

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

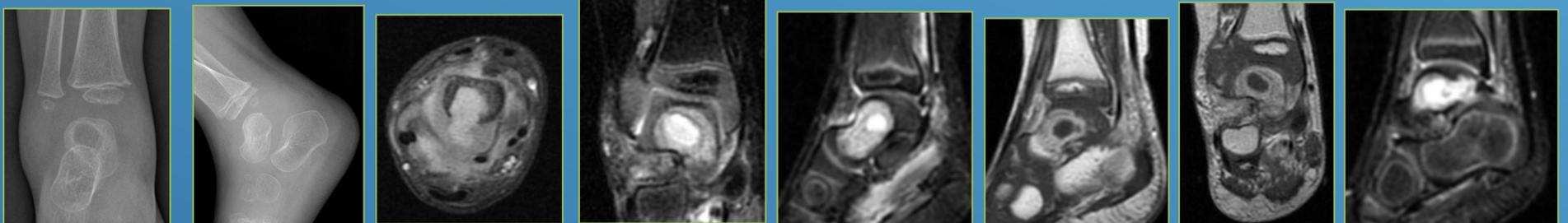
Verónica Álvarez García, Inés de Blas Sanz, Ignacio Aguado Maestro, Ana Elena Sanz Peñas, Elisa Cebrián Rodríguez.  
Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid.

## OBJETIVOS

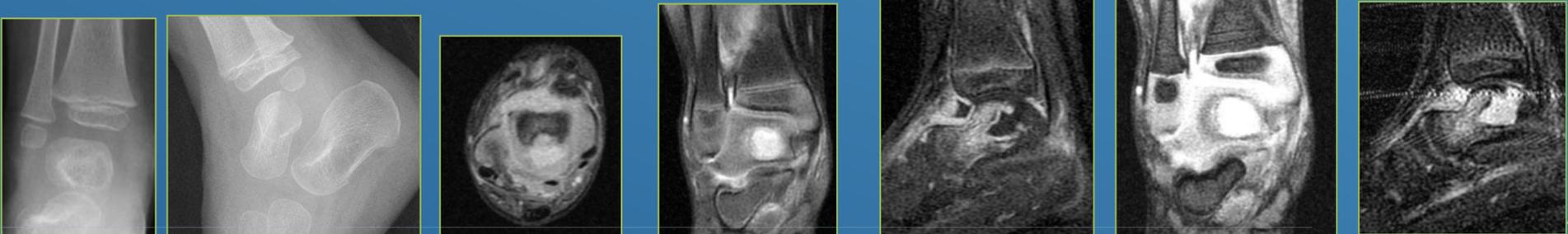
La osteomielitis subaguda de astrágalo es una patología muy rara y la presentación clínica es muy insidiosa, por lo que el diagnóstico se realiza tardíamente en la mayoría de los casos. Se presentan dos casos, para mostrar nuestra experiencia y hacer una revisión del tema.

## 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 38° 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.