

Diagnóstico precoz de osteomielitis del astrágalo. Una rara entidad en pediatría.

Gálvez Aguilar MI, Espino Aguilar R, Garzón Murillo C,
*González-Gaggero Prieto-Carreño B.
Servicio de Pediatría, *Unidad de Medicina Nuclear,
Hospital Infanta Luisa. Sevilla. España.

Autor para correspondencia: Inmaculada Gálvez Aguilar: doctora_galvez@hotmail.com

Resumen: La osteomielitis hematógena del astrágalo es una entidad rara en la infancia. Su manifestación es inespecífica, lo que retrasa el diagnóstico y el tratamiento. La gammagrafía ósea juega un papel importante en el diagnóstico precoz y por lo tanto en la evolución posterior de esta entidad. Presentamos el caso de una niña con osteomielitis del astrágalo que fue diagnosticada de forma precoz gracias a la gammagrafía ósea, con una evolución favorable tras el tratamiento.

Palabras clave: osteomielitis del astrágalo, gammagrafía ósea.

Abstract: Hematogenous osteomyelitis of the talus is a rare entity in childhood. Its manifestation is nonspecific, delaying diagnosis and treatment. Bone scintigraphy plays an important role in early diagnosis and therefore the subsequent evolution of this entity. We report the case of a child with osteomyelitis of the talus was diagnosed at an early stage by bone scintigraphy, with a favorable outcome after treatment.

Keywords: talus's osteomyelitis, bone scan.

Recibido: 29-09-2014 Aceptado: 11-01-2015

Vox Paediatrica 2015; XXII(1):43-45

Caso clínico

Niña de 20 meses con dolor en pie derecho de 3 días de evolución y fiebre en las últimas 12 horas. No refieren traumatismo previo, sí la presencia de síntomas catarrales la semana anterior. Presenta ligera inflamación con aumento de calor en cara anterior de tobillo derecho, dolor a la palpación e impotencia funcional. La radiografía muestra discreto aumento de densidad de tejidos blandos e imagen sugestiva de despegamiento perióstico en cara superior de astrágalo derecho (Figura 1).

En la analítica realizada sólo se aprecia elevación de velocidad de sedimentación globular (VSG). Debido a la

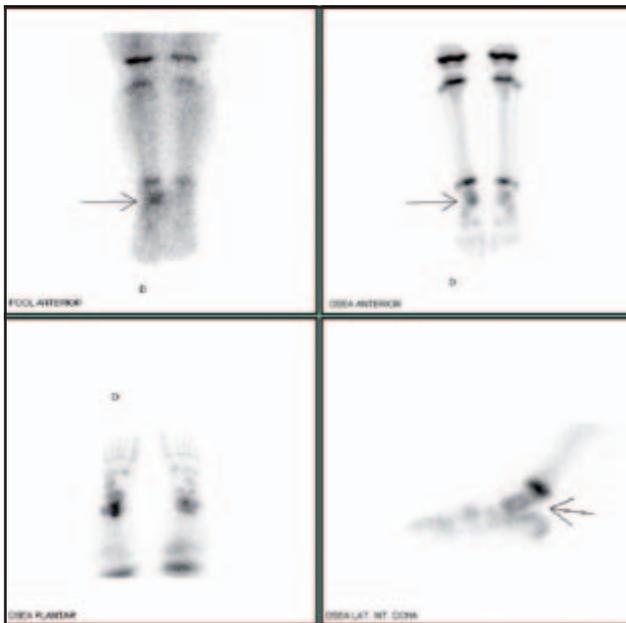
edad de la paciente se decidió realizar, y las limitaciones técnicas para sedación en nuestro centro, como prueba de imagen, una gammagrafía ósea, donde se evidenció un aumento de captación asimétrico en tobillo derecho, comprobándose en la proyección lateral interna que el foco está en astrágalo (Figura 2), estas imágenes, junto con la clínica, son sugerentes de osteomielitis.

Recibió Cefuroxima intravenosa durante 2 semanas y posteriormente Cefuroxima axetilo oral hasta completar 4 semanas de tratamiento. Los cultivos fueron negativos. La evolución posterior ha sido favorable, y 4 meses después está asintomática.

Figura 1: Radiografía simple. Discreto aumento de densidad de tejidos blandos e imagen sugestiva de despegamiento perióstico en cara superior de astrágalo derecho.



Figura 2: Gammagrafía ósea. Aumento de captación a nivel de astrágalo derecho.



Discusión

Las infecciones osteoarticulares son relativamente infrecuentes en la infancia, y afectan generalmente a menores de 5 años. Pueden originarse secundariamente a la extensión de una infección local, aunque lo más frecuente es el origen hematógeno (OMH). Ésta se produce más comúnmente en la metáfisis de huesos largos (fémur distal, tibia proximal o húmero), siendo rara la afectación del astrágalo, con escasos casos recogidos en la literatura a nivel mundial¹. La clínica suele ser inespecífica, con síntomas locales (dolor, cojera, inflamación) y escasos síntomas generales (fiebre, malestar). También la analítica suele ser anodina, en-

contrando en ocasiones elevación de la VSG o de la proteína C reactiva². Es muy frecuente que los cultivos, tanto de sangre como de la lesión, sean negativos. En los casos en que se consigue aislar algún germen el más frecuente es *S. aureus*, seguido de *Streptococcus*, *Pneumococcus*, *K. kingae*...^{3,4} De esta manera, el diagnóstico de sospecha se suele retrasar casi sistemáticamente, en ocasiones varias semanas.

La radiografía suele ser la prueba de imagen que se solicita en primer lugar, aunque habitualmente es normal en los primeros días de infección, por lo que de entrada no nos sería de gran ayuda⁵. La ecografía y la resonancia magnética (RM) son las pruebas más específicas, sobre todo ésta última, y, aunque también podrían ser normales en los primeros estadios de la enfermedad, serían las pruebas de primera elección⁶. Otra prueba de imagen muy sensible para el diagnóstico precoz es la gammagrafía ósea, teniendo en cuenta que al ser poco específica puede dar falsos positivos en enfermedades distintas a la osteomielitis y que cursan con actividad osteoclástica, como tumores (sarcoma de Ewing, osteosarcomas, osteoma osteoide o metástasis), necrosis y traumatismos⁵, en cuyo caso sí que tendríamos una radiología alterada y podría ayudarnos también para diferenciarlos los datos obtenidos de la historia clínica del paciente. En nuestro caso decidimos la realización de ésta última prueba en lugar de RM para llegar al diagnóstico precoz para evitar la sedación de nuestra paciente, que era necesaria debida a su corta edad, y que por limitaciones de nuestro centro de trabajo, habría retrasado su realización.

En cuanto al tratamiento de esta entidad, son numerosas las controversias que actualmente se debaten. Anteriormente se recomendaba la desbridación quirúrgica de la lesión sin o con tratamiento antibiótico posterior. Actualmente se tiende a ser más conservador, y la pauta más establecida es la administración de antibioterapia, reservando la cirugía sólo para aquellos casos en los que fracase dicho tratamiento¹. En estos casos, la pauta más utilizada es entre 4-6 semanas de duración, inicialmente con antibióticos intravenosos, para alcanzar una alta concentración en hueso, y posteriormente completar con terapia oral, siendo las cefalosporinas de segunda generación una buena opción terapéutica⁵.

Las complicaciones de la osteomielitis en niños incluyen recurrencias, alteraciones de crecimiento por afectación del cartílago de crecimiento, cojera, fracturas patológicas y evolución a osteomielitis crónica (5% de los casos)⁷. Se ha demostrado que las recaídas y las secuelas más frecuentes se asocian con mayor frecuencia a la presencia de artritis, al retraso en el diagnóstico, al tratamiento inadecuado o inferior a 3 semanas, y al período neonatal⁶. Es recomendable un seguimiento del paciente al menos durante los siguientes 12 meses al diagnóstico para demostrar la curación.

A destacar que ante la sospecha de osteomielitis, la

gammagrafía ósea puede facilitar el diagnóstico precoz y con ello el inicio temprano del tratamiento, lo que será determinante en la evolución y curación sin secuelas de dicho proceso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pabla R, Tibrewal S, Ramachandran M, Barry M. Primary subacute osteomyelitis of the talus in children. A case series and review. *Acta Orthop Belg.* 2011; 77: 294-298.
2. Hernández-Segura A, Jorba-Elguero P, Cassis-Zacarías N. Osteomyelitis hematogena del astrágalo en la infancia: reporte de un caso. *Rev. Mexicana de Ortopedia Pediátrica*, vol 8, nº1. 2006: 10-13.
3. Blyth MJ, Kincaid R, Craigen MA, Bennet GC. The changing epidemiology of acute and subacute haematogenous osteomyelitis in children. *J Bone Joint Surg.* 2001; 83: 99-102.
4. Rassol MN. Primary subacute haematogenous osteomyelitis in children. *J Trauma.* 2005; 58: 83-7.
5. Farías Gorbea A, Vázquez Fernández ME, Álvarez García V, Ramírez Arroyo V, González García E, Díez Bergaz H. Osteomyelitis subaguda del astrágalo asociada a impétigo perioral. *Acta Pediatr Esp.* 2013, 71 (5): 119-125.
6. Hernández-Sempelayo Matos T, Zarzoso Fernández S, Navarro Gómez ML, Santos Sebastián MM, González Martínez F, Saavedra Lozano J. Osteomyelitis y artritis séptica. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología Pediátrica.* Actualizados en 2008. Disponible en: www.aeped.es/protocolos/.
7. Ramos OM, Chronic osteomyelitis in children. *Pediatr Infect Dis J.* 2002; 21: 431-2.