

<b>Caso</b>	(089) Mi caso favorito de la urgencia: Rubor, calor, dolor y tumor
<b>Autores</b>	Pedro Aguado Linares, José Coronado García, Celia Córdoba Clavero, Francisco Aneiros Rosón, Daniel Moreno Real, Manuel Brioso Díez, Francisco Javier Fernandez Usagre
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Virgen Macarena

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Niño de 6 años que acude por fiebre y dolor en tobillo izquierdo. Niega traumatismo.

Inicia dolor de pie izquierdo sin inflamación local. A las 24 horas persiste dolor y se objetiva inflamación local que va en aumento junto con inicio de pico febril. Al día siguiente acuden a su pediatra que realiza radiografía del tobillo e indica tratamiento oral con amoxicilina-clavulánico (toma 4 dosis).

Ante empeoramiento hoy acuden a urgencias de este hospital. La fiebre persiste desde el inicio hasta la consulta en urgencias (4 días de evolución con picos de máximo 38.5°C) con picos febriles cada vez más espaciados. Refieren que el dolor cede con analgesia, aunque le impide el descanso nocturno.

## DISCUSIÓN

En las radiografías AP y Lateral del tobillo izquierdo se observa un aumento de partes blandas a nivel del maléolo externo. No se visualiza reacción perióstica o fractura.

Posteriormente se realiza ecografía del tobillo izquierdo urgente donde se visualiza un absceso subperióstico en la cara lateral de la metáfisis distal del peroné, de 19 x 9 x 3 mm (0.2 cc). Se observan cambios inflamatorios agudos en las partes blandas circundantes. No se observa derrame articular ni sinovitis aguda.

Más tarde se decide el drenaje del absceso por medio de PAAF guiado por ecografía. Se aspira escaso material espeso purulento, realizándose varios pases intralesionales. Se recoge muestra para estudio microbiológico donde se aísla *S. Aureus* sensible a meticilina.

A continuación, se realiza RM de tobillo izquierdo visualizándose edema óseo en la metáfisis distal del peroné y con foco en epífisis distal, en relación con osteomielitis aguda. No se observan colecciones en médula ósea. Se observa periostitis benigna reactiva, sin identificar actualmente el absceso descrito en estudio previo.

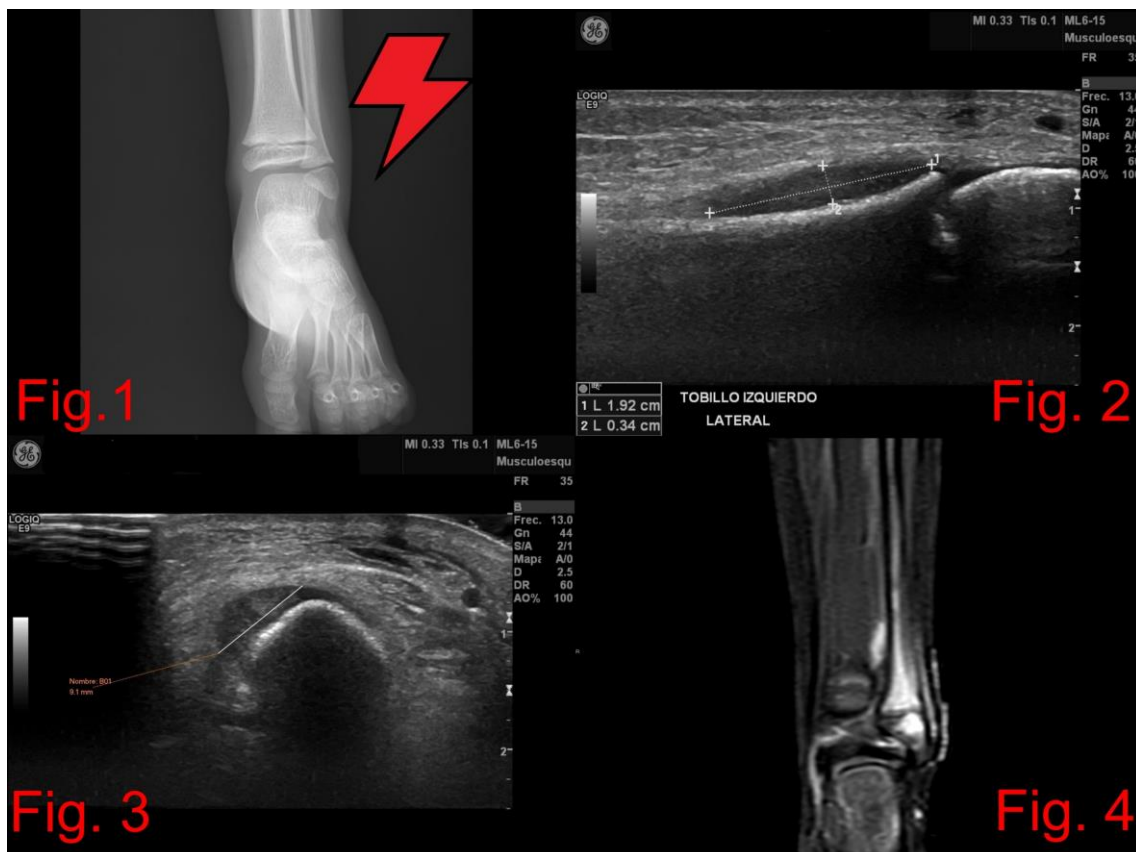
Por último, se repite la ecografía de tobillo donde se objetivan cambios inflamatorios en las partes blandas circundantes al extremo distal del peroné sin

que se observen colecciones organizadas. No se visualizan alteraciones articulares ni otros signos inflamatorios en los otros huesos incluidos en el estudio.

Se consensua con Traumatología tratamiento i.v. con Cloxacilina 15 días y tratamiento v.o. mediante Cefadroxiilo durante 15 días más.

## CONCLUSIÓN

La osteomielitis afecta con mayor frecuencia a varones de entre 2 y 12 años sin factores de riesgo. La localización más habitual suele estar en los miembros inferiores y a estas edades se ubica en la metáfisis de los huesos largos. Una forma radiológica de infección es el absceso subperióstico y se debe conocer su abordaje diagnóstico-terapéutico por medio de la ecografía. El germen causal más común es el *Staphylococcus aureus* cuyo tratamiento es antibiótico endovenoso prolongado, seguido de varias semanas de antibiótico oral. El desbridamiento quirúrgico puede ser necesario en algunos pacientes (formación de abscesos, hueso necrótico o falta de respuesta a los antibióticos).



*Figura 1. Rx AP de tobillo izquierdo donde se aprecia aumento de partes blandas a nivel del maléolo externo  
Figura 2. Ecografía de tobillo izquierdo en proyección sagital donde se observa una colección anecogénica subperióstica de unos 19 x 3 mm (CC x TRA)  
Figura 3. Ecografía de tobillo izquierdo en proyección transversal donde se visualiza una colección anecogénica subperióstica de 9 mm (AP)  
Figura 4. RM sin contraste i.v. en plano coronal secuencia T2 STIR donde se visualiza un marcado edema óseo a nivel de la metáfisis distal y epífisis del peroné izquierdo (osteomielitis aguda)*

## **BIBLIOGRAFÍA**

Saavedra-Lozano J, Calvo C, Huguet R, et al. Documento de Consenso SEIP-SERPE-SEOP sobre etiopatogenia y diagnóstico de la osteomielitis aguda y artritis séptica no complicadas. *An pediatr (Barc)*. 2014. DOI: 10.1016/j.anpedi.2014.08.006

Monsalve J, Kan JH, Schallert E, et al. Septic Arthritis in Children: Frequency of Coexisting Unsuspected Osteomyelitis and Implications on Imaging Work-Up and Management. *AJR* 2015; 204:1289-1295 DOI: 10.2214/AJR.14.1289

Campion EW. Acute Osteomyelitis in Children. *N Engl J Med* 2014;370(4):352-360

DOI: 10.1056/NEJMra1213956

Pugmire BS, Shailam R, Gee MS. Role of MRI in the diagnosis and treatment of osteomyelitis in pediatric patients. *World J Radiol* 2014; 6(8): 530-537

DOI: <https://dx.doi.org/10.4329/wjr.v6.i8.530>