

Osteomielitis aguda en isquion secundaria a microtraumatismos.

INTRODUCCIÓN

Mora Ibáñez, R; Araujo García, T; Pozo García, Esther; Fernández Durán, M; Gil Suárez, A.

La **osteomielitis (OM)** es la infección del hueso de origen generalmente bacteriano. Se estima que el 50% de los casos aparece en menores de 5 años.

La **osteomielitis pelviana** es una localización **poco usual** y la afectación isquiática resulta **excepcional** lo que puede conllevar a un diagnóstico tardío y peor pronóstico. La forma más frecuente de infección es la **vía hematógena**.

FACTORES DE RIESGO

- Traumatismos

CLÍNICA

- Poco florida
- Fiebre
- Coxalgia

DIAGNÓSTICO

- Clínica → Infección ósea
- Estudio de imagen → Anomalías características
- Microbiológica
- AP
- Respuesta ATB

CASO CLÍNICO

Varón de 11 años sin antecedentes de interés, consulta en Urgencias por **fiebre de 39°C, dolor lumbar y coxalgia izquierda de 12 horas** de evolución.

Exploración → **Dolor a la flexión, abducción y rotación externa de miembro afecto**

Pruebas complementarias:

- o Analítica con **PCR: 13,5 mg/L**
- o **Ecografía de caderas bilateral normal.**

Reconsulta
48h

Persistencia de clínica

Exploración → Dolor a la movilización sin limitación de movimiento ni de las actividades de la vida diaria

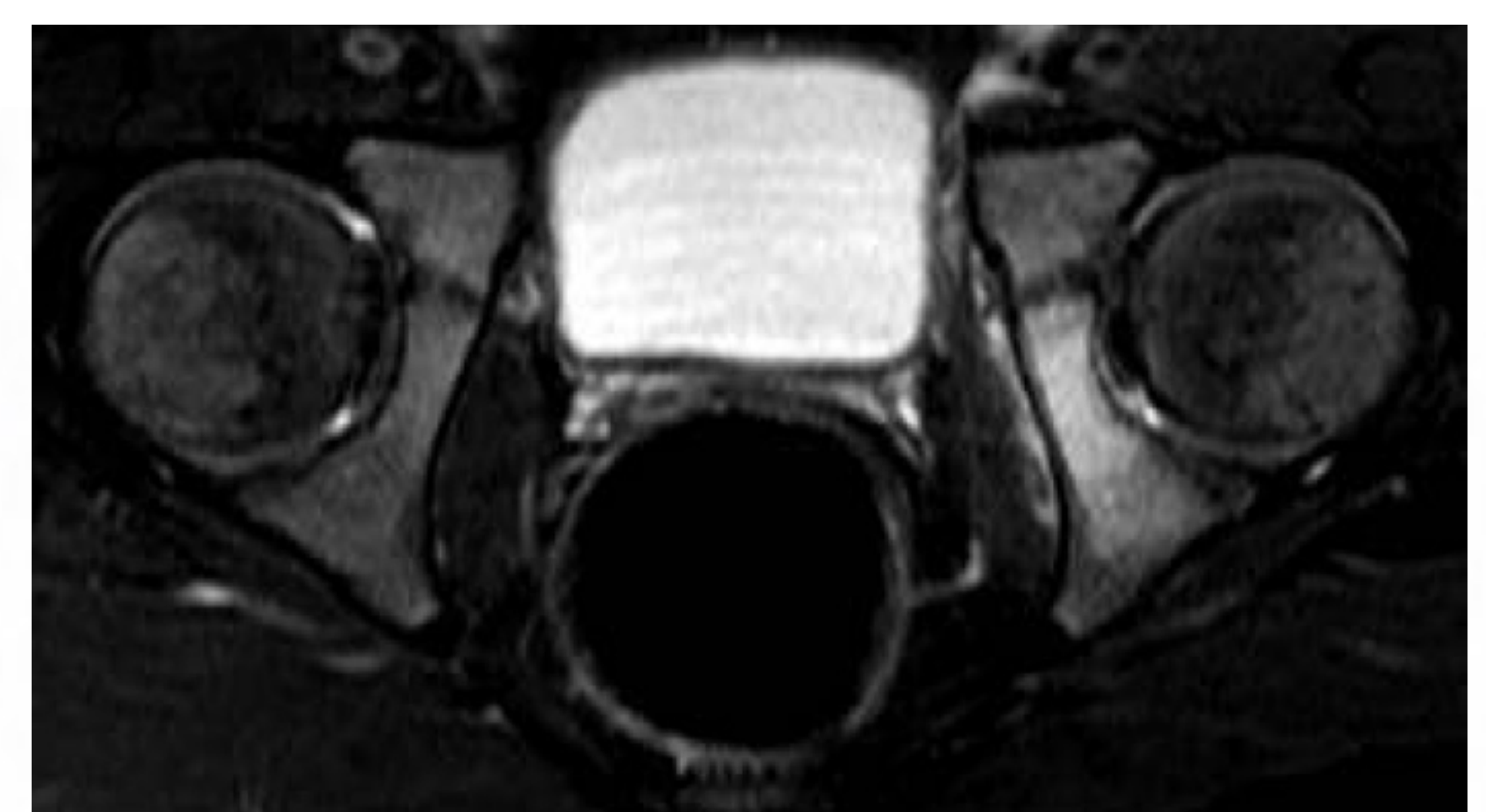
Sin cambios
significativos

Pruebas complementarias:

- o Analítica destacando **leucopenia, anemia y PCR 18,35 mg/L**
- o Hemocultivo → Negativo

Ante sospecha de infección osteoarticular se decide ingreso hospitalario para estudio y tratamiento intravenoso con **cefazolina**.

Se realizan radiografías de miembros inferiores normales y **resonancia magnética (RM)** de pelvis con imágenes compatibles con **osteomielitis de cuerpo de isquion**.



Tras rehistoriar al paciente, refiere haberse **tirado por las escaleras** de la casa con un cartón como si fuera un tobogán días previos a comenzar con la sintomatología.

El paciente presenta evolución clínica favorable con **cefazolina intravenosa completando tratamiento con cefuroxima oral hasta 21 días**, permaneciendo asintomático en revisiones posteriores.

CONCLUSIÓN

1. En la **osteomielitis isquiática** la **clínica es silente y gradual** al inicio.
2. El paciente refiere **dolor inespecífico** en la cadera o el periné y fiebre, pudiendo estar **ausente en el 50%** de los casos, dificultando el diagnóstico, **retrasando el tratamiento y empobreciendo el pronóstico**.
3. En el diagnóstico diferencial se incluyen la artritis séptica y la sinovitis transitoria de cadera. La **RM es la prueba radiológica de elección** pero el **diagnóstico definitivo** se establece cuando los **cultivos son positivos** permitiendo una antibioterapia dirigida.
4. **No es preciso seguimiento** posterior salvo en los casos complicados recomendando al menos 6-12 meses.