

Cojera de etiología inusual en pacientes pediátricos: Osteomielitis de calcáneo

*García Sánchez ,L¹. Gaspar Aparicio, N².
Gallach Sanchis, D². Alfaro Micó, J².
Martín Somoza, F.J²*

*1Médico Interno Residente Cirugía Ortopédica y Traumatología. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.
2Facultativo Especialista Área Cirugía Ortopédica y Traumatología. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.*

OBJETIVOS

Plantear el diagnóstico diferencial de la osteomielitis del calcáneo como causa de cojera en niños, pudiéndose confundir con molestias inespecíficas del crecimiento rápido o de intensa actividad física, dificultado el diagnóstico precoz de esta patología.

MATERIAL Y MÉTODO

Presentamos dos casos clínicos hallados en el último año en nuestro hospital. Se trata de dos niños de 13 y 14 años, que acuden a urgencias por talalgia tras sobreesfuerzo, con resto de exploración normal, no habiendo presentado fiebre ni síntomas constitucionales. Se solicita radiografía del pie(fig.1), no mostrando hallazgos, por lo que se decide tratamiento analgésico y control evolutivo.



Fig.1.Rx A-P y lateral de pie sin hallazgos



Fig.2.Rx latgeral pie: lesión lítica en calcáneo

El TC confirma lesión lítica, multiloculada con colección en uno de ellos, hallazgos compatibles con osteomielitis calcánea(fig.3); junto con elevación de PCR, VSG y leucocitosis. Finalmente, ambos pacientes precisan drenaje quirúrgico justificado por la presencia de formación de absceso y la persistencia de síntomas a las semanas pese al inicio del tratamiento antibiótico. Normalizando ambos la marcha y los controles analíticos a los días.

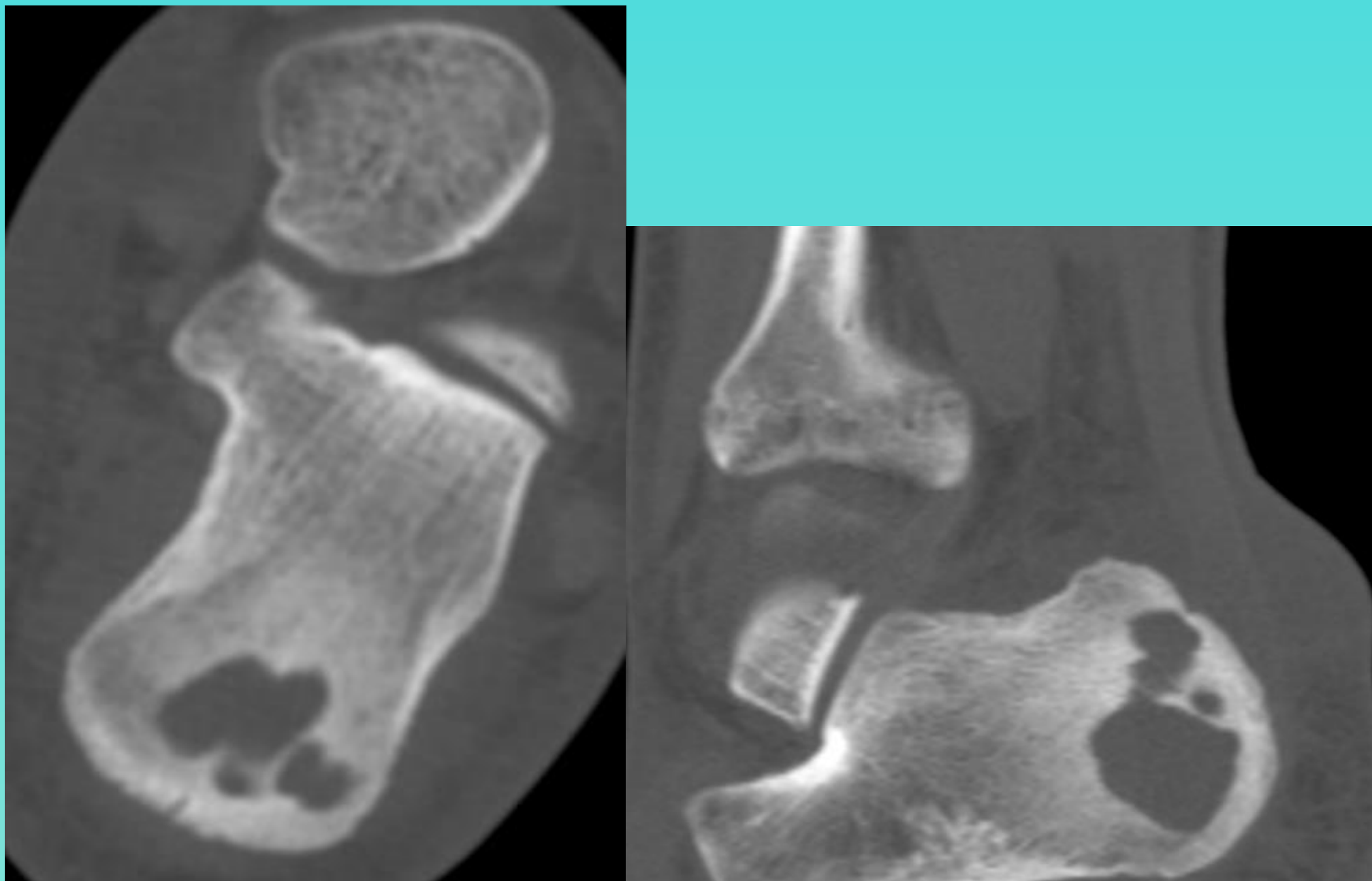


Fig.3.TC calcáneo: lesión lítica multiloculada

CONCLUSIONES

La osteomielitis del pie en niños es infrecuente, siendo el calcáneo el que se afecta con más frecuencia, debido a sus características morfológicas, vascularización y situación para carga estática y dinámica. El agente etiológico es normalmente el S.aureus. El diagnóstico tardío se debe a la confusión con otros procesos como contusiones, tendinitis, torceduras, sinovitis de cadera, junto con ausencia de la sintomatología típica y la presencia de antecedente traumático. Las radiografías son normales en el 87% de los casos. Las lesiones típicas son líticas, redondeadas, subcondrales, con esclerosis circundante y sin reacción perióstica. El diagnóstico diferencial se deberá realizar, con: pseudoquiste del calcáneo, osteoma osteoide y granuloma eosinófilo. El tratamiento con antibióticos es eficaz si se instaura precozmente, por ello, clave el diagnóstico temprano, considerando el drenaje quirúrgico tras el inicio tardío del tratamiento antibiótico y persistencia de síntomas y signos clínicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pääkkönen M, Kallio MJ, Peltola H, Kallio PE. Antibiotic Treatment and Surgery for Acute Hematogenous Calcaneal Osteomyelitis of Childhood. *J Foot Ankle Surg* 2015; 54(5):840-3.
2. Chou AC, Mahadev A. The use of C-reactive protein as a guide for transitioning to oral antibiotics in pediatric osteoarticular infections. *J Pediatr Orthop* 2015; 36:173–177
3. Leigh W, Crawford H, Street M, Huang M, Manners S, Puna R. Pediatric Calcaneal Osteomyelitis. *J Pediatr Orthop* 2010; 30(8):888–92
4. Chen K, Balloch R. Management of Calcaneal Osteomyelitis. *Clin Podiatr Med Surg* 2010; 27(3):417–29
5. Arnold JC, Cannavino CR, Ross MK, Westley B, Miller TC, Riffenburgh RH, Bradley J. Acute bacterial osteoarticular infections: Eight-year analysis of C-reactive protein for oral step-down therapy. *Pediatrics* 2012; 130:e821–e828