



242/3448 - OSTEOMIELITIS POR BURKHOLDERIA PSEUDOMALLEI

A. Santos Urrutia^a, V. Santos Urrutia^b, A. Casas Varas^c, A. Fernández Bereciartua^d, C. Vázquez Cabezudo^d y M. Ruíz Guerra^a

^aMédico de Familia. Centro de Salud Campoo. Cantabria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud de Linares. Jaén. ^cMédico de Medicina Interna. Hospital Tresmares. Reinosa. Cantabria. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Reinosa. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 26 años que acudió a nuestra consulta porque unos días antes había comenzado con fiebre, malestar general y adenopatías cervicales. Entre sus antecedentes destacaba haber regresado de un viaje por el sudeste asiático una semana antes del inicio de los síntomas.

Exploración y pruebas complementarias: La paciente fue tratada con antitérmicos y azitromicina, a pesar de los cuales la clínica inicial no mejoró por lo que fue remitida al hospital de referencia. Posteriormente se añadió la semiología eritema nodoso y más tarde dolor en la pierna derecha. En las pruebas radiológicas se apreció una lesión osteolítica del tercio superior de la tibia derecha, cuya biopsia demostró la presencia de *Burkholderia pseudomallei*.

Juicio clínico: Osteomielitis por *Burkholderia pseudomallei*.

Diagnóstico diferencial: Primeramente se hizo por causas del síndrome febril y después con las distintas etiologías de osteomielitis.

Comentario final: La infección por *Burkholderia pseudomallei* o meliodosis es endémica del sudeste asiático. El principal mecanismo de transmisión en humanos es una inhalación de aerosoles, el consumo de agua contaminada o la inoculación percutánea durante la exposición a estas aguas. Existen factores de riesgo para la aparición de meliodosis como la diabetes, la talasemia, la insuficiencia renal crónica, el alcoholismo, la drogadicción o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, aunque existen casos como el que nos ocupa en los que no se identifican factores de riesgo. La clínica de meliodosis puede variar desde un cuadro agudo y severo que puede causar la muerte hasta casos crónicos con comportamiento similar al de una enfermedad granulomatosa. El sitio más frecuentemente afectado es el pulmón; otros son el tracto genito-urinario, tejidos blandos, tejido óseo, etc. El tratamiento recomendado es ceftazidima o imipenem endovenoso en la fase aguda de la enfermedad, seguida de trimetropim/sulfametoxazol durante tres a seis meses como fase de erradicación.

Bibliografía

1. Cheng A, Currie B. Melioidosis: Epidemiology, Pathophysiology, and Management, clinical. *Clinical Microbiology Reviews*. 2005;8:383-416.
2. Jain V, Jain D, Kataria H. Melioidosis a review of ortopedic manifestations, clinical features, diagnosis and management. *Indian Journal of Medical Sciences*. 2007;61:551-88.

Palabras clave: Osteomielitis. *Burkholderia pseudomallei*.