

Casos clínicos

Osteomielitis hematogena subaguda del carpo con artritis séptica secundaria en paciente pediátrico. Reporte de caso

Sub-acute hematogenous carpal osteomyelitis with secondary septic arthritis in a pediatric patient: Case Report

Enrique Vergara-Amador^{1,2} Andrés Tobón-Jiménez¹ Tomás Martínez-Villegas¹ Álvaro Daniel Trejos-Carvajal¹

¹ Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, Facultad de Medicina, Bogotá D.C., Colombia.

² Fundación Hospital Pediátrico de la Misericordia, Departamento de Ortopedia y Traumatología, Bogotá D.C., Colombia.

Correspondencia: José Tomas Martínez-Villegas. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C. Colombia. Correo electrónico: jtmartinezv@unal.edu.co.

Información del artículo Resumen

Recibido: 31/05/2022

Aceptado: 10/06/2022

Palabras clave: Hueso escafoides;
Osteomielitis; Artritis infecciosa.

Keywords: Scaphoid Bone; Osteomyelitis;
Infectious Arthritis.

DOI: <https://doi.org/10.25214/28056272.1492>

Se presenta el caso de un paciente masculino de cinco años de edad con diagnóstico de osteomielitis hematogena subaguda de hueso grande, escafoides, trapecio, semilunar y segmento distal del radio de su mano izquierda, con artritis séptica intercarpiana y radiocarpiana. El menor no tenía antecedente de lesiones previas y el diagnóstico clínico fue confirmado mediante exámenes de laboratorio, radiografías, resonancia magnética y hallazgos intraquirúrgicos. Los cultivos microbiológicos resultaron negativos. Al paciente se le proporcionó manejo con drenaje quirúrgico y tratamiento antibiótico endovenoso, con lo que se obtuvo mejoría clínica postoperatoria.

La osteomielitis en el carpo es una infección poco frecuente en población pediátrica y que en la mayoría de los casos se asocia con lesiones cutáneas de base. El presente caso es interesante ya que el paciente no solo presentó una osteomielitis del carpo aislada, sino que esta estaba acompañada de artritis séptica secundaria.

Abstract

A case is presented, a 5-year-old male patient with a diagnosis of subacute hematogenous osteomyelitis of the scaphoid, trapezium, large bone, lunate and distal radius segment, with associated intercarpal and radiocarpal septic arthritis, without history of previous skin lesions. Clinical diagnosis was confirmed by laboratories, X-rays, MRI and intraoperative findings; negative microbiological cultures. Managed with surgical drainage and intravenous antibiotic treatment with postoperative clinical improvement. The current literature reports few cases of osteomyelitis in the carpus in the pediatric population and they are associated in most cases with underlying skin lesions. This case is interesting since not only is an isolated carpal osteomyelitis reported, but also presents secondary septic arthritis.

Introducción

La osteomielitis de los huesos del carpo es una patología infrecuente, sobre todo en población pediátrica, encontrándose muy pocos reportes de caso en la literatura¹. La infección del hueso escafoides por lo general suele asociarse a fracturas como lesión inicial^{2,3}.

A continuación, se presenta el caso clínico de un paciente pediátrico con osteomielitis hematógena subaguda de características poco frecuentes, en el cual confluyen diferentes condiciones atípicas.

Presentación del caso

Paciente masculino de cinco años sin antecedentes de relevancia, quien fue llevado a consulta de urgencias de ortopedia de un hospital de cuarto nivel por un cuadro clínico de dos meses de evolución consistente en dolor a la palpación en la eminencia tenar de la mano izquierda que se acompañaba de una deformidad subjetiva de la muñeca que se presentó posterior a un trauma de baja energía por caída desde su propia altura; el acudiente informó que al momento del trauma el menor no tuvo lesiones asociadas en la piel. Al examen físico de ingreso, el menor se encontraba afebril y presentaba pápula blanda y dolorosa a la palpación con eritema y edema en región tenar (Figura 1); su acudiente informó que cuatro días previos a la consulta tuvo edema, rubor y calor en la zona, así como limitación funcional. Dados los hallazgos se decidió hospitalizar al paciente.



Figura 1. Registro fotográfico de la mano del paciente en su ingreso por urgencias de ortopedia.

Fuente: Imágenes obtenidas durante la realización del estudio.

En radiografía de muñeca ordenada al ingreso y realizada una hora después de la valoración inicial no se observaron trazos de fractura, pero sí se evidenció ausencia de osificación del hueso escafoides y edema de los tejidos blandos (Figura 2).

También en la valoración inicial se ordenaron exámenes de laboratorio que mostraron los siguientes reactantes de fase aguda: leucocitos en sangre: 11.200 uL, plaquetas en sangre: 372.000 uL, eritrosedimentación: 28 mm/hora, proteína C reactiva: 13.2 mg/L (valores de referencia: leucocitos: 4.500-14.500 uL, plaquetas: 150.000-450.000 uL,

eritrosedimentación: 0-15 mm/hora, proteína C reactiva 0-10 mg/L). No se realizó hemocultivo.



Figura 2. Radiografías de muñeca ordenadas en la valoración inicial. Fuente: Imágenes obtenidas durante la realización del estudio.

Una vez fue hospitalizado, al paciente también se le ordenó una ecografía de tejidos blandos de muñeca, la cual fue realizada al siguiente día e informó presencia de masa tumoral hipervascular, probable sarcoma. Al segundo día de hospitalización al menor se le realizó una resonancia magnética nuclear contrastada con gadolinio que reportó osteomielitis de huesos escafoides, grande, segmento distal del radio y semilunar con artritis séptica radiocarpiana e intercarpiaria asociadas (Figura 3).



Figura 3. Resonancia nuclear magnética contrastada con gadolinio.

Fuente: Imágenes obtenidas durante la realización del estudio.

Dados los hallazgos, al cuarto día de hospitalización, el paciente fue sometido a un procedimiento quirúrgico para un primer lavado y desbridamiento, en el cual se encontró abundante cantidad de material purulento y necrosis parcial del escafoides, con base en esto se estableció diagnóstico de osteomielitis del escafoides y el trapecio. Durante la intervención también se tomaron cultivos de tejido óseo que en análisis de la patología resultaron negativos para crecimiento microbiológico.

Luego de dos días del primer procedimiento, al paciente se le realizó un segundo y último lavado con desbridamiento en el que se presentó resolución del cuadro, por lo cual se realizó cierre definitivo.

El paciente evolucionó satisfactoriamente y continuó en tratamiento antibiótico endovenoso con clindamicina durante siete días, y luego de esto se le inició un esquema antibiótico ambulatorio oral (trimetoprim-sulfametoxazol) por 60 días.

Discusión

La osteomielitis de los huesos del carpo por vía hematogena sin lesiones de la piel como desencadenante es una infección bastante infrecuente, sobre todo en pacientes pediátricos¹. Los reportes disponibles en la literatura describen casos en pacientes adultos que se presentan posteriores a mordeduras de animales⁴ o procedimientos invasivos de la arteria radial⁵.

En la revisión de la literatura realizada para la elaboración del presente reporte se encontraron solo dos casos en paciente pediátricos publicados: el de Monsell *et al.*², que describieron un caso de osteomielitis aislada del escafoides en un paciente de ocho años en quien se logró una adecuada recuperación tras realizar un drenaje quirúrgico e instaurar tratamiento antibiótico, y el de Smith *et al.*³, quienes presentaron el caso de un paciente de 16 años con osteomielitis hematogena aislada del escafoides intervenida casi una década después del trauma inicial, e informaron la presencia de una lesión infecciosa papular en el cuero cabelludo en el momento del inicio de los síntomas.

Conclusiones

Se describe un caso inusual de osteomielitis de huesos del carpo y el radio acompañada de una artritis séptica intercarpiana y radiocarpiana secundarias en un paciente previamente sano y sin lesiones asociadas en piel, siendo este un caso interesante por lo atípico del mismo y debido a que no existen reportes en la literatura de casos similares en población pediátrica. La evolución clínica a corto plazo del paciente fue satisfactoria, lo que demuestra la importancia de la instauración de un tratamiento adecuado y una rápida intervención.

Conflictos de interés

Ninguno declarado por los autores.

Financiación

Ninguna declarada por los autores.

Agradecimientos

Ninguno declarado por los autores.

Referencias

1. Seimon LP, Stram RA. Staphylococcal Osteomyelitis of the Carpal Scaphoid. *J Pediatr Orthop.* 1984;4(1):123-5. DOI: 10.1097/01241389-198401000-00026.
2. Monsell FP, McVie JL, Smith RB. Osteomyelitis of the Scaphoid with Sequestration of the Primary Ossification Centre. *J Hand Surg Br.* 1998;23(3):422-4. DOI: 10.1016/s0266-7681(98)80074-0.
3. Smith KL, Harvey FJ, Stalley PD. Nonunion of a pathologic juvenile scaphoid fracture after osteomyelitis. *J Hand Surg AM.* 1991;16(3):493-4. DOI: 10.1016/0363-5023(91)90020-c.
4. Kelleher JC, Peimer CA, Sullivan DL, Wild DR. Severe osteomyelitis of the wrist following a cat bite. *Plastic and Reconstructive Surgery.* 1985;76(1):167. DOI: 10.1097/00006534-198507000-00070.
5. Knutson EL. Hematogenous *Serratia marcescens* osteomyelitis of the carpal scaphoid from an indwelling radial artery catheter. *Plastic and Reconstructive Surgery.* 1985;75(2):291.