

Osteomielitis aguda del húmero: a propósito de un caso

Humeroako osteomielitis akutua: kasu bat apropos

E. Jauregui Benito¹, J. Muñoz¹,
S. García de Eulate Urdapilleta¹

¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Araba.

RESUMEN

Introducción y objetivo: La osteomielitis aguda hematógena es una infección ósea grave en la infancia. Su diagnóstico puede retrasarse cuando el cuadro se inicia tras un traumatismo leve, lo que puede llevar a confusión con lesiones musculoesqueléticas benignas. Presentamos un caso de osteomielitis aguda del húmero por *Staphylococcus aureus* meticilín sensible (SAMS) en un niño de 12 años, destacando la importancia de la sospecha clínica precoz.

Resumen del caso: Niño de 12 años con dolor en hombro izquierdo tras caída leve cinco días antes, y fiebre de hasta 40°C de cuatro días de evolución. Exploración con limitación de la movilidad del hombro y del codo. Radiografía normal. Analítica con PCR 65,7 mg/L y PCT 0,57 ng/mL. Se inició cefotaxima intravenosa. Los hemocultivos fueron positivos para *S. aureus* meticilín sensible, ajustándose tratamiento a cloxacilina. La resonancia magnética mostró osteomielitis aguda metafisio-diafisaria proximal del húmero con colección subperióstica infectada. Se realizó drenaje quirúrgico y se completó tratamiento antibiótico con buena evolución.

Conclusiones: El dolor óseo localizado y la fiebre persistente en un niño, incluso tras un traumatismo leve, deben hacer sospechar osteomielitis. El diagnóstico precoz y el manejo médico-quirúrgico adecuado son esenciales para evitar complicaciones.

Palabras clave: Osteomielitis aguda; *Staphylococcus aureus*; infección osteoarticular; pediatría.

INTRODUCCIÓN

La osteomielitis aguda (OM) es una infección inflamatoria del tejido óseo, que afecta la cortical y la médula. Habitualmente se localiza en la metáfisis de huesos largos y su origen es generalmente bacteriano (aunque también puede ser fúngico o micobacteriano).

La OM puede tener una evolución aguda, subaguda o crónica. Se considera aguda cuando su evolución clínica es < 1-2 semanas y constituye la infección osteoarticular más frecuente en la infancia.

La incidencia en nuestro medio es de 2-13 casos/100.000 niños, aumentando hasta 28/100.000 en menores de 3 años. Es más frecuente en niños que en niñas, con una relación 2:1.

La transmisión puede ser hematógena (la más frecuente), por inoculación directa y por invasión local desde una infección contigua (artritis, sinusitis, infección dental, etc.).

La etiología varía en función de la edad, siendo el *S. aureus* es el agente más común (67-89%).

Su presentación clínica puede confundirse con lesiones traumáticas leves, especialmente cuando la radiografía inicial es normal. En estos casos, la persistencia del dolor y la fiebre deben motivar una reevaluación y considerar el origen infeccioso.

CASO CLÍNICO

Varón de 12 años, previamente sano, que acude por dolor en hombro izquierdo de cinco días tras caída jugando y fiebre de hasta 40 °C en los últimos cuatro días.

Exploración: dolor a la palpación en inserción tendinosa del hombro, imposibilidad de elevación activa y limitación pasiva (hasta 90°). Flexión del codo y pronosupinación dolorosas. Sin eritema ni tumefacción visible.

Pruebas complementarias:

- Radiografía de hombro: normal.
- Analítica: PCR 65,7 mg/L, PCT 0,57 ng/mL.
- Hemocultivos x2: en curso.
- Artrocentesis: sin obtención de líquido.

Ante la persistencia de fiebre y marcadores inflamatorios elevados, se decide ingreso e inicio de cefotaxima intravenosa.

En la ecografía de hombro se observa una colección anterior adyacente a la cortical humeral, interpretada como hematoma post-traumático. Horas después, Microbiología comunica crecimiento de *S. aureus* meticilín sensible en ambos hemocultivos, por lo que se sustituye cefotaxima por cloxacilina intravenosa (100 mg/kg/día).

Traumatología realiza punción-aspiración bajo escopia, obteniéndose material hematópurulento con cultivo positivo a SAMS.

Al sexto día de ingreso reaparecen fiebre y aumento del dolor, sin incremento de los reactivos. Se solicita RM urgente, que muestra osteomielitis aguda metafisio-diafisaria proximal del húmero con colección subperióstica infectada.

Se realiza drenaje quirúrgico con nuevo aislamiento de SAMS, incrementándose la dosis de cloxacilina a 185 mg/kg/día. Posteriormente presenta mejoría clínica progresiva y desaparición de la fiebre.

Tras 18 días de tratamiento intravenoso, se pauta cloxacilina oral completando un total de 4 semanas de antibioterapia. Evoluciona favorablemente con recuperación funcional completa y seguimiento ambulatorio por Traumatología y Pediatría.

DISCUSIÓN

La osteomielitis aguda hematógena (OAH) se produce por diseminación hematógena

del microorganismo, afectando con mayor frecuencia a la metafisis de los huesos largos. El antecedente traumático puede predisponer al desarrollo de la infección o retrasar su sospecha.

En fases iniciales, la radiografía suele ser normal. La ecografía permite detectar colecciones y guiar drenajes, mientras que la resonancia magnética es la técnica más sensible y específica para evaluar la extensión ósea y de partes blandas.

El aislamiento microbiológico mediante hemocultivos o aspiración es clave para dirigir la terapia. En este caso, el aislamiento de SAMS permitió ajustar el tratamiento antibiótico, con buena respuesta.

El tratamiento de la OAH combina antibioterapia intravenosa seguida de vía oral y, cuando existe absceso o colección, drenaje quirúrgico. La duración total recomendada es de 3-4 semanas. El pronóstico suele ser bueno con diagnóstico y tratamiento precoces.

CONCLUSIONES

- La fiebre y el dolor óseo localizado deben hacer sospechar osteomielitis, incluso tras traumatismo leve.
- La RM y los hemocultivos son fundamentales para el diagnóstico.
- El tratamiento antibiótico dirigido y el drenaje quirúrgico aseguran una buena evolución.
- La coordinación entre Pediatría, Traumatología y Microbiología es clave para el manejo óptimo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saavedra-Lozano J, Calvo C, et al. Documento de consenso SEIP-SERPE-SEOP sobre el tratamiento de la osteomielitis aguda y artritis séptica no complicadas. *An Pediatr (Barc)*. 2015; 83: 273.e1-273.e10. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.10.005>
2. Rubio San Simón A, Rojo Conejo P. Osteomielitis y artritis séptica. *Pediatr Integral*. 2018; XXI (7): 316-22.