

Corredor Cabello, A ; Lomas Jiménez, E; Martínez Carranza, OA; Geniz Rubio, L; Delgado Martínez, A
HU JAÉN

INTRODUCCIÓN

La osteomielitis corresponde a la infección localizada en el hueso que cursa con dolor constante a nivel de la región afectada y en algunos casos se acompaña de signos de infección de los tejidos blandos de alrededor. Su incidencia no es alta debido a que el hueso normal es altamente resistente a la infección, suele ocurrir en pacientes con factores de riesgo, tales como: diabetes, alteraciones en sistema inmune, úlceras de decúbito, alteraciones vasculares, cirugía previa, traumatismos y consumo de drogas por vía intravenosa. La osteomielitis puede ocurrir como resultado de una siembra hematógena, por diseminación contigua de la infección a los huesos y las articulaciones desde los tejidos blandos adyacentes, o la inoculación directa de la infección en el hueso como resultado de un traumatismo o cirugía ^{1,2}. La osteomielitis aguda de baja virulencia, en que la resolución del proceso ha sido espontánea o el tratamiento ha sido tardío o inadecuado, pueden derivar en osteomielitis crónica. El cuadro inicial se resuelve pero la enfermedad intraósea puede persistir de forma subclínica y asintomática durante largos periodos de tiempo, transformándose en una osteomielitis crónica ³. En la actualidad el pronóstico depende de los factores del huésped, las modalidades de tratamiento y el agente patógeno. La mayor tasa de recurrencia se presenta en pacientes con diabetes y enfermedad vascular periférica ⁴.

El objetivo de este trabajo es concienciar sobre la patología infecciosa crónica, y la importancia de un buen diagnóstico mediante pruebas de imagen adecuadas.

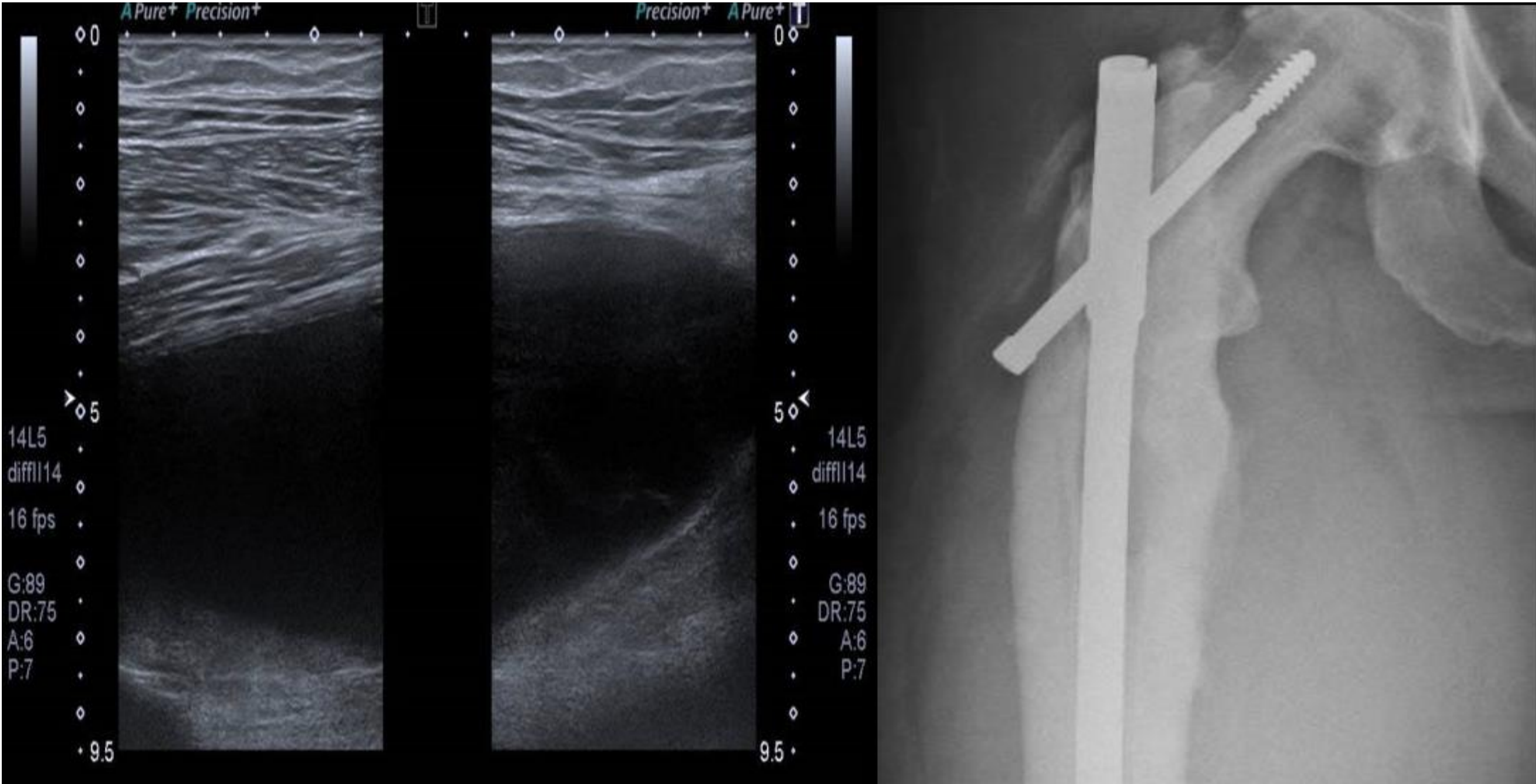


Figura 2 y 3. Imagen quística compresible con transductor en ecografía y radiografía realizadas en Urgencias



Figura 1. Radiografía inicial en el Servicio de Urgencias en 2023

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un paciente que acude a Urgencias con una tumoración de gran tamaño en el muslo derecho (Figura 1), con crecimiento progresivo durante un año. La exploración revela consistencia sólida, sin signos de inflamación. Refiere varios cambios en la talla de pantalón y tiene dificultades para caminar durante el último año. Como antecedentes presenta esquizofrenia y fractura de fémur diafisaria en 2002 intervenida mediante enclavado endomedular, que precisó sustitución del material de osteosíntesis sin saber referirnos el motivo. Presenta varias visitas previas al Centro de Salud descartando urgencia y con sospecha de lipoma sin confirmación.

En urgencias presenta ligera leucocitosis 12000 µL con desviación izquierda, PCR 32.8 mg/L, VSG 50 mm/h y Procalcitonina normal. Además presenta radiografía con engrosamiento bicortical del fémur, por lo que se amplía con ecografía, que sugiere un tumor quístico extenso (Figura 2 y 3).

Se decide ingreso para ampliar estudio y se realiza TACAR con contraste (Figura 4), apreciando tumoración quística que se extiende a lo largo del eje del fémur tanto por el compartimento anterior como posterior y con comunicación con el espacio articular de la cadera. Dadas las pruebas realizadas, se decide drenar la tumoración a estudio mediante ecografía, aislando *Staphylococcus lugdunensis* resistente a penicilina, pero sensible a oxacilina y rifampicina. Se confirma sospecha de infección del material de osteosíntesis, habiendo derivado en un cuadro de Osteomielitis crónica.

Tras Antibiograma (Tabla 1) Se decide tratamiento antibiótico intravenoso con cloxacilina y rifampicina durante 7-10 días, motivo por el cual seguimos con el ingreso del paciente, para posteriormente secuenciación a vía oral. A los 7 días se decide pasar a antibioterapia vía oral con Levofloxacino 500 mg/24 horas y Rifampicina 600 mg/día con suspensión 1 semana antes de intervención quirúrgica para retirada de material de osteosíntesis.

Citamos al paciente en consultas externas de Traumatología para seguimiento, revisión y programación quirúrgica para retirada del material de osteosíntesis.

DISCUSIÓN

Siempre se ha de tener en cuenta una infección crónica en el diagnóstico diferencial de una tumoración de partes blandas o tumefacción en un miembro. Las pruebas analíticas iniciales pueden inducir a error al no apuntar a la etiología séptica. Una exploración ecográfica inicial aporta mucha información en cuanto a las características y contenido de una tumoración lo cual puede ayudar mucho a la hora de plantear el diagnóstico diferencial y las exploraciones complementarias siguientes, sobre todo, en cuanto a la rapidez.

Las infecciones osteoarticulares son frecuentes en la práctica clínica y suponen una carga financiera importante para el sistema sanitario. El tratamiento antibiótico debe administrarse por vía parenteral u oral durante varias semanas. Las concentraciones de antibiótico en el tejido óseo y cavidad articular suelen ser subóptimas, hecho que, unido a la capacidad de ciertos microorganismos de formar biopelículas que dificultan la penetración del antibiótico y conservan una proporción de bacterias en crecimiento estacionario, hace que el uso de pautas cortas de tratamiento antibiótico se acompañe en la mayoría de ocasiones de recaídas ⁵. Además, las infecciones osteoarticulares con frecuencia requieren tratamiento quirúrgico para desbridar zonas necróticas o para el drenaje y la limpieza de cavidades articulares. Por lo tanto, en la mayoría de ocasiones, los pacientes requerirán ingreso hospitalario para evaluación y estabilización y, en raras ocasiones, un paciente con infección osteoarticular iniciará su tratamiento régimen de hospitalización a domicilio. Los usuarios de drogas por vía endovenosa tienen con frecuencia artritis séptica y osteomielitis por *Staphylococcus aureus*, bacilos gramnegativos u hongos. El tratamiento antimicrobiano de la osteomielitis de huesos largos, emprendido con finalidad curativa, debe entenderse siempre como un complemento a la cirugía, que es la principal medida terapéutica ⁶.

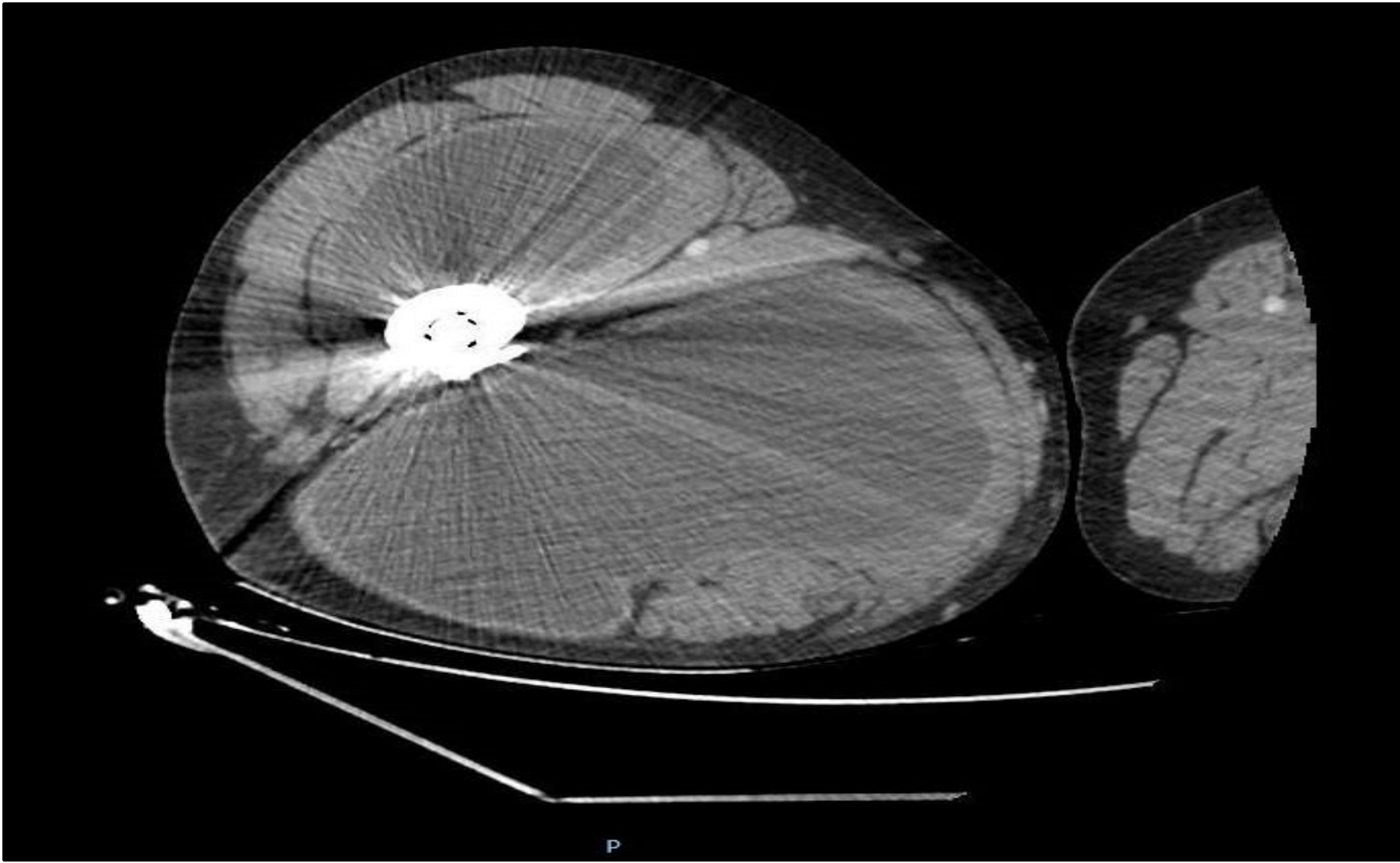


Figura 4. TACAR muslo derecho

CONCLUSIONES

- La osteomielitis, una infección ósea que causa dolor y signos de infección en los tejidos circundantes. Destacan factores de riesgo como diabetes, alteraciones inmunológicas y traumatismos, sin olvidar que la forma crónica puede surgir de una maltratada osteomielitis aguda.
- El objetivo es concienciar sobre la importancia de un diagnóstico preciso con pruebas de imagen, especialmente la ecografía inicial.
- Las infecciones osteoarticulares representan una carga financiera significativa y requieren tratamientos prolongados, a menudo combinados con cirugía.
- Subrayamos la necesidad de considerar la cirugía como elemento clave en el tratamiento efectivo de la osteomielitis.

BIBLIOGRAFÍA

- Overview of osteomyelitis in adults. UpToDate 2014.
- Lew DP, Waldvogel FA. Osteomyelitis. Lancet 2004; 364:369-379.
- Calhoun JH1, Manring MM, Shirliff M. Osteomyelitis of the long bones. Semin Plast Surg. 2009 May;23(2):59-72.
- Leotau Rodríguez MA, Villamizar HA. Osteomielitis: una revisión de la literatura. Rev Univ. Salud. vol.12 no.1 Pasto Jan./Dec. 2010; 135-145.
- Protocolos tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE). Sociedad Española de medicina interna (SEMI). M. Mirón Rubio et al
- Cierny G 3rd. Surgical treatment of osteomyelitis. Plast Reconstr Surg 2011; 127 Suppl 1: 190S-204S.

		Staphylococcus lugdunensis	CMI
PENICILINA	R		>0.25
OXACILINA	S		0.5
AMPICILINA	R		4
AMOXICILINA/CLAVULÁNICO	S		<=4/2
CEFTAROLINE	S		<=0.5
VANCOMICINA	S		<=1
TEICOPLANINA	S		<=2
DAPTOMICINA	S		<=1
LINEZOLID	S		<=2
GENTAMICINA	S		<=1
TOBRAMICINA	S		<=1
CIPROFLOXACINA	S		<=1
LEVOFLOXACINA	S		<=1
TETRACICLINA	R		>8
ERITROMICINA	S		<=0.5
CLINDAMICINA	S		<=0.25
MUPIROCINA	S		<=256
NITROFURANTOINA	-		<=32
FOSFOMICINA	S		<=32
TRIMETOPRIM/SULFAMETOXAZOL	S		<=2/38
RIFAMPICINA	S		

Tabla 1. Antibiograma