

¿CUAL ES SU DIAGNOSTICO?

E. Román Ortiz, F. Goberna Burguera,
M. Roig Riu, P. Blaya Fernandez,
J. Pastor Rosado, A. Noguera Moya,
O. Caballero Carpena*

An Esp Pediatr 1997;47:199-200.

Caso clínico

Niña de dos años con cojera de tres días de evolución y fiebre elevada con escalofríos en las últimas 24 horas. Diagnosticada 48 horas antes del ingreso como sinovitis de cadera. Durante la semana previa, había cursado un cuadro de otitis media y fue tratada con cefalosporina de 2ª generación vía intramuscular. El examen físico al ingreso mostraba fiebre (38,5°C ax.), buen estado general, desarrollo y nutrición normales, otitis serosa bilateral, prurigo impetiginizado en miembros inferiores y alteración de la marcha con actitud en flexión de cadera y elevación del talón izquierdo. No existían heridas en miembros inferiores, signos inflamatorios locales ni alteraciones neurológicas. En la analítica realizada al ingreso destacaba: leucocitosis con neutrofilia, VSG 45 mm y PCR 9 mg/dl. La radiografía y ecografía de caderas y radiografía de tobillos fueron normales. Se recogió muestra de sangre para hemocultivo y se inició tratamiento con cloxacilina y cefuroxima i.v. Presentó fiebre durante las primeras 9 horas del ingreso, permaneciendo afebril durante el resto de su estancia. Al día siguiente, abandona la actitud en flexión de la cadera, persistiendo falta de apoyo del talón izquierdo y marcha de puntillas. Se realizó una gammagrafía ósea que mostró una lesión ósea vascularizada compatible con proceso infeccioso (Fig. 1).

Niña de dos años con cojera

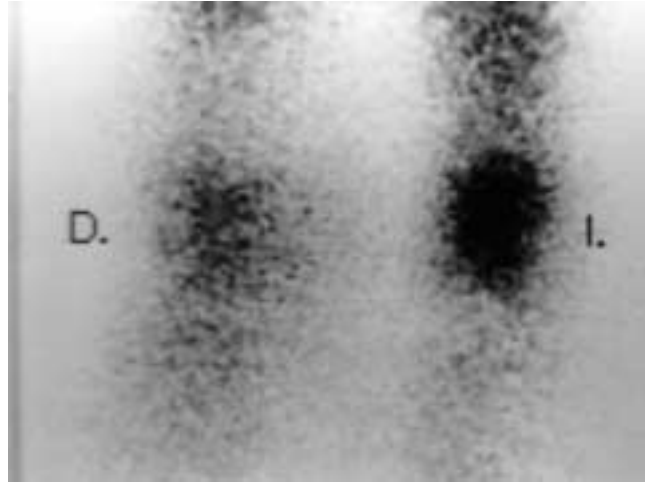


Figura 1. Gammagrafía ósea: lesión ósea vascularizada.

Preguntas

1. ¿Cuál es su diagnóstico?
2. ¿Qué enfermedades incluiría en el diagnóstico diferencial?

Servicio de Pediatría. Hospital "Vega Baja". Orihuela.* Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario San Juan. Alicante. Hospital "Vega Baja". Ctra. Orihuela-Almoradí s/n. San Bartolomé, Orihuela. (Alicante)
Correspondencia: Elena Román Ortiz. Servicio de Pediatría. Hospital Vega Baja. Ctra Orihuela-Almoradí s/n. 03314 San Bartolomé, Orihuela. (Alicante)

Osteomielitis hematogena del calcáneo

En el hemocultivo se aisló *Staphylococcus aureus* beta lactamasa y coagulasa positivo, sensible a cloxacilina, antibiótico que se mantuvo vía intravenosa durante dos semanas y oral hasta completar seis semanas de tratamiento. Dos semanas después del inicio del cuadro, se evidencia en la radiografía una lesión lítica redondeada con esclerosis circundante de localización subperióstica en el calcáneo izquierdo. La evolución clínica fue favorable, normalizándose la marcha en pocos días. A las tres semanas de tratamiento, la radiografía del calcáneo mostraba rarefacción del calcáneo y descalcificación de huesos circundantes. La gammagrafía ósea realizada un año después fue normal y la niña está libre de secuelas. La osteomielitis (OSM) de los huesos del pie en niños es un enfermedad infrecuente. El calcáneo se afecta más fácilmente (51%)⁽¹⁾, debido a sus peculiares características morfológicas, vascularización y situación para carga estática y dinámica⁽²⁾. La osteomielitis del calcáneo supone entre el 1,5 y el 11 % de todas las osteomielitis en niños según distintos autores⁽¹⁻⁵⁾. El agente etiológico responsable en la mayoría de los casos de OSM por diseminación hematogena es *Staphylococcus aureus*, así como en caso de OSM por punciones repetidas en el talón para extracción de muestras, en neonatos. Si existe herida punzante debe sospecharse *Pseudomonas aeruginosa*.

La forma de presentación clínica es, en muchos aspectos, diferente al de la osteomielitis de los huesos largos. La sintomatología puede confundirse con molestias inespecíficas que muestran muchos niños con crecimiento rápido o intensa actividad física. El diagnóstico tardío se debe con frecuencia a la confusión con otros procesos tales como contusiones, absceso de partes blandas, tendinitis, torceduras, sinovitis de cadera, hecho que se justifica por la ausencia de la sintomatología típica de la osteomielitis clásica y la elevada frecuencia de antecedente traumático (más de la mitad de los niños en algunas series)⁽¹⁾. En nuestro caso, la ausencia inicial de fiebre y la actitud en flexión de la cadera por la elevación del pie, dio lugar a la primer diagnóstico de sinovitis de cadera.

El cuadro clínico que presentaba nuestra paciente caracterizado por el predominio de síntomas locales, es el típico de la osteomielitis de los huesos del pie (dolor, impotencia funcional, falta de apoyo y elevación del talón, inflamación, palpación dolorosa)⁽¹⁾. La existencia de fiebre, la elevación de la VSG, PCR y recuento de leucocitos, pueden orientar el diagnóstico, pero estos datos no son constantes por lo que su valor es limitado. El hemocultivo es positivo en menos de la mitad de los casos, pero el cultivo de material de la lesión demuestra el germen responsable en el 91% de los pacientes⁽⁵⁾. Las radiografías son normales en el 87% de los casos y, a la tercera semana, sólo un 67% mostrarán alteraciones^(3,5). Los cambios radiológicos típicos en los huesos del pie consisten en lesiones líticas redondeadas, subcondrales, bien delimitadas con esclerosis circundante y sin re-

acción perióstica⁽⁴⁾. Cuando las radiografías son normales, la gammagrafía ósea será diagnóstica en la mayoría de los casos. Es importante señalar que la toma de muestra para cultivo por punción percutánea, no modificará el resultado de la gammagrafía⁽³⁾. En un 10% de pacientes, la gammagrafía puede mostrar signos inespecíficos, en cuyo caso, se puede recurrir a la resonancia magnética nuclear para llegar al diagnóstico.

El diagnóstico diferencial se realizará, fundamentalmente, con: pseudoquiste del calcáneo, osteoma osteoide y granuloma eosinófilo (excepcional en esta localización)⁽⁴⁾.

El tratamiento de la osteomielitis del calcáneo con antibióticos es habitualmente eficaz si se instaura precozmente. Se emplea cloxacilina por vía intravenosa hasta la normalización clínica, analítica y radiológica y posteriormente se sigue con tratamiento oral hasta un total de 6 semanas. Si existe herida cercana, debe asociarse gentamicina hasta el aislamiento del germen. Puede asegurarse la eficacia del tratamiento oral manteniendo títulos bactericidas iguales o mayores a 1:16, medido una hora después de la dosis de antibiótico a las 24 horas del inicio de tratamiento⁽¹⁾. En un serie de 20 casos de osteomielitis hematogena del calcáneo, hasta el 70% de los pacientes precisaron intervención quirúrgica⁽²⁾. Debe considerarse la necesidad de drenaje quirúrgico en las siguientes circunstancias: inicio tardío del tratamiento, persistencia de síntomas y signos clínicos dos semanas después del inicio del tratamiento, presencia de signos radiológicos de destrucción ósea y formación de absceso o piartrosis. En nuestra paciente, se normalizó la marcha a la semana del inicio del tratamiento y mejoraron la leucocitosis y elevación de VSG. El control radiológico a las tres semanas sólo mostraba signos de rarefacción ósea. Dado el aislamiento positivo del germen en el hemocultivo y la buena respuesta al tratamiento médico, no precisó ninguna intervención quirúrgica.

Tanto las complicaciones como la tendencia a la evolución crónica son más probables si el tratamiento no se inicia precozmente. Por ello, el diagnóstico precoz es la clave del éxito del tratamiento. Las posibles complicaciones consisten en: afectación de la articulación subtalar, osteomielitis crónica, secuestro óseo o anomalías del crecimiento por afectación de la apófisis del calcáneo⁽⁵⁾.

Bibliografía

- 1 Fox MI, Aponte JM: Hematogenous osteomyelitis of the calcaneus. *J Am Pediatr Med Assoc*, 1993; **83**:681-684.
- 2 Winiker H, Schärli: Hematogenous calcaneal osteomyelitis in children. *Eur J Pediatr Surg*, 1991; **1**:216-220.
- 3 Unkila-Kalio L, Kalio MJT, Peltola H: Acute Haematogenous Osteomyelitis in children in Finland. *Ann Med*, 1993; **25**:545-549.
- 4 Ackerman T, Reed MH: Osteomyelitis of the tarsal bones in children. *Can Assoc Radiol J*, 1990; **41**:69-71.
- 5 Wang EH, Simpson S, Bennet GC: Osteomyelitis of the calcaneum. *Br J Bone Joint Surg*, 1992; **74**:906-909.