

DEDO ERITEMATOSO... ¿OSTEOMIELITIS?



Juan Enrique Uceda Grande (Rotatorio Pediatría)
Tutor: Dra. Olga Gómez (Escolares)

Anamnesis

♀ 18 meses con eritema y edema del 5^o dedo de la mano derecha (MD) de 15 días de evolución

Afebril

Tratamiento con Amoxicilina/clavulánico 100 mg/kg/día durante 7 días, sin mejoría

Antecedente de traumatismo en mismo dedo con herida abierta



Exploración física

- Buen estado general
- T^a: 36,6°C. Afebril desde el ingreso
- Edema y eritema de falange media y distal 5^o dedo MD
- No limitación funcional

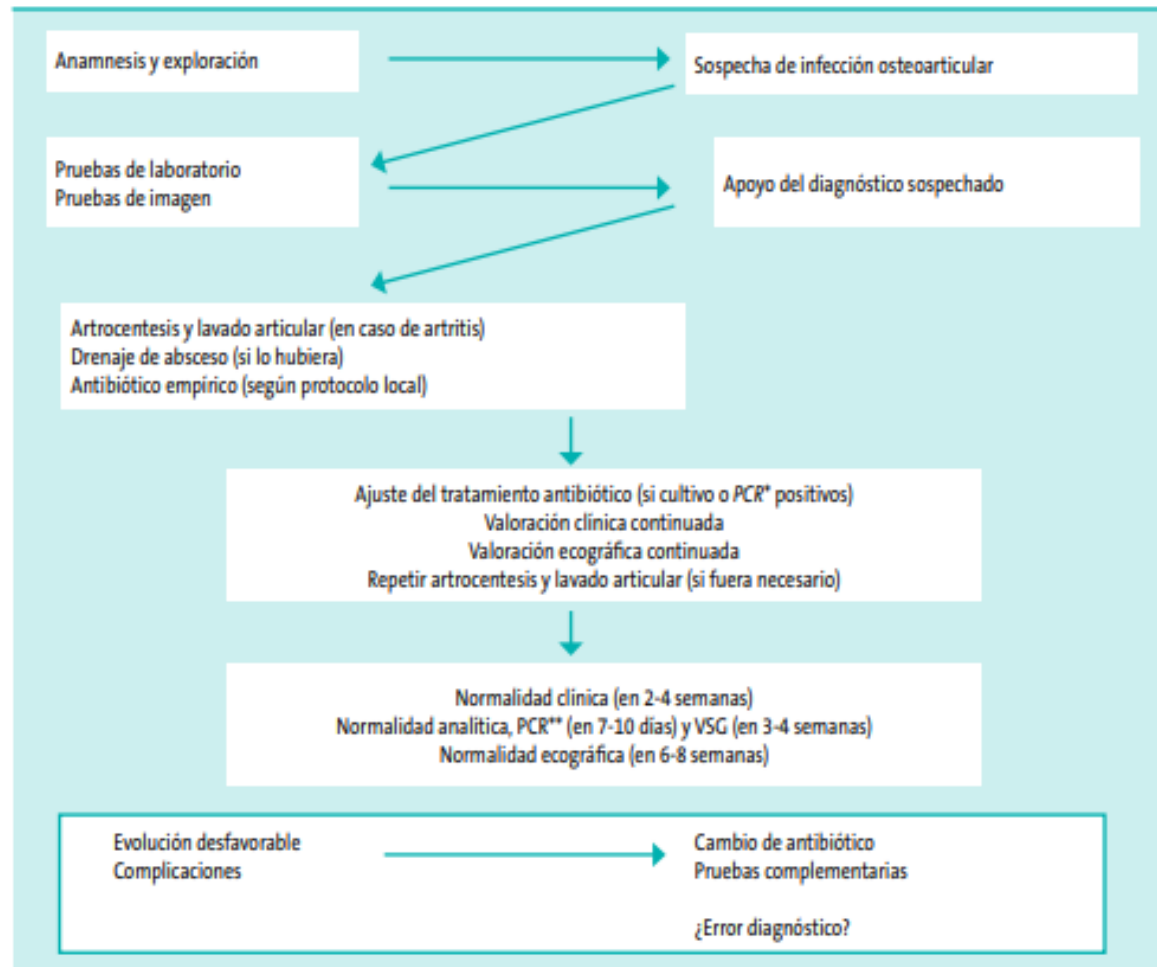


Diagnóstico diferencial

- **Traumatismos:** contusiones, fracturas, esguinces, subluxaciones, tendinopatías
- **Infecciones:** osteomielitis, artritis séptica, celulitis...
- **Neoplasias:** tumores óseos, leucemia, linfoma
- **Inflamatorias:** sinovitis, AIJ
- **Otros:** osteocondrosis, infarto óseo...



Figura 1. Pruebas complementarias para el diagnóstico de infección osteoarticular



PCR*: reacción en cadena de la polimerasa; PCR**: proteína C reactiva.

Imagen obtenida de:

http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17_infecciones_osteoarticulares.pdf

Pruebas diagnósticas

Análisis de sangre periférica: PCR<0,05; 13400 leucocitos

Hemocultivo: negativo

Radiografía MD: fractura ósea epifisaria distal desplazada falange media 5º dedo

Resonancia magnética: cambios inflamatorios-infecciosos de celulitis y osteomielitis a nivel de la falange intermedia 5º dedo MD

ECO: no se aprecian colecciones ni abscesos

Pruebas diagnósticas



Tratamiento y evolución

- Si absceso: punción, cultivo y PCR
- Iniciar AB empírica antiestafilocócica tras recogida de hemocultivo
- 3-4 semanas

Tabla 4 Tratamiento empírico inicial de las infecciones osteoarticulares en función de la edad y determinadas situaciones de base del paciente

Edad	Antibióticos empíricos ^a
< 3 meses(incluye recién nacido)	Cloxacilina + cefotaxima/gentamicina ^a Alternativa: consultar con especialista en infectología pediátrica
3 meses-5 años ^b	Cefuroxima en monoterapia o cloxacilina + cefotaxima ^c Alternativa: A/C Alternativas en > 2 años sin sospecha de <i>S. pneumoniae</i> : Cefazolina o cloxacilina ^d
5 años Adolescentes ^e	Cefazolina o cloxacilina Penicilina G (25.000 U/kg/6 h) IV o ceftriaxona IV/IM

Imagen obtenida de:

https://continuum.aeped.es/files/articulos/Consenso_IOA_tratamiento.pdf

Tratamiento y evolución

- Cefotaxima IV 200 mg/kg/día
- Cloxacilina IV 150 mg/kg/día
- Afebril, impresiona de mejoría, aunque aún persiste edema y eritema
- Traumatología: continuar tratamiento antibiótico IV y seguimiento clínico



Infecciones osteoarticulares

Poco frecuentes: 1/5000/niños/año

<5 años

Predominio en varones 2:1

Vías de transmisión:

- Hematógena
- Invasión local
- Inoculación directa



Osteomielitis

Inflamación del hueso, de etiología generalmente bacteriana:

- Aguda < 2semanas
- Subaguda > 2 semanas
- Crónica > 2 meses

Gold estándar diagnóstico: RMN

Tratamiento: antibioterapia, analgesia, cirugía, fisioterapia

Tabla 2 Etiología más frecuente de la infección osteoarticular en función de la edad y de los factores de riesgo asociados

Edad	Bacterias
< 3 meses ^a	<i>S. aureus</i> <i>S. agalactiae</i> Enterobacterias (especialmente <i>Escherichia coli</i>)
3 meses-5 años ^b	<i>S. aureus</i> <i>K. kingae</i> <i>S. pyogenes</i>
> 5 años ^c	<i>S. aureus</i> <i>S. pyogenes</i>

Imagen obtenida de:

https://continuum.aeped.es/files/articulos/Consenso_IOA_tratamiento.pdf

Bibliografía

- Merino Muñoz R. *Infecciones osteoarticulares*. Sección de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid [En línea] [Fecha de consulta: 7/2/2020].
Disponible en:
http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17_infecciones_osteoarticulares.pdf
- Thakolkaran N, Shetty AK. *Acute Hematogenous Osteomyelitis in Children*. *Ochsner J*. 2019; 19: 116–122.
- Longo D., Fauci A., Kasper D., Hauser S., Jameson JL., Loscalzo J. *Harrison, Principios de Medicina Interna*. McGraw Hill. Madrid. 18ª Edición. 2012. Tomo 1. Parte 8. sección 2, cap. 126, pág. 1071