

CLÍNICA QUIRÚRGICA UNIVERSITARIA DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA
VALENCIA

Osteomielitis hematógena aguda del tarso.

(Localización poco frecuente)

T. JOLIN y A. PATIÑO

RESUMEN

Se presenta un caso de Osteomielitis Hematógena Aguda del tarso, localizada en la primera cuña con una clínica y radiología típica, y con confirmación bacteriológica.

Se trata de una localización poco frecuente que evolucionó favorablemente después del tratamiento antibiótico y quirúrgico.

Descriptores: Osteomielitis Hematógena Aguda. Primera Cuña.

SUMMARY

A case of acute pyogenic Osteomyelitis of the «Os cuneiforme mediale» of the foot is reported, with its bacteriological analysis. This is an uncommon localisation. The treatment is considered.

Key words: Acute pyogenic Osteomyelitis of the «os cuneiforme mediale». Os cuneiforme medial. Pyogenic Osteomyelitis.

Desde hace años son muchos los problemas terapéuticos e incluso diagnósticos que rodean a la Osteomielitis Aguda. Dentro de este amplio capítulo presentamos en este trabajo un caso de particular interés, porque se trata de una Osteomielitis Hematógena Aguda de la Cuña Medial del pie y en la que después de la intervención quirúrgica se identificó como agente responsable al Estafilococo Aureus, germen responsable de casi el 80 por 100 de todas las Osteomielitis Agudas.

Es un caso poco frecuente porque la mayor parte de las Osteomielitis Hematógenas se localizan en las metafisis de los huesos largos, especialmente del miembro inferior. Esto es un hecho totalmente aceptado y satisfactoriamente explicado, desde los

trabajos iniciados por HOBO (1921) y no vamos por lo tanto a insistir sobre ello.

De la Bibliografía que hemos revisado, en la serie de WALDVOGEL (1970) describe 62 casos, pero sólo cita 3 localizados en los huesos del tarso, y sin especificar localización.

En otra serie de MOLLAN (1977) con 93 casos de Osteomielitis hematógena, sólo describe un caso localizado en el calcáneo.

En la literatura médica, la osteomielitis de los huesos del pie está generalmente relacionada con la infección por pseudomonas consecutivas a heridas o punturas del pie, las cuales inoculan directamente el germen, que puede ser habitual en la flora saprofita de la piel, en el interior del hueso.

Fue JOHANSON (1968) el primero que

describió el cuadro de Osteomielitis del pie por pseudomonas y desde entonces han sido varios los autores que se han referido al mismo tema: FEIGIN, R. (1970); HAGLER (1971); MINNEFOR (1971); MILLER (1975), etc. Sin embargo es poco frecuente encontrar casos de osteomielitis del tarso producida por gérmenes piógenos MOLLAN (1977).

Caso clínico

E.M.N. varón de 6 años de edad, acude al Servicio de Urgencias de Traumatología del Hospital Clínico Universitario de Valencia, por presentar desde hace 24 horas dolor intenso, impotencia funcional y tumefacción localizada a nivel del dorso del pie derecho. Como antecedentes, refiere que hace 3 días sufrió traumatismo cerrado y poco importante sobre antepie derecho y hace 10 días presentó episodio de Amigdalitis, la cual evolucionó espontáneamente sin tratamiento.

Desde el punto de vista general presenta malestar general, irritabilidad y fiebre elevada de 38.5°C - 39°C .

A la exploración existe en el borde medial del pie derecho dolor selectivo e intenso, acompañado de tumefacción marcada y discreta fluctuación.

El examen radiológico mostraba una imagen de osteolisis en el ángulo medial y distal de la primera cuña. (Fig. 1). Con el diagnóstico de Osteo-



FIG. 1.— Proyección anteroposterior muestra imagen osteolítica de la primera cuña.

mielitis se practica un drenaje quirúrgico a través de una incisión centrada sobre la articulación cuneo-metatarsiana, y al proceder a perforar la

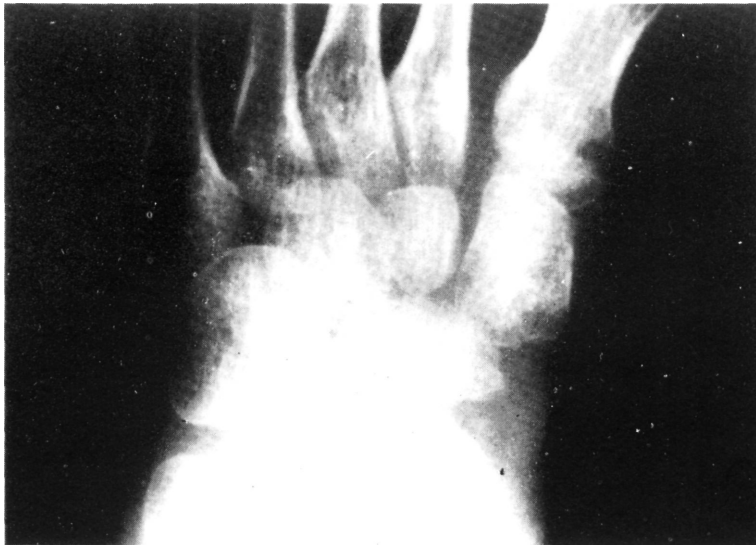


FIG. 2.— La imagen osteolítica ha desaparecido. Cuña completamente normal.

cuña se obtuvo un pus cremoso y trabado en cantidad de más o menos 2-3 cc.

El estudio bacteriológico identificó la presencia de *Estafilococo Aureus* Coagulasa Positivo en la muestra obtenida, sensible a Cefotaxima, Ticarcilina, Gentamicina y Trimetroprim-sulfa. Mostró resistencia a la ampicilina.

Se instauró tratamiento antibiótico específico e inmovilización enyesada y la evolución del paciente fue totalmente satisfactoria, desapareciendo la fiebre y el dolor a las 24 horas. La herida operatoria cicatrizó bien y se retiró la inmovilización a las 4 semanas.

El control radiográfico realizado a los pocos días de la operación evidenció la desaparición completa de la imagen osteolítica en la primera cuña, siendo ésta completamente normal. (Fig. 2).

Discusión

El caso presentado tiene un diagnóstico evidente de osteomielitis. Cumple los criterios diagnósticos fundamentales: clínico, radiográfico, operatorio y finalmente la confirmación bacteriológica. Independientemente de este último criterio podría debatirse si se trata de una Osteomielitis Hematógena o estaba producida por pseudomonas consecutiva a heridas o punturas del pie, que es lo que ocurre en la casi totalidad de los casos revisados en la literatura.

La Osteomielitis por *Pseudomona* tiene un comienzo insidioso, sin las características agudas propias de la piógena; suele ser afebril o con discreta elevación de la temperatura y esto unido a que el cuadro es de naturaleza indolora a pesar de la intensa destrucción ósea (GREEN, N., 1983) hace que sea característico el retraso en el diagnóstico, que para JOHANSON (1968) es de tres semanas en promedio y para BRAND (1974) alcanza los 23 días.

En el caso que presentamos de Osteomielitis Aguda Hematógena existía un antecedente general de amigdalitis no tratada y un antecedente local de traumatismo cerrado y banal pocos días antes del ingreso y que actuó como factor condicionante en su localización.

Unido a lo anterior presentaba una clínica general aguda y un cuadro local con

manifestaciones típicas de Osteomielitis Aguda.

En la osteomielitis por *pseudomona* se obtiene en el acto quirúrgico un líquido sero sanguinolento y de consistencia acuosa. En el caso que presentamos se obtuvo pus franco con las características del producido por estafilococs.

La Osteomielitis Hematógena Aguda se produce por microembolizaciones sépticas y por ello hemos revisado la vascularización de la cuña medial del pie, encontrando que se trata de ramas terminales, lo que apoya la idea de las microembolizaciones. Las ramas terminales son la Rama Interna del Tarso, colateral de la tibial anterior y una rama de las arterias Plantar Externa e interna que a su vez se desprenden de la tibial posterior.

BIBLIOGRAFIA

- BRAND, R. y BLACK, H. (1974): *Pseudomonas* Osteomyelitis following puncture wounds in children. *J. Bone J. Surg.* 56 A, 1637-1642.
- FEIGIN, R. D. y McALISTER, W. (1970): Osteomyelitis of the Calcaneus. Report of eight cases. *Am. J. Dis. Child.* 119: 61-65.
- GREEN, N. E. (1983): *Pseudomonas* infection of the foot following puncture wounds. *Instructional Course Lectures*. Vol. XXXII: 43-46.
- HAGLER, D. J. (1971): *Pseudomonas* Osteomyelitis: Puncture wounds of the foot. *Pediatrics*, 48: 672-673.
- HOBO, T. (1921): Zur pathogenese der akutenhaematogenen Osteomyelitis. *Acta Sch. Med. Univ. Imp. Kioto.* 4: 1-29.
- JOHANSON, P. D. (1968): *Pseudomonas* infection of the foot following puncture wounds. *J. Am. Med. Assn.* 204: 262-264.
- MILLER, E. H. (1975): Gram-Negative osteomyelitis following puncture wounds of the foot. *J. Bone J. Surg.* 57A: 535-537.
- MINNEFOR, A. B. y OLSON, M. I. (1971): *Pseudomonas* osteomyelitis following puncture wounds of the foot. *Pediatrics*, 47: 598-601.
- MOLLAN, R. A. B. y PIGGOT, J. (1977): Acute osteomyelitis in children. *J. Bone J. Surg.* 59B: 2-7.
- WALDGOVEL, F. A. y GERALD MEDOFF, M. D. (1970): Osteomyelitis: A review of clinical therapeutic considerations and unusual aspect. *New England J. Med.* 282: 198-206.