Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1645

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2726 - Lo que parecía una podalgia mecánica...

A. Marco[a], C. López Alarcón[b], N. Rodríguez García[c], M. Córcoles Vergara[a], B. de la Villa Zamora[d], M.J. Martínez Valero[e], J.A. Sánchez Nicolás[f], L.J. López Torres[g], M.P. Suárez Beke[f] y P. Lázaro Aragües[f]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia.[b]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Los Dolores. Murcia.[c]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Sur. Murcia.[d]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia.[e]Médico Residente 2º año. Centro de Salud Murcia Sur. Murcia.[f]Médico Residente de 4º año. Centro de Salud Murcia-Infante. Murcia.[g]Médico de Familia. Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 14 años de edad que acude a la consulta de Atención Primaria por cuadro de dolor y tumefacción de pie derecho de 24 horas de evolución tras jugar un partido de fútbol. Niega antecedente traumático previo. Afebril, sin otra clínica asociada. El cuadro clínico impresiona de tenosinovitis leve, iniciándose antiinflamatorios habituales. A las 48 horas, el paciente acude nuevamente a nuestra consulta por dolor en reposo que se ha intensificado y presenta temperatura 37,5 ºC. A la exploración destaca leve eritema y discreto aumento de temperatura en pie derecho. Se decide remitir a Servicio de Urgencias del hospital para realización de pruebas complementarias. Es valorado por reumatólogo de guardia que decide ingreso para descartar proceso infeccioso (ingresa sin antibioterapia y retirando antiinflamatorios) y ver evolución.

Exploración y pruebas complementarias: Normotenso y afebril. Pie derecho con leve dolor, tumefacción y eritema en cara dorsal (empeine) con discreta fóvea. A las 48 horas de retirar antibioterapia y analgesia presenta gran empeoramiento con intenso dolor y gran inflamación. Resto de exploración física normal. Bioquímica (en C. Salud): normal, excepto CPK 1.600. Hemograma normal, excepto 15.000 leucocitos (69% neutrófilos). Coagulación: normal. Analítica orina: normal. Radiografía pie derecho: normal. RMN: osteomielitis del primer metatarsiano del pie derecho, con defecto cortical puntiforme en mitad de diáfisis y formación de absceso adyacente al hueso en espacio interdigital 1-2, con absceso paraóseo; se realiza punción bajo control ecográfico de dicho absceso, obteniéndose un líquido cremoso marrón claro, compatible con pus. Gram urgente: cocos gram positivos. Hemocultivos: negativos. Cultivo absceso pie: estafilococo aureus meticilín sensible. RMN al alta: persiste edema en primer tarsiano de pie derecho, con mejoría de tamaño del absceso interdigital, siendo una mínima lengüeta paraósea interna. No secuestros óseos.

Juicio clínico: Osteomielitis de primer metatarsiano pie derecho. Absceso paraóseo en espacio interdigital 1-2 de pie derecho.

Diagnóstico diferencial: Artritis aguda (dolor articular precoz, impotencia funcional precoz, signos inflamatorios agudos, derrame articular), sarcoma de Ewing (edad, dolor, signos inflamatorios).

Comentario final: La osteomielitis aguda afecta principalmente a los niños y tiene generalmente diseminación hematógena, a veces asociada a un trauma. En la etiología influyen factores, como la edad, el

estado inmunológico y las enfermedades concomitantes. En la mayoría de los casos, el principal agente etiológico es Staphylococcus aureus. Es importante el diagnóstico precoz para evitar secuelas a mediano o largo plazo. Se debe sospechar una osteomielitis aguda en todo niño con fiebre, dolor óseo e inflamación con afectación funcional, sea de aparición espontánea o asociada a traumatismo, para efectuar un diagnóstico oportuno y un tratamiento eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saavedra-Lozano J, Calvo C, Huguet Carol R, et al. Documento de consenso SEIP-SERPE-SEOP sobre el tratamiento de la osteomielitis aguda y artritis séptica no complicadas.

2. Nolla Solé JM, Ariza Cardenal X. Infección Ostoarticular. Farreras-Rozman. Medicina Interna. 16ª ed. Eselvier; 2008. p. 1040-55.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.