

Piomiositis en pediatría: características clínicas y microbiológicas de una serie de casos de un hospital terciario en Montevideo, Uruguay

Pediatric pyomyositis: clinical and microbiological features of a case series from a tertiary hospital in Montevideo, Uruguay

Joaquín Pérez¹, Eduardo Rompani¹, María Inés Umpiérrez¹ y Catalina Pérez^{2,3}

¹Departamento de Pediatría, Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay.

²Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

³Unidad de Inmunizaciones, Ministerio de Salud Pública, Montevideo, Uruguay.

Sin financiamiento externo.

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Los autores han obtenido el consentimiento informado del paciente para la publicación de imágenes e información personal, que se encuentra en manos del autor de correspondencia.

Recibido: 24 de abril de 2025 / Aceptado: 28 de agosto de 2025

Resumen

Introducción: La piomiositis es una infección poco frecuente pero potencialmente grave en pediatría. **Objetivo:** Describir las características clínicas, microbiológicas e imagenológicas de una serie clínica de niños con piomiositis. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo de pacientes bajo 15 años con diagnóstico de piomiositis, en un hospital terciario de Montevideo, Uruguay, entre 2018 y 2023, confirmados por resonancia magnética (RM) y cultivos microbiológicos. **Resultados:** Se identificaron 10 casos, con una edad media de 5,5 años. En nueve pacientes la localización fue en extremidades inferiores. La presentación clínica más frecuente incluyó dolor local, fiebre y claudicación. *Staphylococcus aureus* fue el agente causal en 90% de los casos. Todos los casos fueron confirmados por RM y cultivos. Se realizó drenaje percutáneo en seis pacientes y todos recibieron tratamiento antimicrobiano intravenoso, con evolución favorable y sin complicaciones. **Conclusiones:** *S. aureus* fue el patógeno más frecuente. La RM fue clave para el diagnóstico y localización de la infección. El tratamiento con antibacterianos y el drenaje percutáneo fue eficaz en la mayoría de los casos.

Palabras clave: piomiositis; miositis; *Staphylococcus aureus*; infecciones bacterianas; antibacterianos; resonancia magnética; niños.

Abstract

Introduction: Pyomyositis is a rare but potentially serious infection in children. **Objective:** To describe the clinical, microbiological, and imaging features of a case series of children with pyomyositis. **Methodology:** An observational, descriptive study of patients under 15 years diagnosed with pyomyositis at a tertiary hospital in Montevideo, Uruguay, between 2018 and 2023, confirmed by magnetic resonance imaging (MRI) and microbiological cultures. **Results:** Ten cases were identified, with a mean age of 5.5 years. In nine patients, the infection was in the lower extremities. The most common clinical presentation included local pain, fever, and claudication. *Staphylococcus aureus* was the causative agent in 90% of cases. All cases were confirmed by MRI and cultures. Percutaneous drainage was performed in six patients, and all received intravenous antimicrobial treatment, with favorable outcomes and no complications. **Conclusions:** *S. aureus* was the most common pathogen. The MRI was crucial for diagnosing and locating the infection. Treatment with antibacterial agents and percutaneous drainage was effective in most cases.

Keywords: pyomyositis; myositis; *Staphylococcus aureus*; bacterial infections; antibacterial agents; magnetic resonance imaging; children.

Correspondencia a:

Joaquín Pérez
joacop.18@gmail.com

Introducción

La piomiositis es una infección bacteriana piógena del músculo estriado, caracterizada por inflamación y progresión hacia la formación de abscesos musculares. Si bien suele comportarse como una infección localizada, puede evolucionar hacia una miositis necrosante rápidamente progresiva, con riesgo de sepsis y compromiso multiorgánico. Afecta con mayor frecuencia la musculatura profunda abdomino-pelviana (psoas, ilíaco) y los músculos de las extremidades inferiores^{1,2}.

Tradicionalmente considerada endémica de regiones tropicales, en las últimas décadas existe un creciente reporte de casos en climas templados y fríos^{3,4}. En pediatría, predomina en niños escolares y adolescentes varones. Aunque se ha asociado a traumatismos musculares, ejercicio intenso y enfermedades que comprometen la inmunidad del hospedero, la mayoría de los casos ocurren en pacientes previamente sanos.

La historia natural de la piomiositis consta de tres etapas: una fase inicial o invasora, caracterizada por dolor inespecífico, edema localizado y escasa sintomatología sistémica; una segunda fase supurativa, con fiebre, dolor localizado y formación de abscesos; y una tercera fase tardía, con diseminación hematógena, sepsis y *shock*⁵.

El principal agente etiológico es *Staphylococcus aureus*, aunque también se pueden aislar otros microorganismos como *Streptococcus pyogenes* y bacilos Gram negativos como *Escherichia coli*.

En Uruguay, desde comienzos de los años 2000 se documentó un aumento sostenido de infecciones comunitarias graves causadas por *S. aureus* resistente a meticilina adquirido en la comunidad (SARM-AC), incluyendo infecciones osteoarticulares, neumonías necrosantes y abscesos profundos en niños previamente sanos^{6,7}. Dada su capacidad para producir toxinas y su perfil de resistencia a los antibacterianos, SARM-AC representa un desafío clínico y plantea interrogantes sobre su rol en la presentación clínica y evolución de la piomiositis en la población pediátrica. En Uruguay, las infecciones causadas por SARM-AC no son una enfermedad de notificación obligatoria y en la actualidad no se dispone de datos sobre su prevalencia en la población pediátrica⁸.

El objetivo de este trabajo es revisar una serie clínica de casos de piomiositis en niños asistidos en un hospital pediátrico de referencia, y describir sus características clínicas, imagenológicas, agente etiológico y el rol actual de SARM-AC en esta patología.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes bajo 15 años, hospitalizados en un centro hospitalario de

tercer nivel en Montevideo, Uruguay, entre el 1 junio de 2018 y el 1 de junio de 2023, con diagnóstico clínico de piomiositis, confirmado mediante resonancia magnética (RM) y/o cultivos.

Los hemocultivos se obtuvieron mediante punción venosa directa con técnica estéril. Para la muestra se obtuvieron 10 ml de sangre, que fueron inoculados en frascos de hemocultivo para bacterias aeróbicas y anaeróbicas. En los casos que requirieron drenaje quirúrgico, las muestras se obtuvieron mediante punción percutánea guiada por ecografía.

La identificación del microorganismo y el estudio de susceptibilidad antimicrobiana se realizaron mediante sistema automatizado VITEK® 2 (bioMérieux), complementado con técnica de difusión por disco en agar Mueller-Hinton según norma CLSI, utilizando controles de calidad interno con cepas de referencia.

Se analizaron las variables: sexo, edad, factores de riesgo, antecedentes de traumatismos o estrés muscular, manifestaciones clínicas, etiología, estudios microbiológicos, hospitalización en cuidados intermedios, tratamiento médico, quirúrgico, evolución y complicaciones. Los datos fueron obtenidos de los registros clínicos en formato papel y electrónico.

Para el análisis estadístico se utilizaron cálculos de medidas de tendencia central y medidas de dispersión para variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y porcentuales para variables cuantitativas.

Se solicitó el consentimiento informado telefónico a los padres o tutores responsables de los niños y adolescentes incluidos en el estudio. Los datos se manejaron en forma anónima, salvaguardando la confidencialidad y el secreto médico. Se solicitó aprobación a la Dirección y al Comité de Ética en Investigación del Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Resultados

Durante el período analizado se identificaron 10 casos de piomiositis en niños, con una media de edad de 5,5 años (rango: 9 meses a 11 años), y una mediana de 4,5 años. En cuanto a los antecedentes relevantes, solo un caso refirió traumatismo previo en una extremidad inferior. Ninguno de los pacientes tenía historia de infecciones graves o recurrentes u otros elementos que sugirieran alteraciones de la inmunidad, como reacciones adversas a vacunas a virus vivos o fallo de medro. Tampoco había antecedentes familiares de enfermedades graves. Los datos obtenidos se resumen en la Tabla 1.

La presentación clínica en seis de los 10 pacientes consistió en dolor de cadera, claudicación en el miembro inferior afectado y fiebre, aunque esta no siempre desde el inicio. En este grupo de pacientes, cinco tenían afectado el músculo obturador, solo o en combinación con otros

Tabla 1. Características clínicas, diagnósticas e imagenológicas de los casos de piomiositis

Pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexo/edad años	F / 4	M / 11	M / 7	M / 5	M / 11	M / 8	M / 2	M / 4	F / 2	M / 9 meses
Presentación clínica	Cojera afebril	Fiebre y dolor FID	Cojera febril	Cojera febril	Dolor abdominal y vómitos	Cojera febril	Tumoración braquial afebril	Cojera febril	Cojera febril	Irritabilidad, fiebre y vómitos
Cultivo	HC: sd Drenaje: SASM	HC: SASM	HC: SASM Drenaje: SASM	HC: SASM Drenaje: SASM	HC: SASM	HC: <i>S. pyogenes</i>	HC: sd Drenaje: SASM	HC: SASM Drenaje: SASM	HC : sd	HC: SARM Drenaje: SARM
PCR mg/L	54	0,6	54	24	327	137	37	30	90	297
Leu/mm ³ (Neu/mm ³)	14.300 (9.724)	23.400 (19.400)	12.900 (10.800)	5.600 (1.900)	8.300 (500)	16.700 (13.000)	24.700 (12.300)	15.600 (12.480)	22.800 (18.200)	20.000 (13.700)
Drenaje quirúrgico	Sí	No	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	Sí
Músculos	Obturador ext. e iliaco ext.	Obturador int. y ext.	Obturador int. y ext.	Obturador ext. Aductor, Pectíneo	Obturador int. y aductor	Obturador int, glúteo medio, menor	Tríceps	Obturador int y ext	Aductor mayor	Psoas
Antibacteriano (días)	Cefuroxima (21)	Cefuroxima (21)	Clindamicina (21)	Clindamicina (30)	Clindamicina-TMP/ SMX (21)	Penicilina-amoxicilina (21)	Cefuroxima (21)	Cefradina (15)	Gentamicina (6)-clindamicina (28)	Vancomicina-clindamicina (14)

F: femenino, M: masculino, HC: hemocultivo, sd: sin desarrollo, SASM: *S. aureus* sensible a meticilina, SARM: *S. aureus* resistente a meticilina, PCR: proteína C reactiva, Leu: leucocitos, Neu: neutrófilos, TMP-SMX: trimetoprim-sulfametoxazol.

músculos pélvicos como el aductor, iliaco, glúteo y pectíneo. El paciente restante presentó afectación aislada del aductor mayor.

Tres pacientes se presentaron con dolor abdominal, vómitos y compromiso del estado general, simulando un cuadro de abdomen agudo. El primero, (caso 2), presentó dolor en la región inguinal y fosa iliaca derecha, con signos clínicos que orientaron inicialmente a una apendicitis. En su reevaluación, la RM confirmó compromiso del músculo obturador. El segundo, (caso 5), tenía antecedente de un traumatismo de cadera secundario a una caída de bicicleta. Al día siguiente presentó dolor abdominal, vómitos y fiebre. En la evaluación se observó claudicación del miembro inferior derecho con limitación en la marcha. La RM evidenció compromiso de los músculos obturador interno y aductor. En el tercero, (caso 10), la ecografía abdominal evidenció una imagen muscular ecogénica heterogénea con contenido líquido denso en la pared abdominal posterior. Durante la intervención quirúrgica se confirmó un absceso en el músculo psoas.

El caso restante consultó inicialmente por aumento de volumen en la extremidad superior izquierda, sin signos de inflamación. Este paciente presentó afectación del tríceps, sin compromiso en la movilidad del hombro o el codo.

Todos los pacientes tuvieron fiebre, con una distri-

bución variable en el curso de la enfermedad. En seis pacientes la fiebre se presentó de forma precoz, entre el primer y segundo día de síntomas, mientras que en los otros cuatro su aparición fue más tardía, entre el tercer y duodécimo día. El rango de aparición fue de uno a 12 días, siendo el segundo día el más frecuente (cuatro de los 10 casos).

En todos los pacientes se constató dolor a la palpación del músculo comprometido. En cinco casos se observaron signos inflamatorios locales, como aumento de volumen, eritema y calor. Todos los que presentaron afectación de la cintura pélvica manifestaron dolor con movimientos de flexión, abducción y rotación externa de la cadera. En cinco pacientes se describió dolor exquisito a la palpación en la región inguinal y en la cara interna del muslo.

En tres pacientes se realizó cintigrama óseo previo a la realización de la RM. En todos los casos el estudio evidenció alteraciones inflamatorias musculares u óseas inespecíficas y, si bien permitieron localizar la región afectada, no pudieron identificar ni caracterizar adecuadamente las colecciones intramusculares. En dos casos se realizó tomografía computada (TC); en ambos, el estudio identificó engrosamiento e hipodensidad muscular (aductor y obturador), hallazgos sugestivos de miositis. Sin embargo, la TC tampoco permitió caracterizar ni delimitar con precisión las colecciones intramusculares.

Se realizó RM en nueve de los diez pacientes. En todos los casos se evidenciaron hallazgos compatibles con piomiositis. En seis pacientes (casos 1, 2, 3, 6, 7 y 9) se identificaron colecciones intramusculares compatibles con abscesos, de tamaño variable (entre 15 y 81 mm), localizados principalmente en los músculos obturadores (caso 2, Figura 1), aductor mayor y, de forma distintiva, en el tríceps braquial (caso 7, Figura 2). En un caso el absceso fue multiloculado y produjo compresión de estructuras vecinas; uretra e infundíbulo vesical (caso 3, Figura 3). Dos pacientes (casos 1 y 6) presentaron compromiso óseo asociado: sacroileítis con abscesos en continuidad, y osteomielitis acetabular con extensión a tejidos blandos. En tres pacientes se observaron hallazgos inflamatorios sin colecciones claramente definidas: el caso 4 con compromiso del obturador externo y de la rama isquiopubiana derecha, el paciente 5 con edema del obturador interno derecho y aductor mayor izquierdo, y el caso 8 con alteraciones inflamatorias en los músculos obturador interno y externo derechos acompañadas de edema perióstico adyacente a la rama isquiopubiana. No se evidenció necrosis franca en ninguno de los estudios.

Todos los pacientes requirieron ingreso hospitalario en cuidados intermedios y terapia antibacteriana intravenosa. Al ingreso, siete de los 10 pacientes presentaron alteraciones en el hemograma, con leucocitosis y predominio neutrofílico. La proteína C reactiva estaba elevada en nueve pacientes, aunque con valores variables y sin relación con el grado de compromiso muscular, con una mediana de

55 mg/L y un rango de 0,6 a 327 mg/L. Ningún paciente presentó elevación de enzimas musculares.

En nueve de los 10 pacientes se obtuvo confirmación microbiológica. *Staphylococcus aureus* fue el patógeno más frecuentemente identificado, aislado en ocho pa-

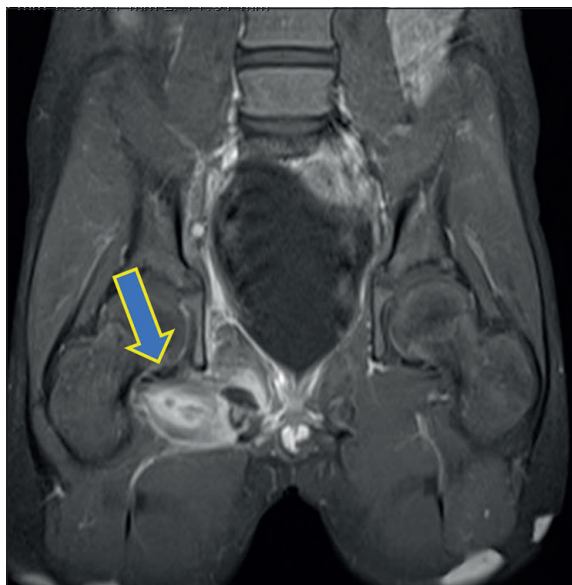


Figura 1. Sexo masculino, 11 años. Caso 2. Corte coronal de RM contrastada. Cambios inflamatorios en los músculos obturadores interno y externo derechos compatibles con miositis con presencia de colección.



Figura 2. Sexo masculino, 2 años. Caso 7. Corte coronal de RM contrastada. Cambios inflamatorios en músculo tríceps izquierdo compatible con miositis abscedada.

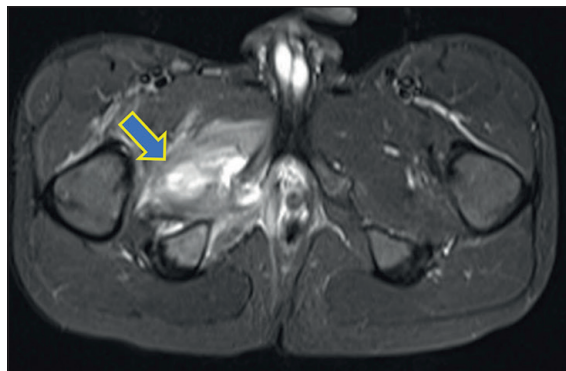


Figura 3. Sexo masculino, 7 años. Caso 3. Corte transversal de RM contrastada. Cambios inflamatorios en músculos obturadores interno y externo derechos compatibles con miositis con presencia de colección.

cientes a partir de hemocultivos y/o cultivos del material obtenido mediante drenaje quirúrgico. Los hemocultivos fueron positivos en siete casos: cinco a *S. aureus* metilicilino sensible (SAMS), uno a SAMR-AC y otro a *S. pyogenes*, este último en el paciente con piomiositis de la extremidad superior. Los seis pacientes que requirieron drenaje, que se realizó por vía percutánea, presentaron cultivos positivos de la muestra extraída.

El tratamiento antimicrobiano empírico inicial fue variable, incluyendo combinaciones de vancomicina, cefuroxima, gentamicina, clindamicina y ceftriaxona. En todos los casos, se ajustó el esquema antibacteriano según los resultados microbiológicos, completando al menos dos semanas de tratamiento. En dos pacientes se observó una progresión clínica a pesar del tratamiento, con aumento de reactantes inflamatorios, exacerbación del dolor y postración. En estos casos, se requirió drenaje quirúrgico urgente.

Todos los pacientes evolucionaron favorablemente, sin mortalidad ni complicaciones asociadas. Ninguno requirió ingreso a terapia intensiva, y todos lograron la remisión completa de los síntomas, sin secuelas motoras ni de otro tipo.

Discusión

La piomiositis es una infección bacteriana aguda del músculo esquelético, que puede evolucionar a la formación de abscesos. Si bien se lo reconoce como factor predisponente, en nuestra serie el antecedente traumático sólo pudo identificarse en un caso. Algunos autores proponen que microtraumatismos no percibidos por los pacientes podrían estar involucrados en la patogenia de la enfermedad⁹.

Identificamos diez casos pediátricos en un período de cinco años, hallazgo que coincide con series internacionales que si bien describen a la piomiositis como una enfermedad tropical también puede presentarse en regiones de clima templado^{3,4}. En nuestro medio no existen publicaciones previas que aborden la incidencia de esta patología, más allá de reportes de casos clínicos¹⁰.

En Uruguay, SARM-AC emergió en 2001 y motivó una alerta sanitaria entre 2003 y 2004 debido al incremento en el número y la gravedad de los casos, algunos de ellos fatales^{6,7}. En nuestra serie, solo un caso correspondió a SARM, mientras que la mayoría de los aislados (70%) correspondieron a *S. aureus* sensible a meticilina (SASM). Este hallazgo puede relacionarse con una aparente menor prevalencia actual en nuestro medio de SARM en pediatría¹¹.

Todos los pacientes excepto uno, presentaron abscesos, dolor, fiebre e impotencia funcional progresiva del miembro afectado, siendo esta limitación el principal

motivo de consulta. La naturaleza inespecífica del dolor y la dificultad para localizarlo dificultaron el diagnóstico, lo que también se reporta en otras series^{1,12}.

Los músculos más frecuentemente afectados son los de la pelvis y los músculos proximales de las extremidades inferiores¹³. En nuestra serie, nueve pacientes presentaron compromiso de los músculos pelvianos, principalmente el obturador interno. No está claro el motivo de esta propensión anatómica. Un caso involucró al tríceps derecho, una localización inusual que coincidió con la etiología por *S. pyogenes*.

Los estudios de laboratorio mostraron hallazgos inflamatorios, como leucocitosis con predominio de neutrófilos y reactantes de fase aguda elevados. La PCR parece ser el marcador más específico para monitorizar la respuesta al tratamiento, ya que su descenso acompaña la remisión de la infección¹⁴.

La ecografía y la TC son estudios imagenológicos disponibles de primera línea. Si bien ambos han demostrado buena sensibilidad en evidenciar inflamación local, su rendimiento disminuye en localizar y delimitar abscesos profundos¹⁵.

La TC con contraste puede evidenciar un aumento del tamaño muscular, con atenuación en la señal y en algunos casos delimitar la colección líquida con realce periférico. Sin embargo, presenta limitaciones en las etapas iniciales de la piomiositis y en la detección del compromiso óseo¹⁵. En nuestra serie, se realizó TC en dos de los pacientes en los cuales no fue concluyente para piomiositis.

La RM, considerada el estándar de oro para el diagnóstico de piomiositis, fue clave en los casos en que se realizó, incluso en aquellos en los que no fue posible aislar un microorganismo. Es el método de mayor precisión para el diagnóstico y estado evolutivo de las infecciones profundas de tejidos blandos, permitiendo la delimitación de abscesos musculares y estructuras adyacentes, con una sensibilidad de 97% y especificidad de 77%¹⁶.

En la etapa inicial flegmonosa de la piomiositis, la RM puede mostrar un aumento del volumen muscular, junto con la pérdida de la arquitectura muscular normal. Con la progresión de la infección, la presencia de abscesos se caracteriza por señales iso- o hipointensas en las secuencias ponderadas en T1, una señal hiperintensa en T2 y un realce periférico tras la administración de contraste¹⁷. Consideramos que la realización de una RM es imprescindible en aquellos casos con alta sospecha clínica y estudios iniciales no concluyentes.

El manejo terapéutico fue heterogéneo en cuanto a los esquemas antibacterianos, reflejo de la ausencia de guías específicas para el manejo de esta patología en pediatría. En nuestra serie, todos los pacientes iniciaron tratamiento antimicrobiano empírico con cobertura frente a SARM, que posteriormente se ajustó según los resultados microbiológicos. La cobertura inicial frente a SARM-AC debe

adecuarse a la epidemiología y perfiles de resistencia locales, evitando esquemas terapéuticos excesivamente amplios en contextos de baja prevalencia. No está claro que en nuestro medio, y considerando la baja prevalencia actual de SARM, sea necesario iniciar antibacterianos con cobertura para SARM.

En la práctica, la duración del tratamiento se extrapola de infecciones osteoarticulares y de la experiencia clínica y, aunque no existe consenso, se recomienda mantenerlo durante tres a seis semanas^{1,13,18}.

El drenaje percutáneo de abscesos guiado por ecografía vs el drenaje quirúrgico abierto se ha asociado con una reducción en los días de internación y uso de antibacterianos, evitando incisiones quirúrgicas extensas y daño tisular. Si bien no existen indicaciones formales, se recomienda en pacientes sin respuesta inicial favorable a la antibioterapia y/o en abscesos de mayor tamaño^{19,20}. En nuestra serie clínica, en seis pacientes se realizó drenaje percutáneo. La intervención fue exitosa en todos ellos, sin complicaciones ni mortalidad asociada.

Una limitación de nuestro trabajo es que solo se incluyeron los casos más graves que requirieron hospitalización y estudio imagenológico completo, lo que probablemente dejó fuera casos más leves o menos evidentes.

Conclusiones

En nuestro medio la piomiositis es una enfermedad poco frecuente y requiere de un alto índice de sospecha clínica. En nuestra experiencia, los cultivos resultaron cruciales en la elección del tratamiento antimicrobiano, mientras que la RM fue una herramienta clave para confirmar y localizar los abscesos musculares. El drenaje percutáneo guiado por ecografía contribuyó a la buena evolución. Aunque nuestra serie es limitada, la baja prevalencia de SARM sugiere que podría ser necesario replantear la indicación de una cobertura antibacteriana amplia desde el inicio.

Referencias bibliográficas

- Shittu A, Deinhardt-Emmer S, Vas Nunes J, Niemann S, Grobusch MP, Schaumburg F. Tropical pyomyositis: an update. *Trop Med Int Health* 2020; 25: 660-5. doi: 10.1111/tmi.13395.
- Verma S. Pyomyositis in children. *Curr Infect Dis Rep* 2016; 18: 12. doi: 10.1007/s11908-016-0520-2.
- Comegna L, Guidone PI, Prezioso G, Franchini S, Petrosino MI, Di Filippo P, et al. Pyomyositis is not only a tropical pathology: a case series. *J Med Case Rep* 2016; 10: 372. doi: 10.1186/s13256-016-1158-2.
- Moriarty P, Leung C, Walsh M, Nourse C. Increasing pyomyositis presentations among children in Queensland, Australia. *Pediatr Infect Dis J* 2015; 34: 1-4. doi: 10.1097/INF.0000000000000470.
- Elzohairy MM. Primary pyomyositis in children. *Orthop Traumatol Surg Res* 2018; 104: 397-403. doi: 10.1016/j.otsr.2017.12.005.
- Galiana Villar A. Infección por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad. *Arch Pediatr Urug* 2003; 74: 26-9. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492003000100005&lng=es.
- Dall'Orso P, Maurente L, Suarez R, Berazategui B, Pirez C. Abscesos profundos por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad: Reporte de cuatro casos clínicos. *Arch Pediatr Urug* 2013; 84: 116-22. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492013000200006&lng=es.
- Ministerio de Salud. Enfermedades y Eventos Sanitarios de Notificación Obligatoria en Uruguay. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Eventos%20de%20Notificaci%C3%B3n%20Obligatoria.pdf>
- Ngor C, Hall L, Dean JA, Gilks CF. Factors associated with pyomyositis: A systematic review and meta-analysis. *Trop Med Int Health* 2021; 26: 1210-9. doi: 10.1111/tmi.13669.
- André I, Notejane M, Vomero A, Rovella ML, García L. Piomiositis multifocal por *Staphylococcus aureus*. A propósito de un caso pediátrico. *Arch Pediatr Urug* 2024;95: e307. <https://doi.org/10.31134/ap.95.1.14>.
- Más M, Tórtora S, Morosini F, Hernández K, Benítez MA, Dall'Orso P, et al. Infecciones de piel y partes blandas tratadas en forma ambulatoria en un hospital pediátrico en Uruguay luego de diez años de la epidemia de SAMR. *Arch Pediatr Urug* 2018; 89: 251-6. <https://doi.org/10.31134/ap.89.4.4>.
- Torcat Alfonso JM, Giannandrea Romero FL, Cedillo Rossi DD, Molina Maldonado DN. Piomiositis tropical, un gran simulador de diagnóstico infrecuente. *Arch Venez Puer Ped* 2017;80: 23-6. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492017000100006&lng=es.
- Kiran M, Mohamed S, Newton A, George H, Garg N, Bruce C. Pelvic pyomyositis in children: changing trends in occurrence and management. *Int Orthop* 2018; 42:1143-7. doi: 10.1007/s00264-017-3746-1.
- Pannunzio ME, Praino ML, Carballo CM, Medranda AC, Orlando MN, Biondi EJ, et al. Piomiositis en niños: experiencia en un hospital pediátrico de referencia en Argentina. *Rev Chil Infectol* 2019;36: 371-5. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182019000300371>.
- Spinnato P, Patel DB, Di Carlo M, Bartoloni A, Cevolani L, Matcuk GR, et al. Imaging of musculoskeletal soft-tissue infections in clinical practice: A comprehensive updated review. *Microorganisms* 2022; 10: 2329. doi: 10.3390/microorganisms10122329.
- Baleato González S, Vilanova JC, García Figueiras R, Alvarez Moreno A, Alonso Martín A, Ares Rego M. Papel de la resonancia magnética en el diagnóstico precoz de la piomiositis en niños [The role of MRI in the early diagnosis of pyomyositis in children]. *Radiología* 2008; 50: 495-501. doi: 10.1016/s0033-8338(08)76337-9.
- Kumar Y, Wadhwa V, Phillips L, Pezeshk P, Chhabra A. MR imaging of skeletal muscle signal alterations: Systematic approach to evaluation. *Eur J Radiol* 2016; 85: 922-35. doi: 10.1016/j.ejrad.2016.02.007.
- Weber S, Schlaeppli C, Barbey F, Buettcher M, Deubzer B, Duppenhaler A, et al. Clinical characteristics and management of children and adolescents hospitalized with pyomyositis. *Pediatr Infect Dis J* 2024; 43: 831-40. doi: 10.1097/INF.00000000000004382.
- Palacio EP, Rizzi NG, Reinas GS, Júnior MM, Júnior AD, Mizobuchi RR, et al. Open drainage versus percutaneous drainage in the treatment of tropical pyomyositis prospective and randomized study. *Rev Bras Ortop* 2015; 45: 260-8. doi: 10.1016/S2255-4971(15)30366-9.
- Jiang K, Zhang W, Fu G, Cui G, Li X, Ren S, et al. Ultrasound-guided percutaneous drainage of iliopsoas abscess with septicemia in an adolescent: A case report and literature review. *Front Surg* 2022; 9: 871292. doi: 10.3389/fsurg.2022.871292.