

OSTEOMIELITIS CRÓNICA EN NIÑOS A PROPÓSITO DE UN CASO

Autor: Dr. Sáez Elizagaray, MIR Traumatología, Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, Bizkaia

INTRODUCCIÓN:

La osteomielitis crónica en niños es infrecuente. Puede ocurrir por:

- Complicaciones por fracturas complejas
- Osteomielitis agudas hematógenas

OBJETIVO:

Presentar un caso de osteomielitis crónica y sus complicaciones en un niño de 6 años tras una fractura supracondílea de fémur.

MATERIAL Y METODOLOGÍA:

- **AP:** varón de 6 años con autismo.
- **EA:** Caída desde 10 metros altura el 14/08/16.
- **ID:** Fractura supracondílea de fémur (Otros traumatismos que requirieron ingreso en UCIP 14 días)
- **IQ:** El 25/08/16: RAFI con 5 agujas K y 1 tornillo canulado.

EVOLUCIÓN:

Traumatismo: 14 Agosto 2016



1ª Cirugía: 25 /08/16:
Reducción abierta,
osteosíntesis agujas K y
1 tornillo canulado



Control postop 1º mes:
23/09/16: Afebril. HQ
cerrada



2ª Cirugía: 27/09/16:
- Retirada de agujas K.
- Posible infección de HQ.
- Toma de cultivos de HQ
- Inicio de amoxicilina-clavulánico empírico.



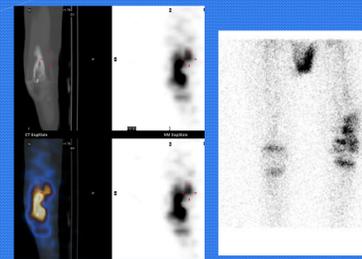
Controles semanales Octubre y Noviembre 2016:
- Cultivo: + *S. aureus* MS
- Se continúa con 2 semanas de amoxi-clavu oral
- Mejoría HQ y afebril.
- Nuevos cultivos negativos
- Inicia RHB.

29/11/16 episodio de supuración purulenta:
- Inicio de amoxi-clavu empírico 1 semana.
- EF: Deformidad en varo + flexoextensión limitada a 40°.

13/12/16: acude a urgencias por celulitis rodilla.
ECO: importantes cambios flemonosos anfractuados profundos en la región posterior de la HQ, se extiende a planos musculares, provocando cambios celulíticos en subcutáneo.
No colección drenable.
Ingreso para ab iv y completar estudio

INGRESO EN PLANTA PARA ESTUDIO

21/12/17: **Gammagrafía con leucocitos marcados:** Se observa depósito patológico en:
- 1/3 distal fémur alrededor tornillo
- Zona adyacente a hueso en zona posterior
- Foco intramedular en 1/3 medio fémur
ID: infección activa del hueso, partes blandas y peritornillo
OSTEOMIELITIS



3ª Cirugía: 21/12/16: retirada tornillo canulado + cultivos
- 9 días de ingreso con tto A-C iv
- Se continúa 1 mes con A-C oral

Cultivos IQ: *S. Epidermidis* y *S. Warneri*

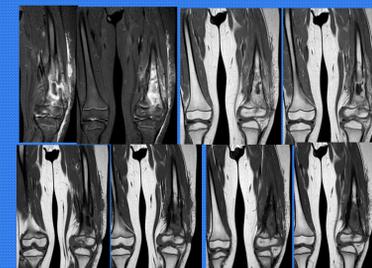
Consulta: 18/01/17:

Aumento tumefacción rodilla → A-C + Clindamicina.



RMN 07/02/17:

Osteomielitis fémur distal con absceso de Brodie y afectación fis. Extensión de colección líquida hacia subcutáneo de cara anterolateral de muslo.



4ª Cirugía: 10/02/17: Limpieza de la herida.

- Infección partes blandas, colecciones subcutáneas y subaponeuróticas.
- 2 trayectos fistulosos hasta hueso.
- Absceso intraóseo en metáfisis distal.

Al alta:

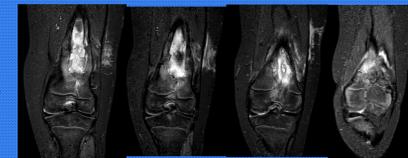
- 15 días A-C iv
- 4 meses A-C oral

EF: Mejoría progresiva de la clínica + flexión limitada a 40°.

AP: inflamación aguda y crónica, fibrosis, necrosis y congestión vascular

OSTEOMIELITIS CRÓNICA

RMN: 26/09/17 osteomielitis fémur distal en práctica resolución. Afectación fis. en zona central con extensión de hasta 19mm. Mejor que RMN previa.



RESULTADOS: 12/09/2018: Control postIQ tras 2 años:

- Barra fisaria central
- Dismetría 1,5cm.
- Osteomielitis crónica fría.
- Flexión máxima de 30°

Perspectivas para el futuro:

- IQ de alargamiento con clavo IM o FE
- Artrolysis rodilla y RHB



CONCLUSIONES OSTEOMIELITIS CRÓNICA:

* Iniciar tto ab empírico ante la mínima sospecha de osteomielitis.
* Intentar identificar el M.O. con cultivo o biopsia ósea.
- Tto ab largos (>3 semanas) → 2% osteomielitis crónica.
- Tto ab cortos (<3 semanas) → 19% osteomielitis crónica.

Osteomielitis aguda → ANTIBIÓTICO.

Osteomielitis crónica → CIRUGÍA + ANTIBIÓTICO

INDICACIONES CIRUGÍA:

- Drenaje abscesos subperiósticos, subcutáneos, subaponeuróticos, intraóseos.
- Desbridamiento de focos de infección contiguos.
- Secuestrectomía (desbridamiento de hueso desvitalizado)
- No mejoría tras 48-72 horas de ab.



55 CONGRESO
secot