

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE AVILA.

**Osteomielitis Hematógena. Presentación de un caso.
Hematogenic acute osteitis. A case presentation.**

Mauricio Aragón Cáceres (1), Jorge René Jiménez Bodib (1), Maritza Roque Tarife (2), Dany Corcho Mata (3).

RESUMEN

Presentamos un niño de ocho años ingresados en la Unidad de Terapia Intensiva pediátrica, del Hospital Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila, portador de una osteomielitis bilateral de fémur, por vía hematógena, a punto de partida de un trauma simple en la rodilla derecha. Se realizó drenaje quirúrgico y se mantuvo con antibioticoterapia antiestafilocócica y de amplio espectro por espacio de dos meses, fue dado de alta a los seis meses por existir criterios de curación.

Palabras clave: OSTEOMIELITIS/diagnóstico, OSTEOMIELITIS/terapia, STAFILOCOCCUS, FÉMUR.

1. Especialista de 1er Grado en Ortopedia y Traumatología. Profesor Instructor.
2. Licenciada en Enfermería.
3. Especialista de 1er Grado en Anestesiología y Reanimación.

INTRODUCCIÓN

La infección piógena del tejido óseo se denomina osteomielitis. Esta infección generalmente se presenta en huesos esponjosos. Los microorganismos responsables de ésta llegan al sitio de la infección por vía hematógena, al producirse una bacteriemia procedente de un foco séptico, que en algunos casos puede pasar inadvertidos. El agente más frecuente es el *Stafilococcus Coagulasa Positivo*. Se reporta en la literatura que los huesos afectados con mayor frecuencia son la tibia, el fémur y el húmero (1- 4).

Aunque el *Stafilococcus Aureus* aún es el agente más común en las infecciones óseas en niños mayores y adultos, se ha observado una disminución en los últimos 10 – 15 años. Los gérmenes gram negativos son responsables de un número cada vez mayor en las infecciones óseas de la columna vertebral. En las osteomielitis exógenas se han incrementados los gérmenes gram negativos y positivos. Las *Pseudomonas* son más frecuentes en adictos a la heroína y la *Salmonella* en los pacientes con hemoglobinopatías como la sickleemia (2- 6).

MÉTODO

Se emplea el método de análisis específico que incluye una revisión detallada de la historia clínica del paciente, que se presenta evaluando todos los estudios y pruebas realizadas, el tratamiento impuesto y la evolución que ha venido reportando.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente RDG, masculino, de 8 años de edad, de la raza blanca, con antecedentes de salud hasta que, en el mes de junio del 2003, ingresa en el Hospital provincial docente Dr. "Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila, en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, con un cuadro severo de insuficiencia respiratoria, por lo que fue necesario la ventilación controlada de forma inmediata. Su mamá refiere una caída 15 días antes, que le provocó una excoriación en la piel de la rodilla derecha y que en el momento del ingreso estaba infestada.

El examen físico del paciente revela una rodilla aumentada de volumen, con signos flogísticos y secreciones purulentas en la excoriación y discreto aumento de volumen en ambos muslos.

Los exámenes de laboratorio demuestran:

Hemoglobina: 10.6 g/L.

Leucocitos: 17.0×10^9 g/L

Eritrosedimentación: 96 mm.

Hemocultivo en pico febril: Positivo de *Stafilococcus Aureus* Coagulasa Positivo.

Rx de Tórax AP: moteado inflamatorio diseminado difuso en ambos campos pulmonares, con formación de neumatoceles. En las radiografías AP y lateral de ambos fémures, se observa disminución de la densidad ósea en las caras mediales del tercio distal de ambas epífisis femorales con imágenes osteolíticas y en el tercio medio hacia la cara medial se observan imágenes osteolíticas bilaterales.

Con los resultados obtenidos en los estudios realizados se decidió llevar al paciente al salón de operaciones con criterio de realizar el drenaje quirúrgico y tomar muestras para estudio microbiológico y anatómico patológico.

Una vez en el quirófano se procedió al drenaje quirúrgico mediante dos incisiones en la cara medial del epicóndilo interno de ambos fémures, se abrió una ventana ósea, a través del cual se drenaron cantidades abundantes de pus claro no fétido, se cureteó el hueso y se colocaron sendas sondas de aspiración intraósea para facilitar el drenaje por 24 horas, pasadas las mismas se retiraron.

El informe de anatomía patológica revela un proceso inflamatorio y el de bacteriología un *staphilococcus Aureus* Coagulasa positivo.

La evolución del paciente fue satisfactoria luego de ponerle tratamiento con Vancomicina endovenosa a dosis de 60 mg/Kg/día, durante 10 días, y seguimiento con curas en el salón de operaciones en días alternos.

El tratamiento por vía oral se realizó con Rifampicina 300 mg diarios por 60 días. Durante este tiempo se mantuvieron ambos miembros inmovilizados, por peligro de fracturas patológicas.

A los 6 meses se decidió el alta del paciente, una vez normalizada la Eritrosedimentación y observado la recuperación de la arquitectura ósea.

DISCUSIÓN

Dada la enorme similitud del cuadro clínico de un proceso séptico en el hueso con procesos neoformativos (Osteosarcoma de Swing), es necesario hacer un estudio exhaustivo del paciente con vistas a identificar algún foco séptico que pasa inadvertido, así como la utilización de los modernos métodos y medios a nuestro alcance para la obtención y estudios de muestras que nos permitan establecer un diagnóstico definitivo.

ABSTRACT

We present an eight years old child admitted in paediatric intensive care unit of General Hospital "Dr Antonio Luaces Iraola of Ciego de Avila, carrier of a bilateral acute osteitis of femur, hematogenic route, the departure point was a simple trauma in his right knee. It was done a surgical drainage and he was kept with anti-staphylococcal antibiotic-therapy of broad spectrum for two months, then he was discharged from hospital after six months because there were recovery opinions.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Mercer W, Duthié RB. Cirugía Ortopédica. La Habana: Instituto Cubano del Libro; 1972.
2. Edmonton AS, Crenshaw AH. Campbell. Cirugía ortopédica. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2004.
3. Murgada Rodríguez R. Infecciones óseas y articulares. En: Álvarez Cambra R. Tratado de cirugía ortopédica y traumatología. La Habana: Pueblo y Educación: 1986. p. 297-301.
4. Manual de Anatomía Patológica. [s.d.]; 2003.
5. Glat P, Longaker M. Wound healing. En: Grab B, Smith S. Plastic surgery. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997. p. 197-219.
6. McCarthy E. Plastic surgery. Philadelphia: W.B Saunders; 1990.