

¿Osteomielitis aguda larvada o crónica unifocal?

Osteomielitis akutu larbatua edo kroniko unifokala?

R. Guerrero Pereda¹, A. Nogués¹,
M. Palacio Pina²

¹Sección de Escolares, ²Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Aránzazu, San Sebastián

Correspondencia: Dr. M. Palacio Pina, Servicio de Pediatría, Hospital Aránzazu, 20080 San Sebastián.

INTRODUCCIÓN

La osteomielitis aguda a veces en la práctica pediátrica no se presenta con su cuadro clínico florido. Ello puede hacer pensar en una osteomielitis crónica unifocal (OCU) u otra entidad de mayor relieve como puede ser un sarcoma de Ewing⁽¹⁾.

En estos casos, solamente una biopsia ósea refrendada por el curso evolutivo radiológico puede darnos el diagnóstico de certeza de una osteomielitis aguda larvada (OAL) también llamada osteomielitis subaguda.

Esto último es lo que nos aconteció con el paciente objeto de esta nota clínica que vamos a exponer tal como se vivió en el hospital.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Niño de cuatro años de edad hospitalizado en nuestro centro por cuadro de dolor a nivel de muslo izquierdo de un mes de evolución, al que se añade ocho días antes, impotencia funcional leve de esa extremidad inferior. En sus antecedentes patológicos destacamos una herida superficial pequeña a nivel de piel de rodilla izquierda unos días previos a iniciar el cuadro que tratan con povidona yodada.

A la exploración física llama la atención una temperatura axilar de 37,2°C y una tumoración dolorosa a la palpación a nivel de tercio medio-distal del muslo izquierdo en zona anteroexterna.

Toda la analítica realizada es normal a excepción de una leucocitosis con neutrofilia en la fórmula sanguínea y una VSG de 58 y 92 mm. Los estudios bacteriológicos en sangre son negativos así como la prueba del Mantoux.

Del estudio radiológico efectuado, consignamos un aumento de partes blandas a nivel del muslo izquierdo con reacción cor-

tical y despegamiento del periostio en el tercio medio del fémur con zona de baja densidad a dicho nivel.

Con el diagnóstico probable de osteomielitis subaguda (osteomielitis aguda larvada), se establece tratamiento antibiótico por vía venosa.

Dicha terapia se interrumpe al quinto día, pues la RNM de dicho hueso se nos informa como sospechosa de sarcoma de Ewing (Figs. 1 y 2). Una ecografía y una radiografía posteriores de la lesión tampoco son definitorias de osteomielitis.

En la gammagrafía ósea efectuada con Tc 99, se aprecia acúmulo de radiofármaco a nivel de la diáfisis femoral izquierda. Y la biopsia ósea corresponde histológicamente a una inflamación ósea subaguda. No se realiza cultivo del tejido biopsiado.

La familia del paciente a la vista de la buena evolución clínica del niño, no acepta efectuar ningún tipo de tratamiento. Se le controla clínica y radiológicamente, y a los cinco meses de iniciado el proceso, la radiografía del fémur izquierdo muestra una reacción esclerótica cortical a nivel de la zona en que se efectuó la biopsia. Cuatro meses después de su alta, el niño se mantiene asintomático.

DISCUSIÓN

La osteomielitis crónica (OC) incluye una serie de entidades especificadas en la tabla I.

La forma unifocal no bacteriana y la simétrica multifocal se presentan en los primeros años de la vida⁽⁵⁾, a diferencia de la forma asimétrica multifocal asociada o no a la pustulosis palmoplantar que es más propia de las niñas en edad próxima a la pubertad^(6,7).

En cuanto a la etiopatogenia de la OC, en algunos casos está aclarada (tuberculo-



Figura 1. RNM sin contraste (OSATEK).



Figura 2. RNM con contraste (OSATEK).

sis, micosis) o cuando es consecutiva a una osteomielitis aguda por germen conocido. Sin embargo, el problema se plantea cuando no existe esa constancia. Y eso sucede en el 64% de las formas de OCU según Gamble⁽²⁾ y en los distintos grupos de osteomielitis crónica multifocal (OCM). Autores como Cole⁽¹⁾ afirman que la OCM es la mani-

festación tardía de una OCU. La radiografía y el estudio biopsico en ambas suele ser similar, de ahí que se afirme que se trata de un mismo proceso evolutivo, relacionado con una alteración inmunológica en dichos pacientes, o con la existencia en los mismos de una bacteria o virus poco agresivos. Ambas teorías no se han confirmado con el de-

TABLA I. OSTEOMIELITIS CRÓNICA (OC)

1. Específica
2. No específica (1)
Unifocal
Bacteriana
Evolución de OA
Bacteriana - 36% (2)
No bacteriana - 64% (2)
Multifocal
Recurrente - Simétrica - Precoz (3)
Recurrente - Asimétrica - Tardía (4)
Recurrente - Asimétrica - Pultulosa (5)
Esclerosante de Garre

bido rigor científico^(7,9) y la etiopatogenia de dichos grupos de OC sigue sin aclararse por el momento⁽⁸⁾.

La clínica de la OC es poco expresiva tanto desde el punto de vista local como general⁽¹⁾. Y otro tanto podemos decir de la OAL.

Los estudios complementarios fundamentalmente basados en la radiografía, ecografía (sin olvidar la gammagrafía) tanto de la OC como de la OAL son a veces alarmantes, pudiéndose pensar en entidades patológicas de mayor transcendencia como puede ser un sarcoma de Ewing⁽¹⁾. De ahí que la biopsia ósea muchas veces sea definitiva del cuadro, aun cuando puede acontecer que la presencia en su periferia de histiocitos o células redondas provoquen errores diagnósticos^(11,12). No existe tratamiento eficaz de la OCU ni tampoco de la OCM, que por otra parte evolucionan espontáneamente de forma favorable⁽¹⁰⁾.

Con relación al tiempo que transcurre entre las manifestaciones clínicas y/o radiológicas de una OCU hacia una OCM, no lo hemos podido establecer. En todos los casos de OCM que hemos recogido de la literatura^(10,11,13,14), la presentación de la clínica y/o radiología a nivel de los distintos huesos ha sido simultánea o con un intervalo de tiempo muy corto.

Y para terminar esta breve publicación,

pensamos que después de todo lo hasta aquí expuesto, en el presente caso clínico existen suficientes elementos de juicio (evolución clínica-radiológica y biopsia) para afirmar que se ha tratado de una osteomielitis aguda larvada (osteomielitis subaguda) y no de una osteomielitis crónica unifocal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cole WG. The management of chronic osteomyelitis. *Clin Orthop*1991; **264**: 84-89.
2. Gamble JG, Rinsky LA. Chronic recurrent multifocal osteomyelitis: a distinct clinical entity. *J Pediatr Orthop*1986; **6**: 579-584.
3. Giedion A, Holthusen W, Masel JF, Vischer D. Subacute and chronic «symmetrical» osteomyelitis. *Ann Radiol*1972; **21**: 115-121.
4. Probst FP, Bjorksten B, Gustavson KH. Radiological aspect of chronic recurrent multifocal osteomyelitis. *Ann Radiol*1978; **21**: 115-123.
5. Bjorksten B, Gustavson KH, Eriksson B, Lindholm A, Nordstrom S. Chronic recurrent multifocal osteomyelitis and pustulosis palmo-plantaris. *J Pediatr*1978; **93**: 227-232.
6. Carr A, Cole WG, Robertson D, Choe CW. Chronic multifocal osteomyelitis. *J Bone Joint Surg (Br)* 1993; **73**: 552-591.
7. Pelkonen P, Ryoppy S, Jaaskelainen J, Rapola J, Repo H, Kaitil I. Chronic osteomyelitis-like disease with negative bacterial cultures. *Am J Dis Child*1998; **142**: 1167.
8. Bjorksten, Boquist L. Histopathological aspects of chronic recurrent multifocal osteomyelitis. *J Bone Joint Surg*1988; **62B**: 376.
9. Starinsky R. Multifocal chronic osteomyelitis with exuberant periosteal formation. *Pediatr Radiol*1984; **14**: 404-406.
10. Muro Brusi M, García Consuegra J, Balsa Criado A, Olsen B. Osteomyelitis crónica multifocal recurrente. *An Esp Pediatr*1988; **29**(4): 339-340.
11. Vallvanera A, Sanguesa C, Gómez J, Mascarell A, Cortina A. Osteomyelitis crónica multifocal recurrente. *Radiología*1995, junio: 365-369.
12. Zehava S, Rosenberg T, Shankman S, Klein M, Lehman N. Chronic recurrent multifocal osteomyelitis. *19 AJR* 1988; **151**: 142-144.
13. Wiener MD, Newbold RG, Merton DF. Chronic recurrent multifocal osteomyelitis (Case report). *AJR* 1986; **146**: 87-88.
14. Probst FP. Chronic multifocal cleidometaphyseal osteomyelitis of childhood. Report of case. *Acta Radiol Diagn*1976; **17**: 531-537.