

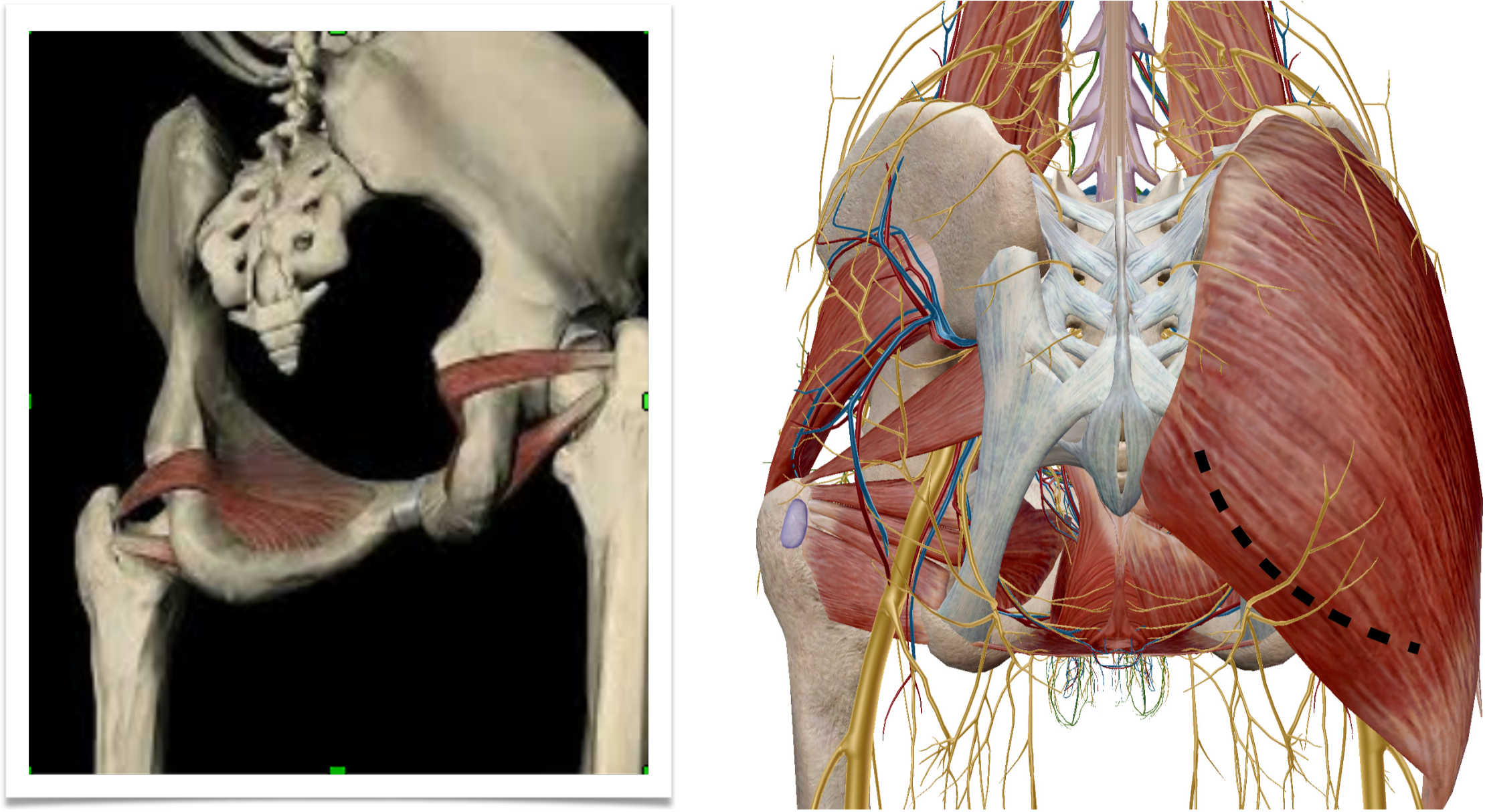
ABORDAJE TRANSGLÚTEO EN EL TRATAMIENTO DE LA PIOMIOSITIS EN MÚSCULO OBTURADOR INTERNO.A PROPÓSITO DE UN CASO.

Alejandro Pastor Zaplana, Cristina Corral Martínez, Daniel Salamanca Rodriguez,
Petra Llull Riera, Verónica Rico Ramírez



OBJETIVOS

Valorar la utilidad del abordaje transglúteo en un paciente adulto con piomositis del obturador interno.



Figuras 1 y 2: Músculo obturador interno (izquierda) y anatomía circundante

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 52 años que inicia cuadro de fiebre y dolor en muslo izquierdo irradiado hacia pierna y cadera ipsilateral. A la exploración presenta quistes sebáceos infectados en región perianal. En el transcurso de 24 horas el paciente sufre deterioro del estado general, con hemocultivos positivos a *S. Pyogenes*, e ingresa en UCI por sepsis grave secundaria a celulitis.

Evoluciona satisfactoriamente, permitiendo su salida de UCI, pero ante la persistencia de dolor en muslo y la aparición de endurecimiento en planos profundos, se solicita un TC. Se visualizan colecciones difusas, no pudiendo descartar que se trate de cambios inflamatorios, por lo que se decide actitud expectante y dar de alta con tratamiento antibiótico (amoxicilina-clavulánico).

A las 3 semanas del alta el paciente reingresa por fiebre e intenso dolor. Se solicita RM, donde se visualiza colecciones en compartimento medial del muslo y en músculo obturador interno izquierdos (figura 3). Se pauta antibioterapia intensiva y se valora drenaje de las colecciones.

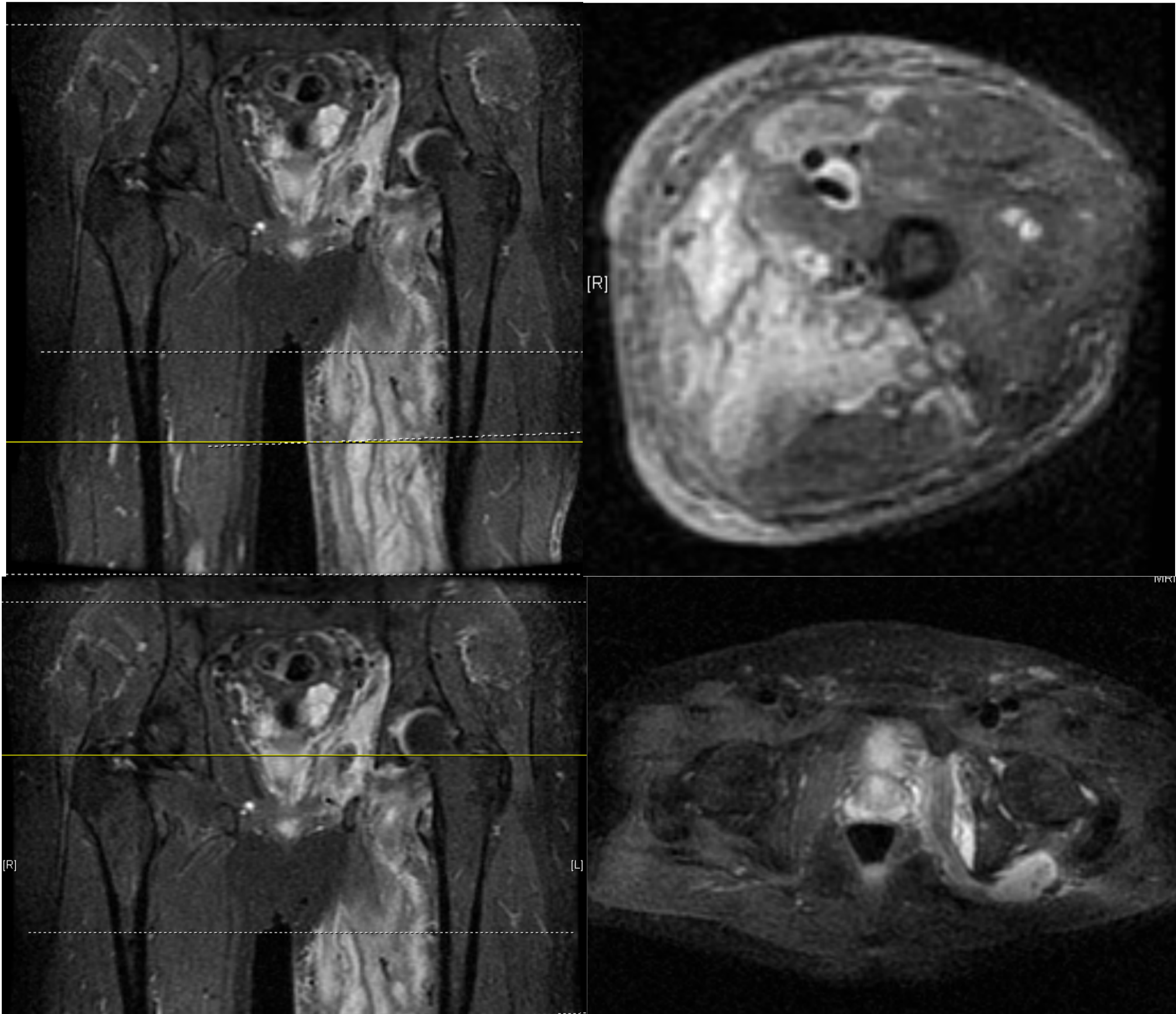


Figura 3: RM con colecciones a nivel de músculo obturador interno y compartimento medial de muslo izquierdo

Radiología intervencionista desestima el procedimiento por alto riesgo de lesión vascular, por lo que se decide realizar tratamiento quirúrgico por parte de traumatología.

RESULTADOS

Se realiza desbridamiento quirúrgico de las lesiones. Para el absceso del muslo se realiza abordaje directo. Para el del músculo obturador interno se realiza un abordaje transglúteo, empleado más comúnmente en población infantil(1). Se consigue tomar muestra y drenar material purulento en ambos focos, con cultivos positivos para *S. Epidermidis*.



Figuras 4, 5 y 6: Abordaje, salida de contenido purulento y drenaje de colección de m. obturador interno

El paciente es dado de alta con antibioterapia dirigida (dalvancina) y seguido en consulta por parte de medicina interna y de traumatología.

Actualmente, tras 16 meses de la intervención, el paciente esta asintomático, sin recidivas y con desaparición de las colecciones en las RM de control (figura 7).

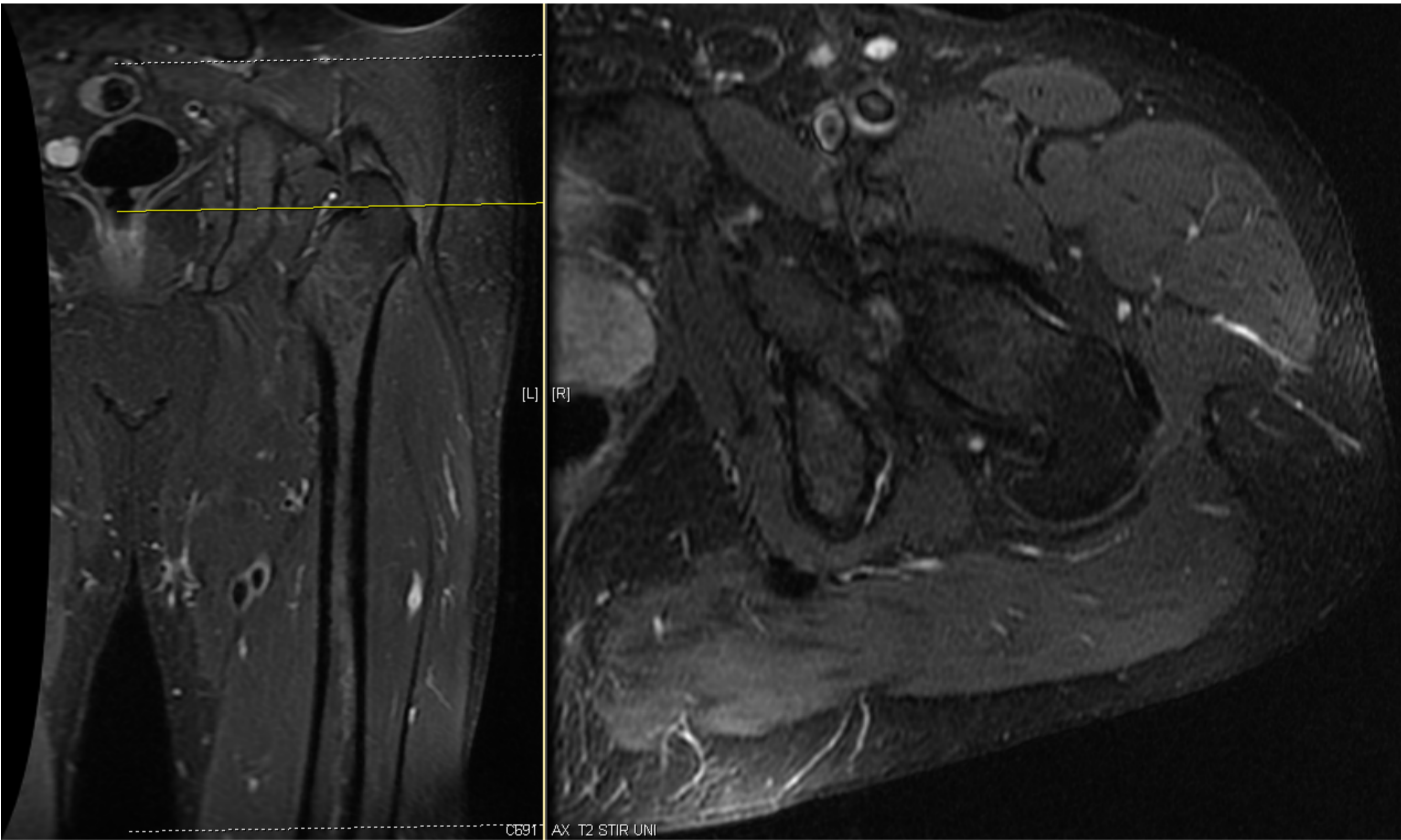


Figura 7: RM control tras 8 meses de la IQ con desaparición de las colecciones

CONCLUSIONES

- El obturador interno es un músculo de difícil acceso con pocos casos de piomisitis primaria en adultos descritos en la literatura.
- El abordaje transglúteo es una vía de acceso válida al músculo obturador interno en el paciente adulto con poca agresividad quirúrgica y temprana recuperación.

BIBLIOGRAFÍA

1. White S, Stopka S, Nimityongskul P, Jorgensen D. Transgluteal Approach for Drainage of Obturator Internus Abscess in Pediatric Patients. J Pediatr Orthop. 2017;37(1):e62-e66. doi:10.1097/BPO.0000000000000681
2. Ticse R, Melgarejo W, Fuentes-Dávila A, Ortiz J, Zegarra J. Presentación atípica de piomiositis tropical difusa de psoas por Staphylococcus aureus meticilino resistente [Atypical presentation of diffuse tropical pyomyositis of the psoas due to methicillin resistant Staphylococcus aureus]. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2012;29(1):135-138
3. Minami K, Kenzaka T, Kumabe A, Matsumura M. Thigh pyomyositis caused by group A streptococcus in an immunocompetent adult without any cause. BMC Res Notes. 2017;10(1):33. Published 2017 Jan 7. doi:10.1186/s13104-016-2346-2
4. Hsia C, Granadillos C, Vega-Colon K. Pyomyositis of the Vastus Medialis: A Case Report. Curr Sports Med Rep. 2019;18(4):118-120. doi:10.1249/JSR.0000000000000581