

Osteomielitis subaguda de rodilla con absceso de Brodie y artritis séptica asociada. Presentación poco frecuente

Belauneko osteomielitis subakutua Brodie abzesuarekin artritis septikoarekin erlazionatua. Aurkezpen ezohikoa

L. Costa Serra, S. Maeso Méndez,
M. Gendive Martín, L. Aguirre Pascasio,
C. Salado Marín

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz

INTRODUCCIÓN

El absceso de Brodie es una osteomielitis subaguda circunscrita poco frecuente⁽¹⁾. Las osteomielitis subagudas son entidades de difícil diagnóstico por presentar inicio insidioso y clínica inespecífica, con síntomas locales, escasos síntomas generales y analíticas sanguíneas frecuentemente anodinas^(1,2). Los hemocultivos son frecuentemente negativos. Por todo ello, el diagnóstico suele diferirse.

El agente causal más frecuente es *Staphylococcus aureus*^(1,3).

Presentamos el caso de una complicación rara, el drenaje del absceso hacia la cavidad articular, dando lugar a artritis séptica secundaria.

CASO CLÍNICO

Niño de 10 años procedente de Pakistán, pendiente de adaptación del calendario vacunal, sin otros antecedentes de interés.

Valorado en el servicio de urgencias por traumatismo de rodilla derecha, objetivándose tumefacción, calor local e impotencia para la extensión completa. Radiografía de rodilla sin alteraciones.

Consulta en varias ocasiones por persistencia del dolor, afebril, sin otra clínica asociada y persistiendo los signos inflamatorios a nivel de la rodilla. Valorado a los 18 días de evolución, se solicita nueva radiografía y RMN urgente.

En las pruebas de imagen, se describe probable absceso de Brodie en cóndilo femoral que comunica con la cavidad articular, hallazgos compatibles con osteomielitis subaguda crónica con artritis infecciosa (Fig. 1A). Ingresa con antibioterapia empírica con cefotaxima y cloxacilina.

Al ingreso se realizan múltiples pruebas complementarias: analítica sanguínea con PCR de 23 mg/L, resto anodino. Hemocultivos negativos. Crecimiento de *Staphylococcus aureus* meticilin sensible en el cultivo de líquido sinovial. Por las características del cuadro y procedencia del niño, se realiza Mantoux con resultado negativo.

Se realiza artroscopia de limpieza seguida de curetaje abierto y relleno de la cavidad con Bone Alive (Fig. 1B).

Se desescala a cloxacilina intravenosa sola tras resultados del cultivo, con mejoría progresiva a nivel osteoarticular, iniciando marcha con muletas al alta.

A los tres meses de la intervención, deambulación sin muletas y balance articular completo.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de la osteomielitis subaguda es difícil por todo lo previamente expuesto. En nuestro caso, la demora del mismo dio lugar a una complicación grave y poco frecuente, con drenaje del absceso hacia cavidad articular, dando lugar a artritis séptica secundaria.

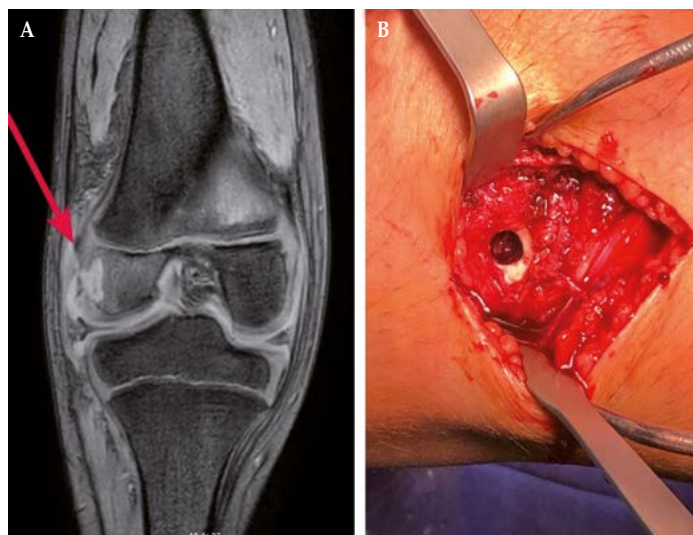


Figura 1. A: RMN diagnóstica. B: imagen quirúrgica; se observa la comunicación con la cavidad articular.

Cabe destacar la agresividad del germen y la velocidad de instauración del cuadro.

El caso nos debe servir de reflexión y aprendizaje. El antecedente de traumatismo hizo que esa fuera la orientación diagnóstica en su inicio, siendo un factor de riesgo a tener en cuenta aunque, ante la persistencia de sintomatología local, a pesar de la ausencia de fiebre y analítica anodina, debemos pensar en la posibilidad

de una osteomielitis subaguda u otra patología osteoarticular asociada y solicitar una prueba de imagen adecuada que nos permita llegar al diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Silva C I, Figueroa G MJ, Cañete C I, Hodgson O F, Gündel P A. Absceso de Brodie, una patología

de difícil diagnóstico. *Rev Chil Pediatr.* 2020; 91(6): 947-52.

2. Guzmán H, Meza P. Infecciones osteoarticulares en niños. *Rev Med Clin Condes.* 2021; 32(3): 304-10.
3. Spyropoulou V, Dhoubi Chargui A, Merlini L, et al. Primary subacute hematogenous osteomyelitis in children: a clearer bacteriological etiology. *J Child Orthop.* 2016; 10(3): 241-6.