

SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA
HOSPITAL «LA FE», VALENCIA
UNIDAD DE SÉPTICOS DE APARATO LOCOMOTOR
Dr. F. BAIXAULI CASTELLA

Osteomielitis simétrica bilateral del adulto

Aportación de un caso

S. CERVELLO, M. DE LA CONCEPCION, L. ALBERT y F. CABANES

RESUMEN

Los autores aportan un caso de Osteomielitis simétrica y bilateral del adulto, por considerar la rareza actual de la misma.

Indicadores: Osteomielitis bilateral simétrica.

SUMMARY

One case of bylateral and simetrical Osteomyelitis of the adult is reported.

Key words: Bilateral simetrical Osteomyelitis.

La localización múltiple, bilateral y simétrica, de aparición simultánea en el curso de una osteomielitis aguda hematógena del adulto es extremadamente rara; no habiendo encontrado los autores referencias bibliográficas en la literatura ortopédica revisada.

Paciente varón de 29 años que presenta como antecedentes la evacuación de un absceso en nalgua derecha producido por inyección intramuscular hacía ocho días. Ingresa en otro centro hospitalario con fiebre y dolor en cadera derecha, evolucionando en los dos días siguientes hacia un cuadro clínico de sepsis y signos radiológicos de destrucción articular de cadera por lo que trasladan al enfermo a nuestra Unidad especializada de Infecciones del Aparato Locomotor.

A la clínica de impregnación séptica acentuada, se añade la actitud antiálgica del miembro inferior derecho.

La radiología mostraba destrucción de la cabeza femoral, con imágenes líticas y esclerosas típicas de artritis inespecífica (Fig. 1).

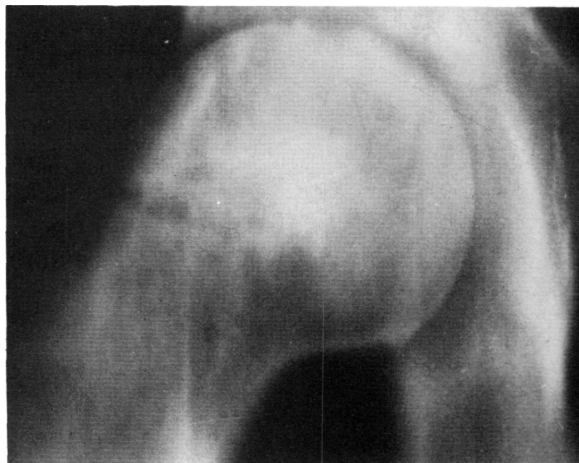


FIG. 1.—Radiografía anteroposterior de cadera derecha mostrando la pérdida de línea articular, con imágenes de osteolisis y osteocondensación en cabeza, así como una fractura patológica a nivel de cuello femoral.

El laboratorio nos da una VSG de 122/137 y un hematocrito de 25. Los elementos formes de la sangre no presentan anomalías morfológicas. El hemocultivo es positivo a enterobacter. Remontado su estado séptico, realizamos un avenamiento articular y resección de cabeza femoral según técnica de Girdlestone. El cultivo del líquido articular es positivo a enterobacter.

El tratamiento antibiótico se realiza mediante la asociación de Gentamicina y Cefalosporina.

El cuadro de sepsis, sin embargo empeora y al dolor que no cesa se añade un empastamiento en

la pierna derecha, apareciendo en un control radiológico imágenes en tercio distal de fémur derecho y proximal y distal de tibia derecha (Fig. 2).

Dos días después, al hacer un control de sus lesiones, el paciente cruza la pierna asintomática sobre la otra y para sorpresa del radiólogo aparecen las mismas lesiones medulares en fémur y tibia izquierdas aunque de menor intensidad (Fig. 3).

El scanning con pyrofosfatos de Tecnecio practicado en el preoperatorio nos confirma la presencia de un proceso simétrico y bilateral en ambos miembros inferiores con puerta de entrada en cadera derecha (Fig. 4).

Se procede al curetaje de ambos fémures y tibias y a la colocación de bolas de PMMA-Gentamicina.

Persiste el mal estado general y los cultivos siguen siendo positivos a enterobacter.

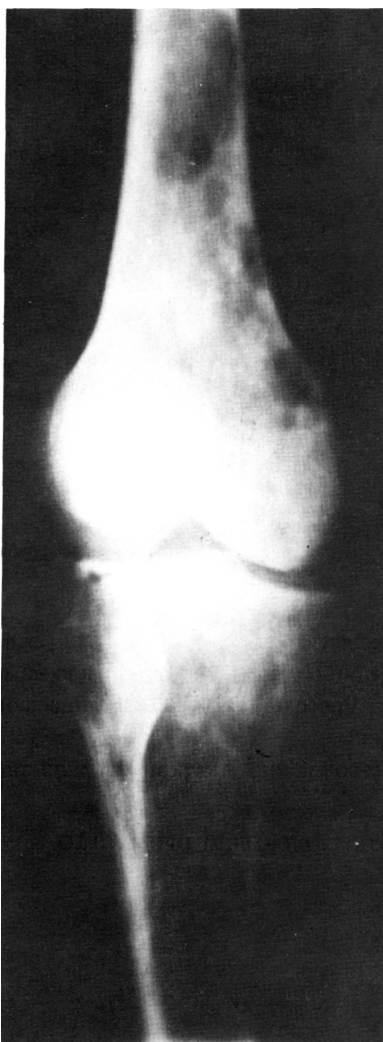


FIG. 2.— Lesiones radiológicas en fémur y tibia derecha.



FIG. 3.— La afectación medular de ambas tibias, es más marcada en el lado derecho.

Ante la gravedad del cuadro los familiares solicitan el alta hospitalaria falleciendo el enfermo siete días después en su domicilio.

La propuesta de escisión radical de focos no fue aceptada.

Desde su ingreso hasta el exitus letalis transcurrieron cuatro meses siendo sometido a cinco intervenciones.

Discusión

Algunos casos de osteomielitis bilateral han sido descritos en niños portadores de hemoglobinopatías y causadas por *Salmonellas*, 1, 5. También se conoce algún caso de afectación bilateral por germen tuberculoso, 7, así como de afectación difusa esquelética por osteomielitis estreptocócica en el neonato, 3.

Sin embargo, la localización difusa, simétrica y bilateral de una osteomielitis aguda en la edad adulta, puede considerarse excepcional.

En el caso descrito no se conocen hemoglobinopatías, ni otras causas de inmunodeficiencia congénita o adquirida, siendo esta afección el resultado de una sepsis generalizada a partir de un foco primario.

La dificultad del diagnóstico temprano es debida por una parte a la clínica enmascarada en un estado séptico grave, y por otra a la existencia de focos asintomáticos sólo detectables en fases tempranas, por un Scanning óseo con Tecnecio radioactivo, 2, 4, 6, que en el caso descrito fue realizado tardíamente, es decir cuando las imágenes radiográficas ya eran evidentes.

El tratamiento con drenaje de los absesos es necesario en esta fase tardía y cuando

no responde a los antibióticos según antibiograma.

El abordaje tórax de la infección, en casos tan extensos como éste suele ser difícil de aceptar en el medio que rodea al paciente.

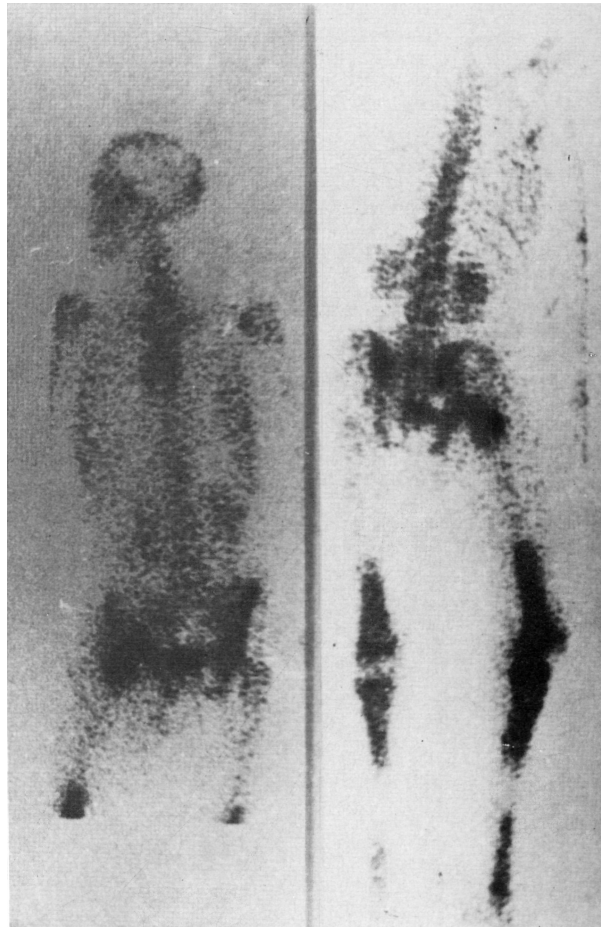


FIG. 4.—El Scanning óseo revela la captación en cadera derecha en visión posterior y la distribución simétrica y bilateral de las lesiones en ambos miembros inferiores.

BIBLIOGRAFIA

1. ADEYOKUNNU, A. A. and HENDRICKSE, R. C. (1980): Salmonella osteomyelitis in childhood. A report of 63 cases seen in Nigerian children of whom 57 had sickle cell anemia. *Arch. Dis. Child.*, 55 (3), 175-84.
2. BEAUPRÉ, A. and CARROLL, N. (1979): The three syndromes of iliac osteomyelitis in children. *J. Bone and Joint Surg.*, 61 A: 1087-92, Oct.
3. CHILTON, S. J.; ALTINOV, S. F. and WHITE, P. R. (1980): Diffuse skeletal involvement of streptococcal osteomyelitis in a neonate. *Radiology*, 134: 390. Feb.
4. DUSZYNOKI, D. O.; KUHN, T. P.; AFSHANI, E. and RIDDLESBERGER, M. M. (1975): Early radionuclide diagnosis of acute osteomyelitis. *Radiology*, 117: 337-40.
5. EBORG, W. W. (1982): Bilateral pelvic osteomyelitis in children with sickle-cell anemia. Report of four cases. *J. Bone and Joint Surg.*, 64 A: 945-47.
6. MCKAY, W. J.; ANDREWS, J. T. and THOMAS, D. P. (1978): The value of the bone scan in the early diagnosis of infective skeletal pathology. *Australas. Radiol.*, 22, 165-69. June.
7. SHEA, J. M. (1982): Bilateral tuberculosis osteomyelitis of medial humeral condyles. Infection secondary to cutaneous inoculation. *JAMA*, 247 (6): 221-22.