

¿Osteomielitis bacteriana o no bacteriana? ¿O ambas?

Alba Cayuela Hernández¹, Anabel Piqueras Arenas², Marta Salom Taverner³, María Guasp Vizcaíno⁴

¹ Residente de Pediatría y sus áreas específicas; ²Servicio de Pediatría Infecciosa; ³Servicio de Traumatología Infantil; ⁴Servicio de Radiología Infantil. Hospital Universitario y Politécnico la Fe, Valencia

INTRODUCCIÓN

La osteomielitis crónica no bacteriana (OCNB) es más prevalente en la edad pediátrica. Se caracteriza por la presencia de focos inflamatorios asépticos en uno o varios huesos. Se trata de una entidad infradiagnosticada, de patogenia no bien definida y sin tratamiento estandarizado, con un retraso medio de un año en su diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Niño de 12 años que ingresa por osteomielitis de tibia derecha de dos meses de evolución. Refiere viaje reciente a Marruecos, durante el cual aparece inflamación, dolor e impotencia funcional en pierna derecha y fiebre. A la exploración presenta Tª de 37,8°C y supuración de tres lesiones ulceradas en cara anterior de tibia derecha. Originario de Marruecos, reside en España desde 2019 con calendario vacunal al día y sin antecedentes de interés salvo padres consanguíneos.

PRIMER INGRESO

Exploraciones complementarias:

- Analítica sanguínea: 11.520 leucocitos/uL, 8.760 neutrófilos/uL, PCR 31,3 mg/L, VSG 98 mm/h.
- Cultivo de exudado de herida: *Staphylococcus aureus* sensible a oxacilina.
- RM corporal total (**Imagen 1**): absceso en hombro izquierdo (flecha amarilla). Lesiones de osteomielitis: pala ilíaca derecha (flecha azul), panfisaria en tibia derecha y distal en tibia izquierda (flechas rojas).
- Anatomía patológica de hueso: celularidad inflamatoria con abundantes neutrófilos y células plasmáticas.

Tratamiento: antibioterapia intravenosa (cloxacilina y clindamicina) y desbridamiento quirúrgico.

2º Y 3º INGRESOS

Reingresa en dos ocasiones durante el siguiente mes por persistencia de supuración en tibia derecha.

Exploraciones complementarias:

- Analíticas sanguíneas: hemograma y PCR sin alteraciones. **Elevación persistente de VSG** (65-81 mm/h).
- Cultivos de exudado de herida y hemocultivos: negativos.

Tratamiento: antibioterapia intravenosa (cloxacilina en monoterapia) y desbridamiento quirúrgico semanal.

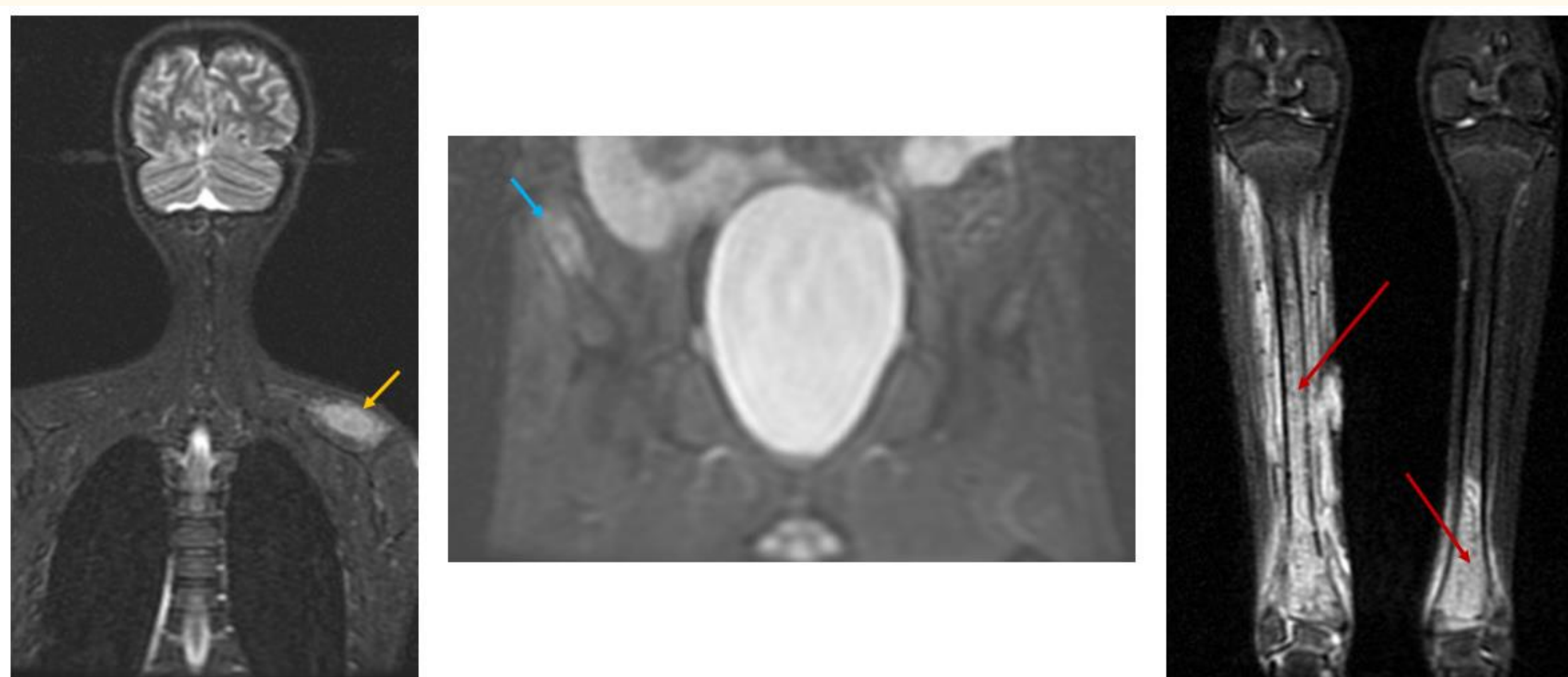


Imagen 1. RM corporal total

A los cuatro meses del inicio del cuadro y estando todavía con tratamiento antibiótico, presenta **dolor en codo derecho** sin signos inflamatorios externos. Se realiza RM del codo que objetiva una nueva lesión ósea en metáfisis distal del húmero, sugestiva de OCNB multifocal. La anatomía patológica de la lesión detecta mínima inflamación crónica, sin signos de malignidad y cultivo bacteriológico negativo. Se inicia tratamiento con naproxeno durante dos meses, que se sustituye por pamidronato, con buena evolución.

Se descarta enfermedad granulomatosa crónica. El estudio genético identifica dos mutaciones heterocigotas del gen MEFV.

CONCLUSIONES

- La OCNB es un **diagnóstico de exclusión**. Debido al solapamiento de los signos clínicos y de laboratorio, la diferenciación entre osteomielitis bacteriana y OCNB puede ser difícil.
- Alrededor de un **50%** de las OCNB se **clasifica erróneamente como osteomielitis aguda infecciosa**.
- En nuestro paciente, la sobreinfección bacteriana complicó el diagnóstico precoz de OCNB, lo que enfatiza la importancia de considerar siempre esta entidad en el **diagnóstico diferencial de la osteomielitis bacteriana principalmente multifocal**.
- El diagnóstico de OCNB debe realizarse con un **enfoque multidisciplinario** que incluya infectólogos, reumatólogos, cirujanos ortopédicos, radiólogos y patólogos.
- La relación entre el **gen MEFV** y la OCNB está documentada pero su significado es incierto.