

Osteomielitis crónica no bacteriana: a propósito de 2 casos

María Gutiérrez Zamorano¹, Laura María Sáez García¹, Rebeca Garrote Molpeceres¹, M^a Luisa Bartolomé Cano¹, Carmen González-Montagut Gómez², Francisco Aramburu Muñoz², M^a Dolores Sánchez González², Julio Medina Luezas².

1. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Servicio de Pediatría. 2. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Servicio de Reumatología.

Introducción

La osteomielitis crónica no bacteriana (OCNB) en su forma localizada o polifocal: osteomielitis crónica multifocal recurrente (OCMR), es una enfermedad inflamatoria de causa desconocida caracterizada por inflamación ósea aséptica. Afecta a niños de cualquier edad con predominio femenino. Su incidencia se estima en 1/10⁶ niños, aunque probablemente es una entidad infradiagnosticada. Se localiza típicamente en metáfisis de huesos largos y su síntoma fundamental es el dolor.

Mujer, 15 años diagnosticada de OCMR a los 9 años

Caso 1

AF: Madre psoriasis

Primer brote: tibial proximal izquierda

Pruebas complementarias:

- Analítica: elevación de PCR y VSG durante los brotes y anticuerpos c-ANCA positivos. Resto de analítica, serologías, autoanticuerpos, inmunoglobulinas y subpoblaciones linfocitarias normales. Estudios microbiológicos negativos.
- Imagen: La RMN (imagen 1) mostró alteraciones características en todos los brotes.

Diagnostico definitivo: tras biopsia compatible en tercer brote.

Numero de brotes: 4 (multifocales)

Tratamiento: metotrexato + adalimumab 4 años

Evolución: reintroducción reciente de tratamiento previo por recidiva.



Imagen 1: RM: afectación metafisaria tibial proximal compatible con OCMR

Mujer, 15 años diagnosticada de OCNB a los 10 años

Caso 2

AF: Sin interés

Primer brote: calcáneo derecho.

Pruebas complementarias:

- Analítica: No elevación de reactantes de fase aguda (PCR ni VSG). Resto de analítica, serologías, autoanticuerpos, inmunoglobulinas y subpoblaciones linfocitarias normales. Estudios microbiológicos negativos.
- Imagen: La gammagrafía ósea (imagen 2) mostró alteraciones características en el calcáneo derecho.

Diagnostico definitivo: tras biopsia en 2º brote

Numero de brotes: 5 (unifocales)

Tratamiento: AINEs

Evolución: asintomática desde hace 4 años.

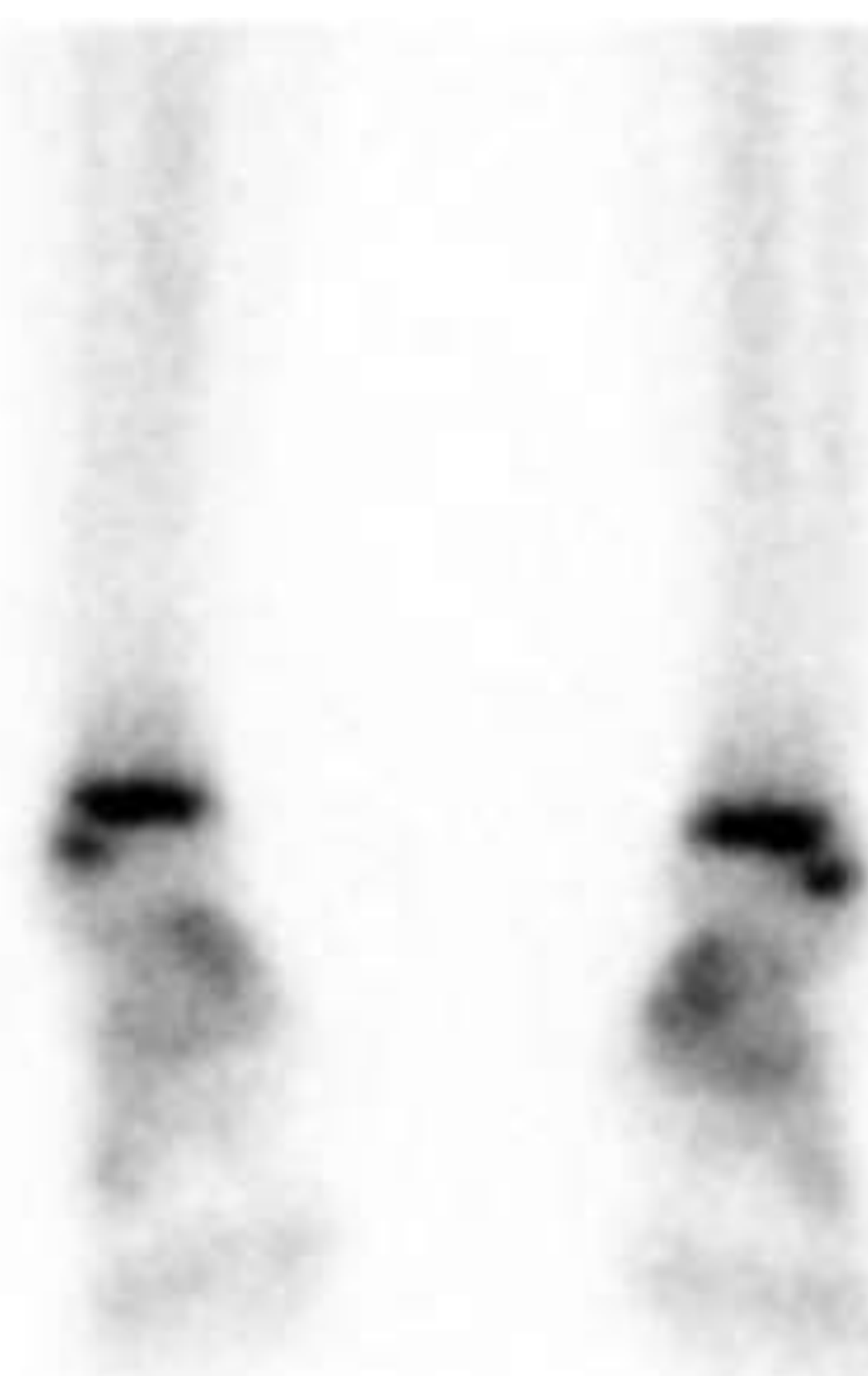


Imagen 2: gammagrafía ósea: aumento de captación en calcáneo derecho compatible con OCNB

Conclusiones

La OCNB se caracteriza por dolor óseo, con/sin fiebre y ocasional inflamación articular. Su evolución es diversa: casos leves y remisiones completas o cursos crónicos persistentes. Puede asociarse a pustulosis palmoplantar, psoriasis o enfermedad inflamatoria intestinal. Su diagnóstico es habitualmente de exclusión, requiriendo descartar patología infecciosa o tumoral. La RMN muestra focos de hiperseñal T2 y la gammagrafía aumento de captación ósea del radiotrazador, constituyendo el gold estándar para su detección. La biopsia ósea muestra destrucción tisular, infiltrado de células inflamatorias y fibrosis. El tratamiento depende de su gravedad, incluyendo administración de AINES, bifosfonatos o inhibidores del factor de necrosis tumoral. Reconocerla es fundamental, evitando antibioterapia prolongada y procedimientos invasivos.