

# Osteomielitis subaguda de astrágalo. Una causa rara de cojera en la infancia.

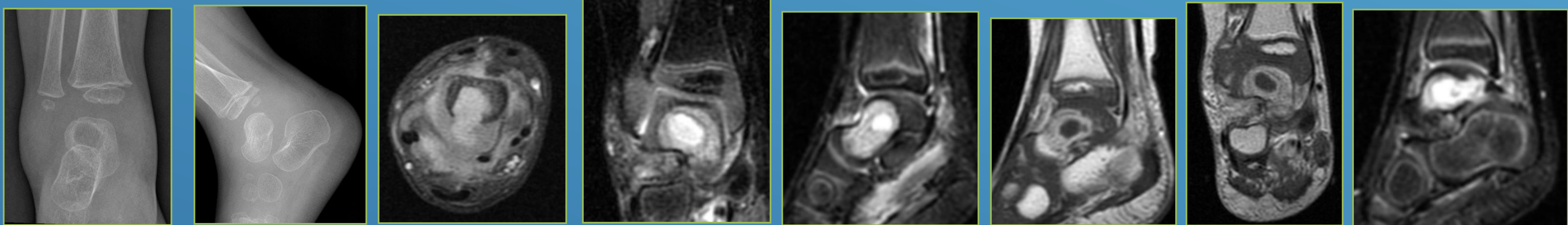
**Verónica Álvarez García, Inés de Blas Sanz, Ignacio Aguado Maestro, Ana Elena Sanz Peñas, Elisa Cebrián Rodríguez.**  
**Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid.**

## OBJETIVOS

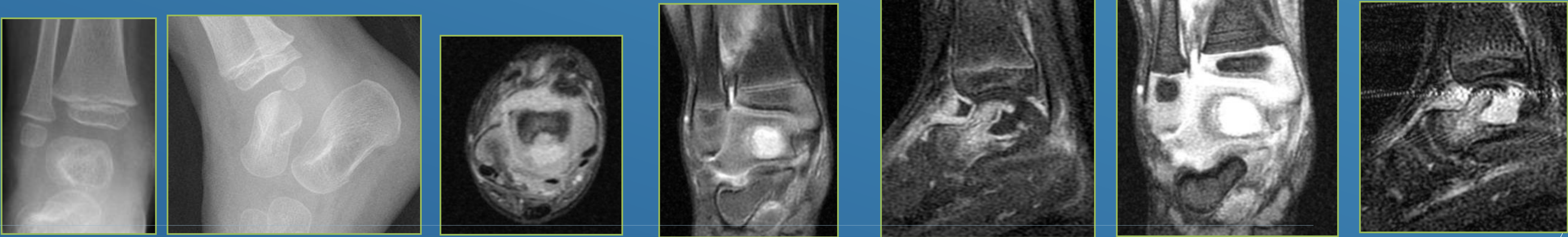
La osteomielitis subaguda de astrágalo es una patología muy rara y la presentación clínica es muy insidiosa, por lo que el diagnóstico se realiza tardíamente en la mayoría de los casos. Se presentan dos casos, para mostrar nuestra experiencia y hacer una revisión del tema.

## MATERIAL Y MÉTODO. RESULTADOS.

- **PACIENTE 1:** varón, 17 meses. Acudió a urgencias 4 veces previo al diagnóstico, por cojera como único síntoma, los padres contaban caída 15 días antes. Fue etiquetado de sinovitis inespecífica de cadera, después de fractura de tibia y ya finalmente a los 20 días acudió con fiebre de 38º e inflamación del tobillo.
- Todas las veces que acudió a urgencias se hizo análisis de VSG y PCR, que fueron normales hasta el día 20, del ingreso, que subió la PCR a 26.
- Radiografías normales al inicio, lesión lítica con borde esclerótico a los 20 días.
- RMN: osteomielitis del astrágalo con tenosinovitis del flexor largo del 1º dedo.
- Se intervino quirúrgicamente, con lavado y legrado de la cavidad, tomando muestras para cultivo microbiológico, siendo el resultado negativo.
- Tratamiento antibiótico 3 semanas iv y otras 3 vía oral.
- Buena evolución, asintomático tras 2 años de seguimiento



- **PACIENTE 2.** Varón, 18 meses. Acudió a urgencias 6 veces previo al diagnóstico, la primera vez por cojera e inflamación del pie que fue etiquetado de celulitis y ya se pauto tratamiento antibiótico oral con clindamicina. Volvió porque cedió la inflamación y eritema pero seguía cojeando, gastroenteritis con coprocultivos +, sinovitis de tobillo, y a los 20 días ingresó por sospecha de artritis séptica de tobillo. Siempre afebril, la PCR máxima fue de 8.
- Radiografías normales al principio de los síntomas, lesiones osteolíticas a los 20 días.
- RMN: osteomielitis astragalina con formación de absceso que se abre a la superficie articular.
- Se intervino quirúrgicamente, con lavado y legrado de la cavidad. Cultivo microbiológico negativo.
- Antibioticoterapia 6 semanas, 3 iv y 3 oral
- Buena evolución, asintomático tras 2 años de seguimiento



## DISCUSIÓN

- Clásicamente: niño enfermo, fiebre alta y muchos leucocitos
- Hoy: Dolor, signos y síntomas locales y fiebre común pero hasta un 40% están afebriles y tienen signos y síntomas mínimos
- Ningún signo, síntoma o prueba aislada diagnostica fácilmente la osteomielitis. PCR + VSG elevadas: Sensibilidad del 98%
- La mejor prueba de imagen: RMN
- El papel de la cirugía decrece, solo si artritis séptica, sepsis diseminada, fracaso del tratamiento antibiótico o absceso pélvico mayor de 2 cm.
- Tipo y duración del tratamiento AB:  
Curso inicial corto iv antiestafilococos y cambiar según sensibilidad.  
Tratamientos mas largos hacen más daño que beneficio  
Convertir a AB oral a dosis correcta en cuanto mejore la clínica y los marcadores sanguíneos se normalicen (desde el 4º-5º día)  
Un total de 3 semanas es suficiente en casos no complicados
- Localizaciones más frecuentes: fémur (27%), tibia (26%), pelvis (9%), húmero (8%), raro en astrágalo.
- Germen: ha disminuido el St Aureus (67%) , en aumento el S. Pneumoniae, S. Epidermidis, Kingella Kingae (clínica subaguda con pocas complicaciones, huesos pequeños, niños de 6m a 4 años, osteolisis frecuente en rx).

- Dartnell J, Ramachandran M, Katchburian M. Haematogenous acute and subacute paediatric osteomyelitis. A systematic review. J Bone Joint Surg Br 2012;94-B:584-95
- Bor N, Rubin G, Rozen N. Subacute osteomyelitis of the talus mimicking arthritis of the ankle joint: a case report with 16 years follow-up. Journal of Pediatric Orthopaedics B 2011, 20:436-439

## CONCLUSIONES

1. La osteomielitis subaguda de astrágalo pasa muchas veces desapercibida por la insidiosa presentación clínica, analítica y radiológica.
2. La cojera puede ser la única manifestación en niños pequeños.
3. Debemos tener un alto índice de sospecha para tratarlo de forma precoz con antibióticos y evitar el tratamiento quirúrgico y las posibles secuelas.