

OSTEOMIELITIS CRÓNICA RECURRENTE MULTIFOCAL, UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA

Autores: I. Prieto Gómez¹, A. Capilla Miranda², L. Escudero Reina³, R. M. Alcobendas Rueda³, C. Udaondo Gascón³, A. Remesal Camba³, C. Millán Longo³.

Centros: Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela¹, Hospital Universitario Virgen del Rocío², Hospital Universitario La Paz³

Introducción

La osteomielitis crónica recurrente multifocal (OCRM), también llamada Osteitis Crónica no Bacteriana, es una entidad poco frecuente de inicio en edad pediátrica. Cursa de forma subaguda o crónica con dolor, elevación de reactantes y lesiones líticas óseas. Con tratamiento adecuado es una enfermedad de buen pronóstico, aunque se incluye en el diagnóstico diferencial de tumores óseos e infecciones osteoarticulares. Se requiere un alto índice de sospecha para evitar el retraso diagnóstico, así como tratamientos o pruebas diagnósticas innecesarias.

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de 10 años sin antecedentes personales de interés, que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor lumbar irradiado a miembro inferior derecho de 72 horas de evolución con mal control analgésico y que dificulta el descanso nocturno, asociando fiebre de hasta 38.5°C en las últimas 24 horas. A la exploración física presenta buen estado general y dolor selectivo a la palpación de ambas articulaciones sacroilíacas y columna lumbar baja. Se realizan radiografía de columna lumbar que no presenta alteraciones y analítica en la que destaca únicamente elevación de reactantes (VSG 65 mm/h, PCR 92.4 mg/L), por lo que se decide ingreso por sospecha de sacroilitis infecciosa con antibioterapia empírica con cefuroxima y clindamicina. A las 72 horas de ingreso, dada la persistencia de fiebre, se suspende clindamicina e inicia linezolid, con mejoría clínica parcial posterior. Durante la hospitalización se realiza gammagrafía ósea con captación en región lumbar así como RM de columna en la que se aprecian focos inflamatorios inespecíficos a nivel cervical, dorsal y lumbar, que se ponen inicialmente en relación con embolismos sépticos a pesar de la negatividad de los estudios microbiológicos realizados. Tras el alta hospitalaria y dada la evolución tórpida clínica y radiológica durante el seguimiento en consultas, se decide realización de biopsia de lesión en columna torácica, detectándose cambios inflamatorios crónicos compatibles con OCRM. Se inicia tratamiento con pamidronato y adalimumab, con buena evolución posterior.

Conclusiones

- El dolor óseo con elevación de reactantes orientan a infección aguda, aunque no descartan la posibilidad de OCRM.
- Debemos valorar el diagnóstico de OCRM ante la presencia de lesiones óseas líticas múltiples o cualquier posible infección osteoarticular de evolución tórpida o con mala respuesta a antibioterapia.
- Para el diagnóstico de esta entidad se requiere la toma de muestras de cara al diagnóstico diferencial con patologías de origen tumoral o infeccioso.
- Entre los nuevos esquemas terapéuticos cabe destacar el uso de bifosfonatos o adalimumab.