



OSTEOMIELITIS AGUDA HEMATÓGENA DE FÉMUR DISTAL EN NIÑA DE 10 AÑOS: CASO CLÍNICO

Rubín Capalbo C¹, Gumersindo Godoy FA¹, Barón Barrera C²

¹ MIR COT Hospital General Básico Santa Ana (Motril)

² FEA COT Hospital Comarcal De La Merced (Osuna)

INTRODUCCIÓN

Las **INFECCIONES OSTEOARTICULARES** son una patología relativamente **infrecuente** en la **infancia**, que afectan generalmente a las **metáfisis** de **huesos largos** de las **extremidades inferiores** en niños **menores de 5 años**. **Staphylococcus aureus** es el patógeno más frecuente, siendo la causa del **70 al 90%** de las osteomielitis. Son **difíciles de reconocer en fases precoces**, y plantean problemas tanto en el diagnóstico como en el manejo terapéutico, médico y quirúrgico.

OBJETIVO

Destacar la importancia del **diagnóstico diferencial** en el **síndrome febril** en la **infancia** que se acompaña de **artralgia no traumática**.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 10 años sana con **fiebre** y **gonalgia** izquierda progresiva **no traumática**. **ITU previa** en tratamiento con cefixima. **EF** con flexo de 30° antiálgica, impotencia funcional, dolor en cóndilo femoral externo sin inflamación y **Rx** normal (Figura 1). En **analítica** perfil infeccioso positivo con UroC (-). Ingresa por **sospecha de artritis séptica versus osteomielitis**. Iniciamos **cloxacilina** y **cefotaxima** empíricas. Se realiza **RM** (Figura 2), **TC** (Figura 3) y **Gammagrafía ósea** (Figura 4) compatibles con osteomielitis.

Drenamos el **absceso subperióstico**, realizamos ventana ósea con lavado y desbridamiento del canal endomedular. En **cultivo** del pus crece un **Staphylococcus aureus** sensible a la antibioterapia empírica. Mantenemos hasta **completar 3 semanas** de tratamiento intravenoso.



Fig. 1 Rx normal.



Fig. 2. RM. Edematización difusa diafisaria distal de fémur limitado por la banda metafisaria respetada.



Fig. 3. TC. Lisis ósea en cortical anterior del cóndilo femoral externo adyacente a la fisis, e infiltración de tejidos blandos con escaso derrame intraarticular.

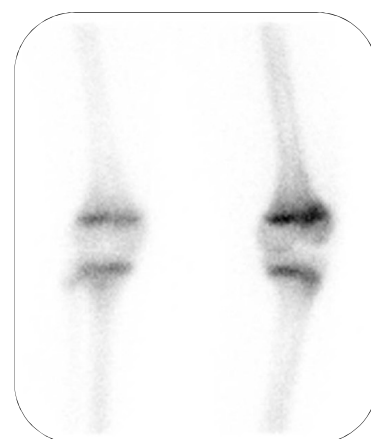


Fig. 4. GO. ↑ del radiotrazador en epífisis distal de fémur en fase precoz, concentrado en fisis en fase tardía.

RESULTADOS

Mejoría progresiva del estado general, local y analítico, iniciando la movilidad activa libre a la semana y la deambulación con **carga parcial al 9º día** postoperatorio. Alta con **amoxicilina-clavulánico oral** hasta **completar 5 semanas**, con revisión en Pediatría y Traumatología para seguimiento durante el primer año.

CONCLUSIÓN

LA **OSTEOMIELITIS AGUDA HEMATÓGENA** ES LA FORMA DE **PRESENTACIÓN MÁS FRECUENTE** EN LA **INFANCIA**, PUDIENDO AFECTAR TANTO A LAS FISIS COMO A LAS ARTICULACIONES. ES POR TANTO MUY IMPORTANTE RECONOCER LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INFECCIÓN OSTEOARTICULAR PARA ESTABLECER UN **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRECOCES** QUE PERMITAN LA **CURACIÓN SIN SECUELAS**.

BIBLIOGRAFÍA

- Yeo A, Ramachandran M. Acute haematogenous osteomyelitis in children. BMJ. 2014 Jan 20;348:g66. doi: 10.1136/bmj.g66. Review.
- Hernández T et al. Osteomielitis y artritis séptica. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica*. Madrid: Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón; 2010.