

Facultad de Ciencias Médicas «Julio Trigo»

Osteomielitis hematógica de la rama íleo-isquiopubiana. A propósito de un caso

Dra. Ana Videaux Tamayo,¹ Dra. Zoraida Gutiérrez Reyes,² Dra. Marta Utra Ruiz³ y Dra. Marta Armesto del Río⁴

RESUMEN

Se presenta el caso del paciente Y. P. T., del sexo femenino, raza mestiza, 11 años de edad, quien ingresa en la Sala de Misceláneas por traumatismo en la región glútea, diagnosticado inicialmente como una miositis de los aductores del muslo derecho. Según la evolución clínica, humoral y radiológica, desarrolla signos y síntomas de osteomielitis aguda de la rama íleo-isquiopubiana derecha, comprobada por velocidad de sedimentación globular acelerada y alteraciones radiológicas en esa zona, así como por la presencia de un cuadro febril intermitente. Se aplica tratamiento con penicilinas, quinolonas y betalactámicos. La paciente se encuentra en estos momentos en franca recuperación. Se significa la cooperación entre distintas disciplinas para la solución de los problemas de salud.

Palabras clave: Osteomielitis hematógica, miositis, rama íleo-isquiopubiana, velocidad de sedimentación globular.

La osteomielitis hematógica aguda ha disminuido verticalmente como causa de mortalidad en la edad pediátrica, en razón del amplio uso en los últimos años de antimicrobianos de probada acción frente a los principales agentes causales, en ocasiones utilizados de modo presuntivo ante un estado de sepsis. No exime lo anterior la vigencia de su reconocimiento en tiempo, máxime que conductas no adecuadas pueden favorecer su evolución a la cronicidad y a otras causas de invalidez.

Esta presentación persigue el objetivo de exponer la magnitud de las lesiones óseas detectadas en este paciente y en esta localización anatómica, insistir en la necesidad del análisis integral de los problemas de salud y mostrar los estudios radiográficos antes, durante y después del diagnóstico de la enfermedad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso del paciente Y.P.T., de historia clínica 386 102. El paciente es del sexo femenino, de la raza mestiza y tiene 11 años de edad. Ingresa en el Servicio de Misceláneas del Hospital «Ángel Arturo Aballí», el 29 de agosto de 2002, con el diagnóstico de miositis de los aductores del muslo derecho.

El inicio de la enfermedad data del 22 de agosto de 2002 y se describe como un trauma de glúteo sin excoriación de la piel, luego de que la paciente montara un tipo de velocípedo. El 26 de agosto comienza la fiebre alta y se aplica un tratamiento sintomático. Tres días después se presenta a interconsulta de Ortopedia y se decide su hospitalización.

Los exámenes realizados mostraron los resultados siguientes:

- Examen físico: posición antálgica con dolor a la palpación en la cara del muslo derecho en la porción superior, sin signos de inflamación, pero con dificultad a la deambulación.
- Leucograma: leucocitosis con neutrofilia.
- Rayos X de pelvis ósea: negativos.
- Hemograma con diferencial: hemoglobina normal, leucocitosis con desviación a la izquierda.
- Velocidad de sedimentación globular (VSG): moderadamente acelerada (40 mm).
- Ultrasonido abdominal e inguinal y hemocultivo: negativos.



Figura. Imagen de rayos X.

Se aplica tratamiento con penicilina cristalina y antiinflamatorios. Se mantiene evaluación por Ortopedia cada 48 h, durante las cuales no se desarrollaron signos inflamatorios, pero persistieron el dolor y la poca movilidad sobre todo a la abducción.

Los complementarios evolutivos mostraron los resultados siguientes:

- Hemoglobina normal,
- Leucocitosis neutrofilia y
- VSG acelerada (98 mm).

Se completa el tratamiento durante 10 días con penicilina y se añade ciprofloxacina oral. Se evalúa su alta y seguimiento en 7 días con complementarios y radiología evolutiva.

El 16 de septiembre de 2002 se presenta a interconsulta de Ortopedia. Se mantiene el dolor a nivel de la pelvis y a la movilización de la pierna derecha, así como impotencia funcional. Los aspectos radiológicos observados fueron lesiones osteolíticas a nivel de la rama isquiopubiana derecha. Los humorales se comportaron de la forma siguiente: la VSG descendió de 98 mm a 60 mm. Se procede al ingreso con tratamiento con fosfocina por vía endovenosa.

El 17 de septiembre de 2002 reaparece el cuadro febril hasta 38 °C, se mantienen el dolor y la impotencia funcional. La evolución humoral mostró anemia, leucograma normal y VSG muy acelerada (123 mm). El hemocultivo resultó negativo. Mantiene el cuadro clínico de dolor a la movilización del miembro inferior derecho, afebril y con buen estado general.

La evolución humoral en 7 días mostró un descenso de la VSG hasta 103 mm. Radiológicamente se detecta una osteomielitis de rama isquiopubiana derecha en vías de remodelación ósea, que sugieren seguir la evolución.

En los próximos 7 días los complementarios evolutivos muestran un descenso de la VSG a 58 mm y clínicamente se mantiene afebril. El 14 de octubre de 2002 la VSG desciende a 44 mm. Los rayos X de pelvis ósea exponen que aunque existe mejoría radiológica, se mantienen las lesiones osteolíticas ya reportadas, ligera periostitis y lesiones de la rama pubiana. Se sugiere seguir evolución.

Se pasa a tratamiento por vía oral y se indica reposo absoluto. El 23 de octubre se repiten los rayos X de pelvis ósea, donde se evidencia mejoría de las lesiones radiológicas reportadas. Clínicamente se observa mejor y humoralmente la eritosedimentación muestra un franco descenso.

Se concluye el tratamiento con fosfocina durante 42 días y se asocia augmentin (amoxicilina con ácido clavulánico). Aún se mantiene el tratamiento y el reposo. Se recomienda mantener su reevaluación por Ortopedia.

DISCUSIÓN

La osteomielitis hematogena aguda es un proceso inflamatorio del hueso causado por agentes piógenos, fuera del período neonatal. Puede iniciarse como una enfermedad aguda con fiebre y signos de toxicidad sistémica o como una enfermedad subaguda en la cual los síntomas locales referidos al hueso dominan el cuadro clínico.^{1,2}

Las localizaciones múltiples son propias de enfermos graves o debilitados, de inmunosuprimidos y frecuentemente de recién nacidos y lactantes. El hemocultivo es una indicación obligada, en la fase inicial de la enfermedad. Los huesos planos y cortos se afectan con poca frecuencia, excepto en el primer año de vida.^{3,4}

Algunos autores plantean que la osteomielitis entre los 2 y 20 años de edad se presenta en la metáfisis de huesos largos (es el caso de los lactantes) y que es muy rara la presentación en vértebras y pelvis. Describen la sintomatología que la acompaña con dolor local y fiebre entre 1 y 5 días, dolor local que provoca hinchazón, rara vez derrame articular y plantean como microorganismo probable el *Staphylococcus aureus* (el más frecuente), *Streptococcus*, *Escherichia coli*, *Salmonella*, anaerobios y rara vez hongos.

Se refiere también que la osteomielitis de la pelvis es difícil de localizar sobre la base de las manifestaciones clínicas y que son rasgos comunes de esta el dolor en la región de la cadera, las nalgas o la rodilla y las alteraciones de la marcha.

La mayoría de los pacientes no tiene fiebre y los agentes que la pueden producir son *Staphylococcus aureus* y la *Salmonella*, aunque algunos casos se deben a micobacterias.^{5,6}

Rodríguez plantea que las alteraciones radiológicas no son visibles al comenzar la enfermedad, sino entre 10 días y las 3 semanas como promedio y que se muestra un área de opacidad disminuida en la metáfisis, causada por la destrucción radicular. Posteriormente aparece la neoformación ósea subperióstica y se evidencian los secuestros.⁷

El cuadro clínico se presenta en los niños en forma aguda y con frecuencia no se encuentra la puerta de entrada de la infección. Se plantea además que la afectación ósea está dirigida a la epífisis, metáfisis y la diáfisis del hueso.⁸

La traducción clínica radiológica, anatomopatológica pronóstica y terapéutica está determinada por la alteración e intensidad de los daños en los tejidos comprometidos.⁹ Schultz y cols. plantean que es importante el origen de la infección, ya que generalmente el comienzo de esta sigue a un ligero traumatismo.¹⁰

González Gil, Llopiz y cols.,¹¹ en un estudio de 152 pacientes, presentan como huesos más dañados a la tibia (45), fémur (32), mano (21), pie (16), húmero (13). En esta casuística el grupo de edad más afectado fue de 7 a 11 años (44,1 %); encontraron drepanocitemia en 5 niños y el germen más frecuente fue el *Staphylococcus aureus*.

González Cala, reporta como huesos más afectados al húmero (14), fémur (11), tibia (9), radio (7), cubito y peroné (2), hueso del carpo (2).

Ante el hecho muchas veces observado de que la tardanza en la aparición de las lesiones no permite observarlas en las radiografías, cuando se sospecha la osteomielitis muchos abogan por la realización de otras pruebas como la gammagrafía ósea.^{1,6}

Un elemento de interés en el paciente que presentamos es la presencia de lesiones de osteomielitis en una localización bastante infrecuente, la aparición de estas luego de un traumatismo, la escasez de fiebre como parte del cuadro clínico y la aparición de lesiones radiológicas 3 semanas después del traumatismo, así como la respuesta favorable al tratamiento con penicilina, quinolonas y betalactámicos.

El control radiológico realizado durante la enfermedad evidencia una mejoría posterior al tratamiento. Su evolución favorable es una muestra de la acción conjunta de varias disciplinas como solución a un problema de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morrisay Raymon T, Shoce SL. Bone and joints sepsis. *Ped Clin North Am.* 1986; 33(6):1551-64.
2. Narasimham N, Marks M. Osteomielitis y artritis séptica. En: Nelson WE, Behrman RE, Kliegman RM, Arvías AM. *Tratado de Pediatría.* 15a Ed. Ciudad de La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 1998. pp.907-9.
3. Ferrer PS. Infecciones osteoarticulares: osteomielitis y artritis. En: Cruz Hernández M. *Tratado de Pediatría.* 5ª Ed. Barcelona: Gredos; 1983. pp. 1156-62.
4. Faley T, Conwy J, Shulman ST. Hematogenous pelvis osteomyelitis in children. *Am J Dis Child.* 1985:139-36.
5. Gold R. Diagnosis of osteomyelitis. *Pediatric Rev.* 1991; 12:292.
6. Nelson JD. Acute osteomyelitis in children. *Infect Dis Clin North Am.* 1990; 4:513.
7. Murgades Rodriguez R. Infecciones óseas y articulares. Osteomielitis aguda. En: Álvarez Cambra R. *Tratado de cirugía ortopédica y traumatología.* La Habana: Pueblo y Educación; 1986. p.297.
8. Masón S, Darville T. Acute hematogenous long-bone osteomyelitis. *Seminars Ped Infect Dis.* 1997; 8(4):220-33.
9. Adcock P, Marshall G. Osteomyelitis in the axial skeleton and the flat and small bones. *Seminars Ped Infect Dis.* 1997; 8(4):234-41.
10. Schultz C, Holterhus P, Siedel A. Recurrent multilocal osteomyelitis in children. *Ped Infect Dis.* 1999; 18(11):1008-13.
11. Gonzalez Gil JM, Llopiz LF. Osteomielitis hematogena aguda. Estudio de 152 casos. *Rev Cub Ped.* 1985; 58(2):220-25.
12. González Cala F. Osteomielitis aguda en la infancia. Revisión de 36 casos [Tesis]. 1972.

Recibido: 4 de marzo de 2005. Aprobado: 3 de septiembre de 2005.

Dra. Ana Videaux Tamayo. Calzada de Bejucal, km. 7 ½ Arroyo Naranjo. Ciudad de La Habana.

¹Especialista de I Grado en Ortopedia.

²Especialista de I Grado en Pediatría. Profesor Asistente.

³Especialista de I Grado en Imaginología.

⁴Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología.