

No todo dolor óseo asociado a fiebre tiene un origen infeccioso: Osteomielitis multifocal recurrente

Alcolea Henales. N, García Sánchez. N, Martínez Peñas. S, Fuentes Nieto. A, Alcañiz Rodríguez. P(1), Mesa Del Castillo Bermejo. P(1).
(1)Reumatología Infantil. Hospital clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción

La osteomielitis multifocal crónica recurrente (CRMO) se caracteriza por la existencia de inflamación ósea aséptica de etiología desconocida. Su sintomatología se caracteriza por dolor, tumefacción, limitación e impotencia funcional y cursa en brotes, encontrándose asintomáticos entre brotes.

Puede asociar síntomas generales como astenia, fiebre o pérdida de peso. Puede asociarse a enfermedades autoinmunes como EII, al marcador HLA-B27 o formar parte de cuadros sindrómicos como el SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis). Se considera una enfermedad autoinflamatoria poligénica. Se caracteriza por la presencia de varios focos inflamatorios óseos que persisten más de 6 meses, alternando exacerbaciones y periodos de remisión.

Resumen del caso

Escolar de 13 años acude a urgencias por dolor en rodilla derecha de 5 días de evolución y fiebre hasta 39°C de 48 horas de evolución. Niega traumatismo, contacto con animales, relaciones sexuales de riesgo, ni viajes recientes. Antecedente de episodio de dolor esterno-clavicular y hombro izquierdo hace 1 mes con radiografía sin hallazgos que remitió con analgesia oral. Sin otros antecedentes médicos de interés. Familiares sanos sin antecedentes de enfermedades autoinmunes.

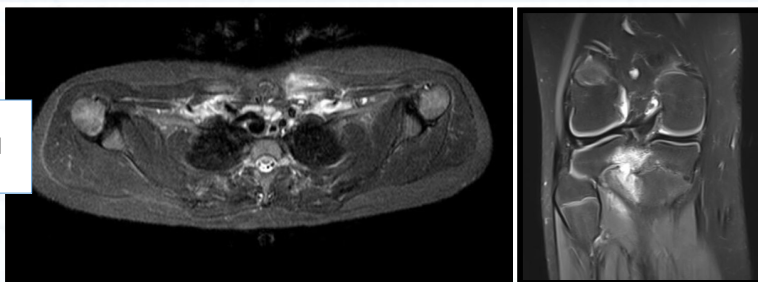
EF: Edema suprarotuliano derecho con aumento de temperatura local sin limitación funcional. Se solicitan pruebas complementarias destacando PCR 12, 14.000 leucocitos (80%N) y ecografía de rodilla en la que se objetiva leve edema suprarotuliano, ingresa para ATB IV con diagnóstico de osteomielitis. Gammagrafía ósea y RMN con foco inflamatorio/infeccioso en tibia, hemocultivo negativo.

Tras 2 meses, acude a Reumatología Infantil presentando dolor e inflamación en clavícula izquierda, sin traumatismo, afebril, sin otra sintomatología intercurrente. Rx normal. Gammagrafía normal. RMN total body con hallazgos compatibles con CRMO con afectación clavicular izquierda y tibial derecha.



RMN total body

RMN:
Hiperintensidad
en T1 invertido



Conclusiones y comentarios

El diagnóstico de esta patología es de exclusión, siendo necesario descartar inicialmente patología tumoral e infecciosa bacteriana. Necesario combinar hallazgos clínicos, radiológicos y anatomopatológicos. Para esto puede ser necesario recurrir a la biopsia ósea, aunque a fecha de hoy no se encuentran bien definidas sus indicaciones.

En el tratamiento pueden usarse antiinflamatorios no esteroideos (AINE), corticoides sistémicos, bifosfonatos y fármacos biológicos, no estando bien definida la pauta o protocolo para su empleo. El pronóstico es bueno, con una duración media de 4,5 años, resolviéndose completamente en el 73% de los casos, sin secuelas ni nuevos brotes, en ocasiones incluso de forma espontánea.