

De esguince a osteomielitis: Un giro de diagnóstico inesperado.

Ruiz-Lozano N, Prosper Ramos I, Masiá Massoni M, Andreu Safont J, García Roig A.

Hospital de Manises (Valencia)

INTRODUCCIÓN

- Las **infecciones osteoarticulares**, poco comunes en niños, son difíciles de diagnosticar tempranamente, lo que plantea desafíos en su tratamiento y por ende puede aumentar el **riesgo de daño permanente en el cartilago** de crecimiento a largo plazo.
- La osteomielitis aguda (OA) en la infancia presenta una incidencia anual entre 1/5,000 y 1/10,000 en menores de 13 años. Se observa principalmente en **menores de 5 años** y su localización más frecuente es la **metáfisis de los huesos largos de los miembros inferiores**.

DESCRIPCIÓN CASO CLÍNICO

- Paciente de seis años que presentaba dolor en tobillo izquierdo tras un partido de fútbol. Se acompañaba de **fiebre** durante más de **24 horas**. Previamente había consultado siendo diagnosticado de esguince de tobillo.
- Se observó **tumefacción** en maléolo externo, sin eritema y con **aumento de la temperatura local**.
- Se realizó examen articular completo siendo negativas las pruebas de cajones y de estrés.
- Se llevaron a cabo varias pruebas complementarias, destacando una **radiografía simple de tobillo anodina**, así como analíticas sanguíneas con **reactantes de fase aguda positivos y leucocitosis con neutrofilia**.

EVOLUCIÓN CLÍNICA

- Durante la hospitalización, se administró antibioterapia intravenosa empírica con cefazolina y se obtuvieron hemocultivos.
- Se solicitó una **RMN**, la cual confirmó la presencia de **osteomielitis** en región **metafisaria distal** del peroné izquierdo, acompañada de un pequeño **absceso subperióstico** así como miositis reactiva del músculo flexor del hallux.
- Se decidió realizar **drenaje quirúrgico** del absceso mediante un abordaje retromaleolar.
- Al alta, debido al resultado negativo de los hemocultivos y del material drenado, se decidió dar **antibioterapia empírica oral** con cefuroxima durante otras **cuatro semanas**.
- En los controles ambulatorios, el paciente se encontraba asintomático, sin limitación del balance articular y con estudios de imágenes anodinos.

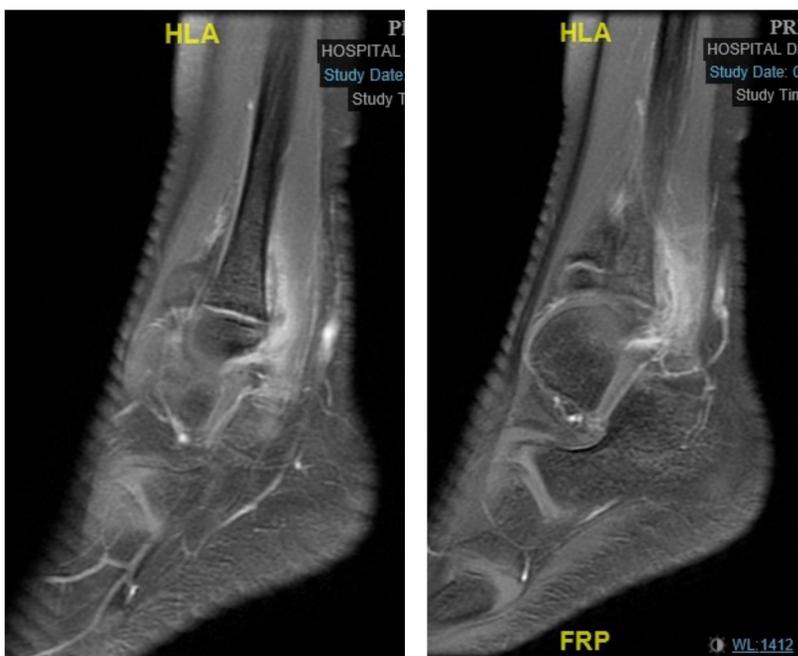
CONCLUSIONES

- La OA puede simular otras condiciones por lo que es crucial una **evaluación exhaustiva** y un **seguimiento clínico** adecuado.
- En hasta el **40%** de los casos de OA las **pruebas microbiológicas** producen **resultados falsos negativos**, por lo que debemos entender las limitaciones de los cultivos y **dar importancia a la evolución clínica** tras inicio de antibioterapia empírica.

Bibliografía

- Núñez Cuadros E, Saavedra Lozano J. Infecciones osteoarticulares: artritis séptica, osteomielitis y espondilodiscitis. *Protoc diagn ter pediatr.* 2023;2:285-308.
- Matos, T. H. S., Fernández, S. Z., Gómez, M. N., Sebastián, M. S., Martínez, F. G., & Lozano, J. S. Osteomielitis y artritis séptica. *Protocolos de infectología.* Ergon Madrid. 2011; 205-20.

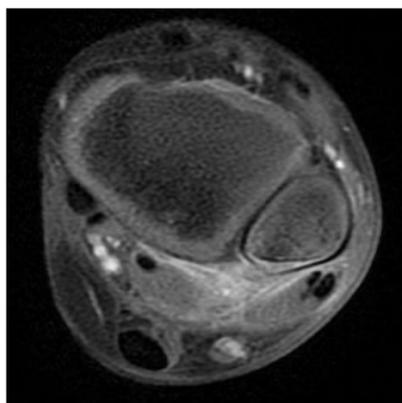
RMN T1 SUPRESIÓN GRASA + GADOLINIO



RMN T2



RMN PD



61 CONGRESO
secot