entidad poco frecuente y rara, puede estar en relación con los siguientes agentes etiológicos, entre los que se incluyen el *Staphylococcus aureus* y el *Streptococcus pyogenes*, y en menor medida, el *Streptococcus pneumoniae*. En el caso de la varicela se asocia con mayor frecuencia al *Streptococcus pyogenes* del grupo A⁽⁶⁾.

En cuanto al diagnóstico, es fundamental la adecuada exploración física, así como un alto índice de sospecha para detectar esta patología en sus estadios iniciales. En la mayoría de las ocasiones el paciente refiere dolor, eritema, ru-

bor y edema con induración. En estadios más avanzados se puede encontrar formación de abscesos con aparición de signos inflamatorios cutáneos asociado a fiebre alta y malestar. Dependerá también de la localización del músculo afectado. Los músculos más frecuentemente afectados son los de extremidades inferiores (cuádriceps, psoas y glúteo)⁽⁷⁻⁹⁾, siendo más rara la afectación de músculos proximales a extremidades superiores como en nuestro caso, en el que se observa una afectación del pectoral mayor.

Respecto al uso de pruebas de imagen, la radiología simple muestra escaso valor, aunque sería de utilidad para descartar otros procesos como osteomielitis, sarcomas óseos primarios. La ecografía es una prueba muy útil y poco invasiva, es útil principalmente en músculos superficiales y en fase supurativa. Suele mostrar un músculo inflamado con textura ecográfica anormal y lesiones hipoecogénicas. En ocasiones, las imágenes obtenidas tienen apariencia heterogénea y difusa, mezclando áreas hipo e hiperecogénicas. Cuando la ecografía no sea concluyente y persista alto índice de sospecha, es preferible pasar a la realización de resonancia magnética, por su mejor resolución, en comparación con la tomografía computarizada, ya que permite apreciar con detalle los tejidos blandos, así como identificar abscesos y problemas coexistentes, como artritis séptica u osteomielitis⁽¹⁰⁾.

Respecto a las pruebas analíticas, en la mayoría de los casos se constata leucocitosis asociada a un aumento de reactantes de fase aguda tales como proteína C reactiva y VSG (velocidad de sedimentación globular) al igual que mostraba nuestro paciente al ingreso, previa instauración de antibioterapia. Los niveles de creatinina son habitualmente normales salvo en etapas avanzadas, en las que existe mayor destrucción muscular.

En casos determinados, y en fases más avanzadas, puede requerirse la punción y evacuación del material purulento para el diagnóstico etiológico microbiológico y como tratamiento.

El tratamiento se basa en antibioterapia que cubra fundamentalmente el *Staphylococcus aureus* y el *Streptococcus pyogenes*, acompañado o no de drenaje quirúrgico en función de la fase de la enfermedad y de la evolución. El tratamiento empírico recomendado es cloxacilina o cefazolina intravenosa, asociado a clindamicina en los casos más graves. Cuando exista mejoría se puede pasar a vía oral empleando amoxicilina-clavulánico, cefalosporinas de 1ª o 2ª generación y clindamicina^(11,12).

La duración del tratamiento antibiótico es variable en dependencia del estado clínico en la presentación del cuadro y de la evolución tanto clínica como analítica.

En nuestro caso, se fueron realizando controles clínicos y analíticos, así como ecográficos, objetivando una mejoría progresiva tras el cambio de antibioterapia, no llegando a precisar drenaje de la lesión.

El tratamiento adecuado, así como la instauración del mismo en estadios iniciales, será fundamental para lograr una correcta resolución. Por tanto, es necesario un alto índice de sospecha de complicaciones ante la presencia de fiebre, dolor muscular o impotencia muscular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castells Vilella L, Uriz Urzainqui S. Piomiositis estreptocócica como complicación infrecuente de la varicela. *An Pediatr (Barc)*. 2004; 60(6): 595-7.
2. Vital L, Vieira L, Nunes B, Raposo F, Veludo V, Pinho A. Pediatric Pyomyositis: A Rare but Important Complication of Varicella. *Case Rep Orthop*. 2020 (5): 1-4.
3. Lim JBT, Huntley JS. Musculoskeletal sequelae of Varicella-zoster infection: two case reports. *Scott Med J*. 2012; 57(2): 1-5.
4. Schreck P, Schreck P, Bradley J, Chambers H. Musculoskeletal Complications of Varicella. *J Bone Jt Surg*. 1996; 78(11): 1713-9.
5. Gupta AK, Bonajmah AA. Varicella-related musculoskeletal complications in children. *J Pediatr Orthop B*. 2011; 20(4): 264-9.
6. Coria IJJ, Gutiérrez MR, Rosales UE, et al. Siete años de experiencia en niños con miositis en un hospital de niños. *Rev Mex Pediatr*. 2004; 71(6): 278-82.
7. Larcamon JE, Juanco G, Álvarez LA, Pebe FV. Absceso del psoas como complicación de varicela. *Arch Argent Pediatr*. 2010; 108: 86-8.
8. Fernández Martínez MN, Ramallo Hermo J, Cameán Hermo MS. Piomiositis como complicación de la varicela: A propósito de un caso. *Pediatría Aten Primaria*. 2012; 14(53): 41-4.
9. García-Mata S, Hidalgo A, Esparza J. Piomiositis primaria del músculo psoas en clima templado: Revisión a propósito de dos casos en niños seguidos a largo plazo. *Anales Sist San Navar* [Internet]. 2006 [citado 30 May 2021];29(3):419-431. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000500010&lng=es.
10. Gubbay AJ, Isaacs D. Pyomyositis in children: *Pediatr Infect Dis J*. 2000; 19(10): 1009-12.
11. Zimbelman J, Palmer A, Todd J. Improved outcome of clindamycin compared with beta-lactam antibiotic treatment for invasive *Streptococcus pyogenes* infection: *Pediatr Infect Dis J*. 1999; 18(12): 1096-100.
12. L. López Fernández, V. Jiménez Escobar, I. Sáenz Moreno et al., Piomiositis aguda: diagnóstico y tratamiento de 3 casos en un hospital de segundo nivel, *Anales de Pediatría*, <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.11.007>