

Osteomielitis hematógena del astrágalo en la infancia: Reporte de un caso

Ariathna Hernández-Segura,* Pedro Jorba-Elguero,* Nelson Cassis-Zacarías**
Hospital Shriners para Niños, de la Ciudad de México.

RESUMEN

La osteomielitis hematógena es muy común en la metáfisis de los huesos largos en la infancia; la afectación de otros sitios es menos común. La osteomielitis hematógena del astrágalo es muy rara, reportándose solamente unos cuantos casos en la literatura mundial. En este artículo se reporta un caso de osteomielitis hematógena del astrágalo en un paciente de 8 años de edad, manejado mediante desbridación quirúrgica y antibioterapia, con resultados favorables. Se hace también una revisión de los casos reportados en la literatura y los tratamientos recomendados.

Palabras clave: Osteomielitis, astrágalo, infancia.
(Rev Mex Ortop Ped 2006; 1:10-13)

SUMMARY

Hematogenous osteomyelitis is very common in the metaphysis of long bones in childhood; involvement of other sites is less common. Affection of the talus is very rare, having been reported in only a few cases in the international literature. We report here a case of hematogenous osteomyelitis of the talus in an 8 year-old patient, who was treated with surgical debridement and antibiotics, with good results. We also do a review of the literature and suggested treatment.

Key words: Osteomyelitis, talus, childhood.
(Rev Mex Ortop Ped 2006; 1:10-13)

INTRODUCCIÓN

La osteomielitis hematógena es una de las infecciones osteoarticulares más frecuentes de la infancia, involucrando habitualmente a la metáfisis de los huesos largos. En comparación, la afectación de otros sitios anatómicos es mucho menos frecuente. La osteomielitis que involucra a los huesos del tarso es poco común, reportándose en 2 a 3% de todos los casos de osteomielitis en diferentes series,^{1,2} siendo el hueso más comúnmente afectado el calcáneo, con mucha menor frecuencia en los demás huesos del tarso.

La osteomielitis hematógena del astrágalo es muy poco común, con sólo unos cuantos casos reportados en la literatura. Ezra y Wientroub³ reportaron una serie de 11 pacientes con osteomielitis hematógena de los huesos del tarso, en la que cuatro pacientes tuvieron afección del astrágalo; Skevis⁴ reportó cuatro pacientes en un periodo de 8 años; Antoniou y Conner⁵ reportaron 7 casos en 9 años; Robertson⁶ encontró dos

casos. La mayor parte de los casos reportados se comportaron como una infección subaguda, con una buena evolución con el tratamiento médico o quirúrgico.

Hicimos una revisión de todos los casos de osteomielitis diagnosticados en el Hospital Shriners para Niños de la Ciudad de México entre 1963 y 2005, encontrando 164 casos en este periodo. Nueve casos involucraron los huesos del tarso. Solamente se encontró un caso de osteomielitis del astrágalo, el cual se reporta a continuación.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino, de 8 años de edad. Sin antecedentes personales de importancia para su padecimiento. Inició un mes previo a su primera consulta en el hospital, posterior a sufrir una inversión forzada del tobillo derecho, con dolor leve, evolucionando en 24 horas a dolor intenso y limitación funcional, agregándose fiebre de hasta 39°, siendo manejado en otra institución con antibióticos intravenosos por 15 días, con mejoría parcial. El paciente persistió con dolor, aumento de volumen y limitación funcional en el tobillo derecho, motivo por el cual acudió a nuestra Institución.

* Residentes de Quinto año, Ortopedia Pediátrica, Hospital Shriners para Niños.

** Director Emérito, Hospital Shriners para Niños.

El paciente fue hospitalizado, con el diagnóstico de probable osteomielitis del astrágalo. A su ingreso se encontraba afebril, con aumento de volumen en el tobillo derecho, con hiperemia e hipertermia medial, con limitación de los arcos de movimiento del retropié. Se observaba también una red venosa superficial en el tobillo.

Se tomaron a su ingreso estudios radiográficos simples (Figura 1), observándose aumento de densidad de los tejidos blandos, con aumento de densidad de patrón irregular en el astrágalo, con irregularidad en la superficie articular del domo del astrágalo. Los estudios de laboratorio encontraron una velocidad de sedimentación de 38 mm/h, biometría hemática normal, proteína C reactiva menor a 0.6 mg/dL, fosfatasa alcalina de 384 U/L, deshidrogenasa láctica de 449 U/L,



Figura 1.



Figura 2.

electrolitos séricos normales. Una resonancia magnética de tobillo derecho reportó una alteración morfológica severa del astrágalo, con levantamiento perióstico, con cambios de señal en tibia y peroné distales, así como en calcáneo; tejido de aspecto inflamatorio en el espacio articular periastragalino, todo esto compatible con un proceso inflamatorio probablemente de origen infeccioso, con compromiso de tejidos blandos intra y extraarticulares (Figuras 2 y 3). Se hizo también una centelleografía ósea, que mostró positividad para un área de aumento en el flujo sanguíneo, espacio vascular y actividad osteoneogénica de manera difusa en la articulación tibia-astragalina derecha, sugestivo de un proceso traumático/inflamatorio regional versus osteomielitis (Figuras 4 y 5).

Con estos datos, se inició manejo antibiótico con amikacina y cefalotina parenterales y se programó manejo quirúrgico, realizándose toma de biopsia del astrágalo, encontrando en la cirugía tejido friable con escaso exudado purulento. Durante la cirugía se tomó también muestra de tejido para cultivo, el cual reportó desarrollo de *Staphylococcus aureus*, por lo que se suspendió la amikacina y se continuó con cefalotina intravenosa solamente. El estudio histopatológico reportó osteomielitis crónica, con extensión a tejidos blandos.

El paciente evolucionó hacia la mejoría clínica, con disminución del volumen del tobillo, y con resolución de la hipertermia e hiperemia locales. Una vez completados 21 días de manejo antibiótico intravenoso, el paciente fue dado de alta del hospital, continuándose con cefalexina por vía oral por 3 meses adicionales. El paciente ha evolucionado hacia la mejoría, con desaparición de la sintomatología, y normalización de las

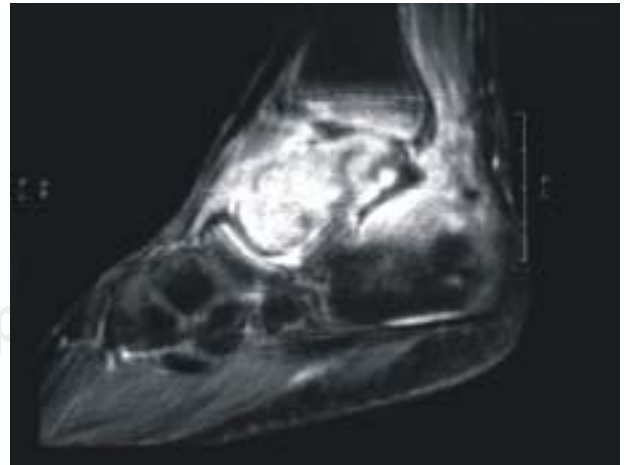


Figura 3.



Figura 4.



Figura 5.

cifras de laboratorio. En su última consulta, 6 meses después de haber iniciado su padecimiento, se observó radiográficamente con disminución en el aumento de la densidad del hueso esponjoso del astrágalo, con normalización de la densidad de los tejidos blandos (Figura 6).



Figura 6.

DISCUSIÓN

La osteomielitis hematogena del astrágalo es una entidad poco común, que se presenta con un cuadro clínico inespecífico, siendo frecuente el que exista un retraso de semanas a meses en el diagnóstico,³⁻⁵ como fue el caso en nuestro paciente.

Existe controversia en el tratamiento ideal para la osteomielitis, pero la mayor parte de los reportes coinciden en desbridación quirúrgica, junto con un esquema inicial de antibiótico intravenoso seguido de oral por al menos 4 a 6 semanas.^{4,5} Sin embargo, existen muy pocos reportes específicos para la osteomielitis

del astrágalo. La evolución hacia la mejoría de nuestro paciente coincide con lo reportado en la literatura, con una tasa de curación del 90%.³

Referencias

1. White M, Denison WM. Acute haematogenous osteitis in childhood: a review of 212 cases. *J Bone Joint Surg (Br)* 1952; 34-B: 608-23.
2. Perlman MH et al. The incidence of joint involvement with adjacent osteomyelitis in pediatric patients. *J Ped Orthop* 2000; 20: 40.
3. Ezra E, Wientroub S. Primary subacute haematogenous osteomyelitis of the tarsal bones in children. *J Bone Joint Surg (Br)* 1997; 79-B (6): 983-6.
4. Skevis XA. Primary subacute osteomyelitis of the talus. *J Bone Joint Surg (Br)* 1984; 66-B(1): 101-3.
5. Antoniou D, Conner AN. Osteomyelitis of the calcaneus and talus. *J Bone Joint Surg (Am)* 1974; (2): 338-45.
6. Robertson DE. Primary acute and subacute localized osteomyelitis and osteochondritis in children. *Canad J Surg* 1967; 10: 408-13.

Correspondencia:
Pedro Jorba-Elguero
Sierra Nevada 234
Lomas de Chapultepec. 11000
México, D.F.
E-mail: pjorba@hotmail.com

