

Infección osteoarticular atípica en pediatría¹

Atypical osteoarticular infection in pediatrics

Eduardo Arias de la Garza,^{*,‡} Víctor Manuel Pérez Robles,^{*,‡}
Valeria Ocampo Roosens,^{*,§} Brayán Ulises Ramírez Campos^{*,¶}

* Hospital del Niño Morelense, Morelos, México.

‡ Médico Infectólogo Pediatra.

§ Médica Adscrita a Patología.

¶ Residente de segundo año.

¹ Sección a cargo del Dr. Giancarlo Hernán Cristerna Tarrasa. Servicio de Infectología Pediátrica. Instituto Nacional de Pediatría. Ciudad de México, México.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Escolar de 11 años de edad, con antecedente de obesidad moderada, quien inicia su padecimiento actual en agosto de 2025 al recibir un golpe directo sobre el tobillo derecho con calzado deportivo al estar practicando fútbol, con pérdida de la continuidad de la piel, inflamación y edema local, sin otras eventualidades. No recibe manejo médico.

Un mes posterior a la lesión, en septiembre de 2025, inicia con aumento progresivo de volumen del tobillo derecho, no doloroso, con limitación para la movilización y la bipedestación, requiriendo el uso de muletas para la deambulaci3n; la abuela materna refiere picos febriles aislados, no cuantificados en casa. Acude con el médico, quien inicia manejo ambulatorio inicial con ampicilina a dosis no especificada por siete días, sin mejoría.

A su ingreso al servicio de Urgencias, se observa clínicamente estable, afebril, con signos vitales en percentil para la edad y la talla. A la exploraci3n física se aprecia aumento de volumen a nivel del maléolo interno derecho, blando, no doloroso a la manipulaci3n, sin aumento de calor local, que genera disminuci3n del arco de movilidad del tobillo; sobre la piel se aprecian trayectos fistulosos sobre un fondo

hipercrómico, con salida de material serohemático no fétido (*Figura 1*). A su ingreso, con leucocitosis (12.1×10^3 células/mm³), neutrófilos de 59% y elevaci3n de la proteína C reactiva (2.0 mg/dL).

Se inicia manejo empírico con clindamicina. Debido a las condiciones clínicas, es valorado por el servicio de Traumatología y Ortopedia, quien realiza toma de biopsia de regi3n maleolar interna derecha, obteniendo muestra de tejido celular subcutáneo indurado con escasa secreci3n serohemática. Se envía la muestra para cultivo, sin reporte de crecimiento microbiano; los estudios histopatológicos reportan trayecto fistuloso parcialmente epitelizado.

El paciente se mantiene estable, por lo que se decide su egreso a domicilio para dar seguimiento en la consulta externa de Infectología; sin embargo, debido a las condiciones sociodemográficas del paciente, éste no cumplió con el seguimiento.

Nuevamente en enero de 2026 acude a valoraci3n al servicio de Urgencias, con progresi3n de la lesi3n a nivel del tobillo, aumento de volumen, extensi3n bimalleolar de consistencia blanda al tacto, discreto aumento de temperatura local, aumento del número de lesiones fistulosas y deformidad a nivel articular con dolor intenso al apoyo (*Figura 2*). A su ingreso,

Citar como: Arias GE, Pérez RVM, Ocampo RV, Ramírez CBU. Infecci3n osteoarticular atípica en pediatría. Rev Latin Infect Pediatr. 2026; 39 (1): 35-37. <https://dx.doi.org/10.35366/123456>

Recibido: 05-05-2026. Aceptado: 06-05-2026.





Figura 1: Lesión maleolar interna derecha (octubre 2025).

laboratorios reportan leucocitosis (16.29×10^3 células/mm³), neutrófilos de 81% y proteína C reactiva de 5.6 mg/dL.

Se realiza ultrasonido de miembro pélvico derecho que documenta colección de aproximadamente 22 mL de material de aspecto turbio que involucra tejido celular subcutáneo, plano muscular y aparente extensión intraarticular, así como compromiso del tendón calcáneo. Es valorado nuevamente por Traumatología y Ortopedia, quien solicita resonancia magnética de extremidad inferior derecha, la cual evidencia osteomielitis con imagen de absceso perimaleolar e involucro del retropié, así como extensión retrocalcánea que involucra peroneo astragalino en ambos fascículos (*Figura 3*).



Figura 2:

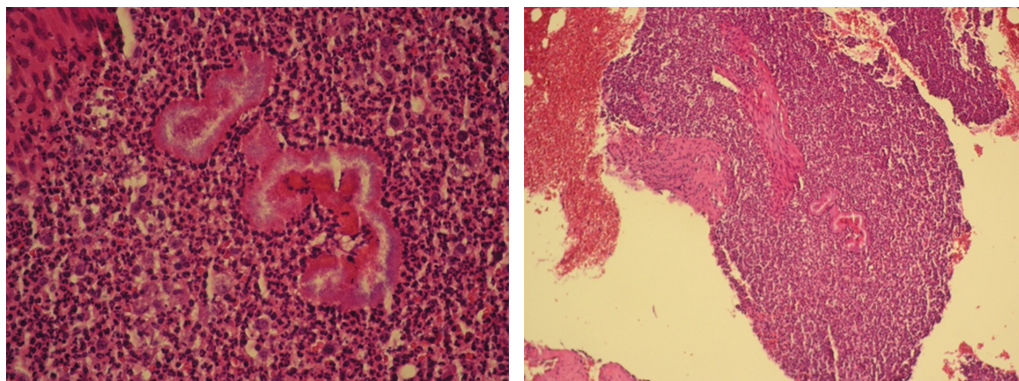
Lesión bimaleolar
derecha (enero
2026).



Figura 3:

Resonancia magnética
del pie derecho.



**Figura 4:**

Tinción de hematoxilina y eosina (H&E) de muestra de curetaje de tobillo derecho.

Se decide realizar curetaje y toma de muestra para realización de cultivo y estudios histopatológicos; en el estudio histopatológico se obtienen muestras de tejido óseo necrótico, con tejido de granulación e inflamación aguda y crónica. En dicho estudio, en la zona adyacente al epitelio plano, se observan grupos ovalados de bacterias filamentosas polarizadas rodeadas por tejido de granulación, neutrófilos y macrófagos (*Figura 4*).

PREGUNTAS

Pregunta 1. Con base en el caso clínico, ¿cuál es la principal sospecha diagnóstica?

- a) Tuberculosis cutánea
- b) Osteomielitis crónica bacteriana
- c) Actinomicosis
- d) Carbunco

Pregunta 2. ¿Cuál es la tríada clásica esperada en la presentación de esta patología?

- a) Dolor, fiebre, eritema
- b) Tumoración, fístulas, gránulos
- c) Úlcera, costra, linfedema
- d) Nódulo, necrosis, absceso

Pregunta 3. ¿Cuál es el agente etiológico más común de esta patología descrito en América Latina?

- a) *Madurella mycetomatis*
- b) *Actinomyces israelii*
- c) *Bacillus anthracis*
- d) *Mycobacterium tuberculosis*

Pregunta 4. ¿Cuál es el signo patognomónico de esta patología?

- a) La presencia de osteólisis en la radiografía
- b) La ausencia de dolor a la palpación en las fístulas
- c) La presencia de gránulos de azufre (granos) en el exudado fistuloso
- d) El cultivo positivo

Pregunta 5. ¿Cuál es la localización más frecuente documentada a nivel mundial?

- a) Manos y antebrazos
- b) Espalda
- c) Pies
- d) Piel cabelluda

Pregunta 6. Respecto a la evolución clínica, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- a) Es una infección aguda, con fiebre alta desde el inicio
- b) Las fístulas suelen ser dolorosas y se cierran espontáneamente
- c) Es una infección crónica, indolora en etapas tempranas, con tendencia a la destrucción ósea
- d) Siempre se disemina por vía hematógena al pulmón en los primeros meses

Correspondencia:

Eduardo Arias de la Garza

E-mail: lalo_arias@hotmail.com

Ver respuesta al caso clínico: ¿Cuál es su diagnóstico?
<https://dx.doi.org/10.35366/123458>