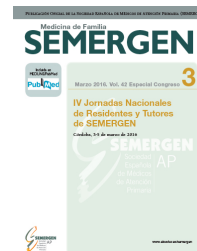




# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## P-158 - ¡NO TODO ES LO QUE PARECE!

D. Fernández Torre, P. López Tens, A. Blanco García, E. Gil Camarero, J. Villar Ramos y M. Montes Pérez

CS Camargo Costa.

## Resumen

**Descripción del caso:** Niña de 11 años sin AP de interés, que acude a nuestra consulta de SUAP por cuadro de 9 días de evolución de fiebre de hasta 39,2 °C que cede mal con antitérmicos. Además cefalea frontal, un vómito aislado y mialgias en miembros inferiores al inicio del cuadro.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración física destaca una Tª 37,2 °C, TA 118/64, FC 94. Faringe hiperémica y rigidez de nuca, sin dolor a la palpación de la musculatura cervical ni petequias. Ante la escasez de pruebas complementarias disponibles en los Servicios de Urgencias Atención Primaria y la posibilidad de un síndrome meníngeo, derivó al Servicio de Urgencias de Pediatría para una valoración más completa. A su llegada a urgencias constatan la rigidez nuchal procediendo a su ingreso con diagnóstico de fiebre prolongada y meningismo a estudio. En la analítica destaca: 26,2 leucocitos (3 Cay, 77 S, 14 L). PCR 19,8 mg/dl. AP 57,5%. INR 1,34. Se decide punción lumbar para analizar el LCR: gluc 48, prot 107, hematíes 18, células 6. PCR enterovirus y virus herpes negativo. Gram y cultivos: no se aislan microorganismos. Mantoux: negativo. A los pocos días comienza con dolor en zona dorsal alta con dolor a la presión de dichas apófisis espinosas y contractura paravertebral izquierda. Solicitan Rx dorsal que es normal y gammagrafía ósea no concluyente. Ante la sospecha de osteomielitis a dicho nivel se indica resonancia magnética que confirma el diagnóstico iniciándose antibioterapia endovenosa (Amoxicilina-Clavulánico) con mejoría clínica y analítica progresiva.

**Juicio clínico:** Osteomielitis de arco posterior de T5, artritis facetaria T5-T6.

**Diagnóstico diferencial:** Nuestras primeras actuaciones deben ir dirigidas a descartar una meningitis aguda, encefalitis, lesiones estructurales del SNC (tumores, abscesos, colecciones subdurales...). Por la clínica posterior deberíamos descartar procesos como osteomielitis, artritis séptica, traumatismos, neoplasias, artritis reumatoide juvenil, etc.

**Comentario final:** Las infecciones osteoarticulares son una patología infecciosa relativamente infrecuente en la infancia. Son difíciles de reconocer en sus fases precoces y en muchos casos plantean problemas tanto en el diagnóstico como en el manejo terapéutico. La osteomielitis es una inflamación del hueso causada por una infección (bacteriana o fúngica, y con menor frecuencia por parásitos o micobacterias). Generalmente se produce por vía hematógena (en el curso de una bacteriemia que hace llegar el agente infeccioso hasta el hueso). El tratamiento antibiótico debe iniciarse inmediatamente de forma empírica. La etiología depende de la edad del paciente y patologías de base. *Staphylococcus aureus* es el patógeno más frecuente. Es necesario una especial

atención a signos de alarma además de una exploración física exhaustiva. Debemos guiarnos de nuestro instinto clínico, que en muchas ocasiones debido a la ausencia de otras pruebas complementarias disponibles, resulta fundamental.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Aguado García JM. Osteomielitis. *Medicine*. 2002;8:4525-8.
2. Barberán J. La osteomielitis: una asignatura pendiente para el siglo XXI. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2001.
3. Díaz Ruiz J, del Blanco Gómez I, Blanco Barrio A, Huidobro Labarga B, Merino Arribas JM. Osteomielitis de localización inusual. *An Pediatr (Barc)*. 2007.
4. Parsonnet J. Osteomielitis. En: *Harrison Principios de Medicina Interna*. 17ª ed. McGraw-Hill.