

<http://www.elsevier.es/semergen>

424/1544 - OSTEOMIELITIS CLAVICULAR EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

P. Peinado Ruiz¹, B. Díaz Gavilán¹ y J. Monllor Méndez²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcázar 1. Ciudad Real.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villarta de San Juan. Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 24 años que acude por cervicalgia de 7 días de evolución sin antecedente traumático, ni infecciones ORL recientes ni manipulación dentaria. Antecedentes personales/familiares: No alergias medicamentosas, no HTA, no DM, no dislipemias. No cirugías previas. Tío paterno con artritis reumatoide/artritis psoriásica.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración osteoarticular: apofisalgias desde tercera vértebra cervical hasta tercera vértebra dorsal. Dolor a la palpación musculatura paravertebral izquierda, porción superior trapecio izquierdo y de esternocleidomastoideo con contractura muscular asociada. Tumoración en región de articulación esternoclavicular izquierda, de consistencia firme, dolorosa a la palpación. No crepitación. No hematoma. Balance articular: limitación flexo-extensión y rotación izquierda con dolor asociado. Analítica: hemoglobina: 11; leucocitos: $12,1 \times 10^3$; Neutrófilos: $8,6 \times 10^3$; PCR: 13,5. Ecografía cervical: aumento de partes blandas en la zona de tumoración, con vascularización. No derrame. Ecocardio: sin alteraciones patológicas. Resonancia magnética de cuello: afectación ósea extremo proximal clavícula izquierda con cambios inflamatorios y pequeñas colecciones/abscesos sugerentes de osteomielitis/artritis séptica. TAC: lesiones líticas con erosión de la cortical en la porción media de la clavícula izquierda. Cambios inflamatorios en la grasa y musculatura adyacente con pequeñas adenopatías supraclaviculares reactivas. Exéresis/cultivo lesión: Se aísla Staphylococcus aureus.

Orientación diagnóstica: Osteomielitis hematogena.

Diagnóstico diferencial: Artritis séptica. Celulitis. Cervicalgia de origen osteomuscular. Fractura traumática de clavícula. Osteocondritis.

Comentario final: Tras realización de pruebas complementarias se pauta tratamiento empírico con vancomicina y ceftriaxona. Posteriormente se decide exéresis de la lesión y cultivo de ella, aislando Staphylococcus Aureus sensible a levofloxacino. La evolución postoperatoria es tórpida con dehiscencia parcial de la herida, reintervención y cambio de sutura. Paciente dada de alta 5 días después, con revisiones posteriores en consultas externas. Recalco la importancia de no descartar patología típica de paciente inmunodeprimido y/o usuario de drogas vía parenteral en paciente inmunocompetente hasta haber realizado las pruebas pertinentes.

Bibliografía

1. Guillén Astete C, Aranda García Y, de la Casa Resino C, Carpeta Zafrilla M, Braña Cardeñosa A, Roldan Moll F, et al. Artritis infecciosa esternoclavicular: serie de 5 casos y revisión de la literatura. Reumatol Clínica. 2015;11(1):48-51.

Palabras clave: Osteomielitis. Cervicalgia. Inmunocompetente.