

OSTEÍTIS TIBIAL POR STREPTOMYCES NOGOLATER, UN ENEMIGO EN LA SOMBRA

Carlos Sanz García, Myriam Brun Sánchez, Iñigo Martiarena Aguirreche, José Carlos Irigoyen Chávez, Maitane Fernández Pérez

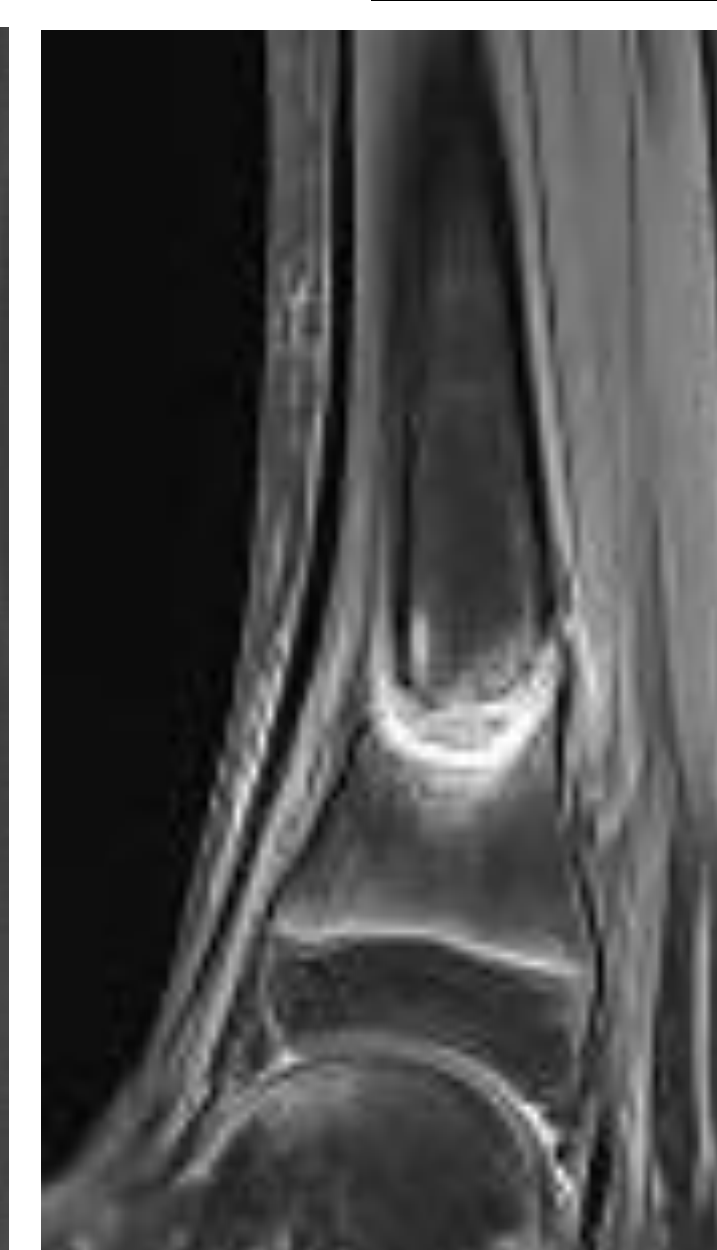
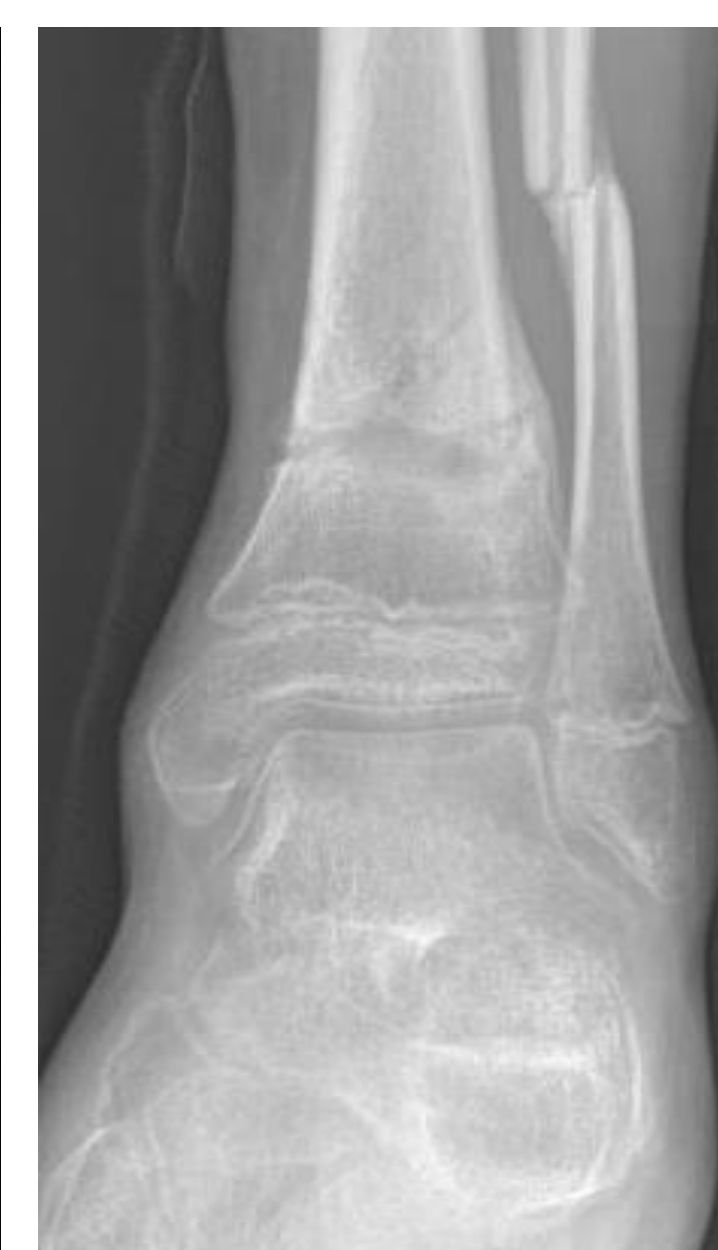
INTRODUCCIÓN

Los términos osteítis y osteomielitis siguen siendo confusos. Según diversos criterios la osteítis es una infección ósea tras un trauma o una cirugía; y la osteomielitis es una infección primaria de la médula ósea que se extiende a la cortical y periostio. Presentamos el caso de un niño que tras una fractura abierta de tibia presenta una evolución tórpida de la consolidación por osteítis.



MATERIAL Y MÉTODOS

Niño de 11 años que es traído a Urgencias tras caerse de un puente con fractura abierta de tibia distal Gustilo II con exploración neurovascular normal. Se realiza 1ª intervención quirúrgica urgente mediante limpieza, desbridamiento, fijación con KW e inmovilización. Se administra antibiótico IV y se realizan curas seriadas. Una vez dado de alta del hospital, el niño presenta crisis de dolor sin fiebre, manchado intermitente, cierre incompleto de la herida. Tras semanas de seguimiento ambulatorio con radiología simple, analíticas normales, curas y antibiótico se realiza RM apreciándose retraso de la consolidación, osteomielitis tibial que asocia osteítis y pequeño absceso subperióstico. Se realiza gammagrafía con signos de pseudoartrosis pero sin signos de infección. Se decide 2ª intervención quirúrgica para limpieza, curetaje y relleno con Stimulan, remitiendo muestras intraoperatorias a Microbiología.



Post Q

→→

3 meses

→→ 6 meses tras Stimulan

RESULTADOS

Tras la realización de esta 2ª cirugía el paciente mejora drásticamente sus crisis de dolor, manteniéndose afebril, la herida cicatriza bien y no existe manchado en las curas. Se instaura tratamiento antibiótico empírico hasta el resultado de los cultivos que son positivos para *Streptomyces Nogolater* sensible. En ese momento se adapta la antibioterapia y el paciente 5 meses después se encuentra asintomático.

CONCLUSIÓN

Las fracturas abiertas en niños no son frecuentes pero deben ser manejadas con suma delicadeza ya que las complicaciones pueden ser iguales o peores que en adultos. Los objetivos del tratamiento de la osteítis son dos: erradicar la infección subyacente y rellenar el defecto que deja además de asociar antibióticos. Ante una evolución tórpida de este tipo de fracturas debemos tener en cuenta la osteítis como causa del retardo de consolidación y del dolor. Una intervención precoz para erradicar la infección desbridando el tejido muerto y aportando antibiótico local y sistémico es necesaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Pediatric Open Fractures.** Arianna Trionfo, Priscilla K Cavanaugh, Martin J Herman Orthop Clin North Am. 2016 Jul;47(3):565-78
2. **Open fractures in children. Principles of evaluation and management.** David G Stewart Jr, Robert M Kay, David L Skaggs J Bone Joint Surg Am. 2005 Dec;87(12):2784-2798
3. **Pediatric tibial shaft and distal metaphyseal fractures.** Osman Civan, Bahadır Alimoğlu, Mustafa İçen, Selim Taşkın, Ali Cavit, Yetkin Söyüncü, Mustafa Ürgüden