

Osteítis infecciosa del pubis

Lourdes Gabarró^a, Bernat Font^b, Montserrat Sala^b, Guadalupe Serrate^b, Guillermina Bejarano^a y Ferran Segura^b

^aServicio de Medicina Interna. ^bPrograma Asistencial de Patología Infecciosa. Corporación Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España.

INTRODUCCIÓN. La osteítis infecciosa del pubis es una entidad poco frecuente que debe diferenciarse de su forma no infecciosa.

MÉTODOS. Descripción de cuatro casos de osteítis infecciosa del pubis diagnosticados en los últimos 10 años en nuestro centro.

RESULTADOS. El diagnóstico se estableció mediante clínica e imagen sugestiva junto con hemocultivos positivos (2/4) o por biopsia ósea (2/4). La antibioticoterapia prolongada, con desbridamiento en caso de absceso, ofreció resultados satisfactorios (4/4).

CONCLUSIÓN. La osteítis infecciosa del pubis debe sospecharse en pacientes con dolor inguinal y factores predisponentes.

Palabras clave: Osteítis infecciosa de pubis. Artritis séptica de pubis. Infecciones articulares.

Infectious osteitis pubis

INTRODUCTION. Infectious osteitis pubis is an uncommon disease that must be distinguished from the noninfectious form of this condition.

METHODS. Four cases of infectious osteitis pubis diagnosed over the last ten years in our hospital are described.

RESULTS. The diagnosis was established on the basis of clinical symptoms, consistent imaging studies, and positive blood cultures (2/4) or bone biopsy (2/4).

Prolonged antibiotic treatment with previous debridement of abscesses provided favorable outcomes (4/4).

CONCLUSION. Infectious osteitis pubis should be suspected in patients with groin pain and predisposing factors.

Key words: Infectious osteitis pubis. Septic arthritis of the pubis symphysis. Joint infections.

Introducción

La osteítis del pubis, descrita por primera vez por Beer en 1924¹ como complicación postoperatoria no infecciosa de la prostatectomía suprapúbica es una entidad poco

frecuente caracterizada por dolor pélvico intenso que limita la deambulación que está producido por la inflamación estéril de los márgenes de la sínfisis púbica que suele presentarse en atletas, en el período puerperal y tras la cirugía urológica o ginecológica.

La preexistencia de una osteítis púbica, especialmente en casos de bacteriemia concomitante, puede actuar como factor favorecedor para su forma infecciosa y quedar ésta infradiagnosticada en fases precoces en las que la única distinción podría ser la positividad de los cultivos. Los agentes etiológicos más comunes son *Staphylococcus aureus* y *Pseudomonas aeruginosa*³⁻⁵.

La diferenciación de ambas formas requiere un alto grado de sospecha y es esencial por sus distintas implicaciones terapéuticas y pronósticas²⁻⁵.

El objetivo del presente trabajo es aportar cuatro nuevos casos de osteítis infecciosa del pubis diagnosticados en nuestro centro (tabla 1) analizando las características clínico-epidemiológicas y evolutivas, y revisión de la literatura especializada.

Métodos

Estudio retrospectivo de los casos de osteítis infecciosa del pubis diagnosticados entre 1996 y 2006 en nuestro centro (con una población de referencia de 407.763 habitantes) a partir del registro hospitalario de altas.

Resultados

Caso 1

Varón de 59 años sin antecedentes de interés, que consultó por dolor inguinal inflamatorio y fiebre de una semana de evolución. En la exploración destacaba una onfalitis eritemato-descamativa de aspecto crónico y dolor a la movilización de la cadera. El recuento leucocitario era de $13,38 \times 10^9/l$ (neutrófilos, 76,7%), la velocidad de sedimentación globular (VSG) de 110 mm en la primera hora y los hemocultivos fueron positivos para *Staphylococcus aureus*. La tomografía computarizada (TC) lumbar mostró pequeñas erosiones en la cara anterior de la sínfisis púbica y la gammagrafía ósea, depósito patológico del trazador en el pubis. El tratamiento con cloxacilina y gentamicina durante una semana, y posteriormente con ciprofloxacino y rifampicina durante 7 semanas ofreció una buena respuesta clínica, y persistía asintomático a los 12 meses de seguimiento.

Caso 2

Mujer de 36 años sin ningún dato epidemiológico de interés que refería dolor en el pubis y raíz de miembros infe-

Correspondencia: Dra. L. Gabarró.
Parc Taulí, s/n. 08208 Sabadell. Barcelona. España.
Correo electrónico: lgabarro@tauli.cat

Manuscrito recibido el 5-4-2007; aceptado el 14-9-2007.

TABLA 1. Características de los 4 casos

	Sexo, edad (años)	Factor de riesgo	Microorganismos	Antibiótico
1	♂59	Onfalitis crónica	<i>Staphylococcus aureus</i>	Cloxacilina y gentamicina 1 semana + Ciprofloxacino y rifampicina 7 semanas
2	♀36	No conocido	<i>Haemophilus influenzae</i>	Ciprofloxacino 6 semanas
3	♂72	Prostatectomía	<i>Klebsiella pneumoniae</i> <i>Proteus mirabilis</i>	Ciprofloxacino 6 semanas
4	♂61	Cistectomía	<i>Enterobacterias</i> <i>Streptococcus viridans</i> <i>Peptococcus</i> <i>Enterococcus faecalis</i>	Cefepima y clindamicina 3 semanas + Amoxicilina-ácido clavulánico 6 semanas

riores, con dificultad para la deambulaci3n y fiebre alta de 2 d1as de evoluci3n. El recuento leucocitario era de $10,1 \times 10^9/l$ (neutr3filos, 88%) con VSG de 97 mm la primera hora y los hemocultivos fueron positivos para *Haemophilus influenzae*. La TC abdominop3lvica no mostr3 masas ni adenopat1as significativas y la gammagraf1a 3sea evidenci3 hipercaptaci3n en la s1nfisis p3blica. Se realiz3 una ecograf1a ginecol3gica que excluy3 patolog1a a este nivel. Se trat3 con ciprofloxacino durante 6 semanas, con resoluci3n de la cl1nica y sin recidiva al a1o de seguimiento.

Caso 3

Var3n de 72 a1os afectado de adenocarcinoma de pr3s-tata sometido a prostatectom1a radical por v1a laparosc3pica que present3 f1stula v3sico-rectal en el postoperatorio con cierre espont3neo posterior.

A los 3 meses del procedimiento consult3 por dolor inguinal invalidante bilateral y en la cara interna de ambas extremidades inferiores de 2 semanas de evoluci3n. El recuento leucocitario fue de $7,1 \times 10^9/l$ (neutr3filos 53%) y la VSG de 98 mm la primera hora. La TC p3lvica mostr3 irregularidad cortical de la s1nfisis del pubis y la gammagraf1a 3sea, dep3sitos patol3gicos en la s1nfisis pubiana sugestivos de oste1tis. Se realiz3 biopsia 3sea abierta con cultivos positivos para *Klebsiella pneumoniae* y *Proteus mirabilis*. Se indic3 tratamiento con ciprofloxacino durante 6 semanas con buena evoluci3n, y persist1a asintom3tico a los 8 meses de seguimiento.

Caso 4

Var3n de 61 a1os afectado de un tumor vesical que requiri3 de cistectom1a radical con colocaci3n de drenaje percut3neo permanente.

A los 2 a1os, consult3 por dolor en el 3rea pubiana con limitaci3n en la deambulaci3n de 2 meses de evoluci3n. El recuento leucocitario era de $15 \times 10^9/l$ y la VSG de 105 mm la primera hora. En la radiolog1a simple de pelvis se apreciaba una di3stasis p3blica con aumento de la densidad cortical 3sea en la s1nfisis y en la gammagraf1a, hipercaptaci3n a nivel de la s1nfisis p3blica; la resonancia magn3tica (RM) abdominop3lvica mostr3 signos de edema muscular en hemipelvis izquierda sin evidencia de recidiva tumoral. Se realiz3 biopsia 3sea abierta del pubis con crecimiento de flora mixta incluyendo *Enterobacterias*, *Streptococcus viridans* y *Peptococcus*. A pesar del tratamiento con cefepima y clindamicina durante 3 semanas, persisti3 el dolor y se desarroll3 un absceso p3lvico que requiri3 desbridamiento quir3rgico con cultivo positivo para *Enterococcus faecalis*, por lo que se sustituy3 la antibioticoterapia por amoxicilina-3cido clavul3nico, que se mantuvo durante 6 semanas, y que present3 una evoluci3n favorable a los 3 meses de seguimiento.

pia por amoxicilina-3cido clavul3nico, que se mantuvo durante 6 semanas, y que present3 una evoluci3n favorable a los 3 meses de seguimiento.

Discusi3n

La oste1tis infecciosa del pubis es una entidad poco frecuente. En una reciente revisi3n bibliogr3fica de los 3ltimos 30 a1os se hallan recogidos un total de 100 casos⁵.

Los principales factores predisponentes descritos son los antecedentes de cirug1a o manipulaciones genitourinarias recientes²⁻⁶, presentes en dos de nuestros pacientes. Otras circunstancias favorecedoras ser1an la pr3ctica deportiva (por microtraumatismos locales de repetici3n)^{5,7}, los procesos neopl3sicos⁵, el per1odo puerperal (por ensanchamiento fisiol3gico de la s1nfisis durante el embarazo y peque1os traumatismos en el parto)^{5,8} y la adici3n a drogas por v1a parenteral (ADVP) (por presentar una mayor laxitud ligamentosa, que facilitar1a la colonizaci3n)^{5,9}. Las infecciones cut3neas, el caso de nuestro paciente con onfalitis cr3nica, pueden actuar de puerta de entrada microbiol3gica y derivar en una artritis bacteriana por diseminaci3n hemot3gena⁵.

La etiolog1a es variable en funci3n de los grupos de riesgo, y son globalmente *S. aureus* y *Pseudomonas aeruginosa* los microorganismos m3s prevalentes en las series publicadas³⁻⁵. *S. aureus* es el principal germen en los deportistas y en los ADVP puesto que la puerta de entrada es la superficie cut3nea, aisl3ndose en nuestro paciente con onfalitis cr3nica^{5,7,9}. En los procesos malignos y en la cirug1a p3lvica (casos 3 y 4) es habitual el hallazgo de una flora polimicrobiana^{5,6}. *H. influenzae*, microorganismo infrecuente como causante de bacteriemia en nuestro pa1s¹⁰, se aisl3 en un paciente sin factor de riesgo conocido.

La oste1tis infecciosa del pubis afecta de forma mayoritaria a adultos j3venes²⁻⁶ (edad media de 57 a1os en nuestro estudio) lo que se explicari1a por tratarse de una anfiartr3sis, con tendencia a la escler3sis con la edad, dificultando as1 el asentamiento bacteriano. No se han apreciado diferencias entre sexos²⁻⁶ a pesar de que nuestros casos han sido principalmente varones con una relaci3n 3:1.

Todos nuestros pacientes presentaban una sintomatolog1a muy sugestiva, con dolor p3blico inflamatorio irradiado a la cara interna de los muslos, dificultad en la movilizaci3n de la cadera y limitaci3n en la deambulaci3n²⁻⁵. La fiebre, presente en s3lo 2 de nuestros pacientes, aparece hasta en el 75% de los casos seg3n las series descritas²⁻⁵. La presentaci3n puede ser insidiosa, por lo que el diagn3stico

puede verse demorado (hasta 1 mes de media en la bibliografía^{2,3,5}; 11 días en nuestra serie) y es más precoz en los casos con cuadro febril concomitante. Las complicaciones más frecuentes incluyen la formación de abscesos y la extensión a estructuras adyacentes (principalmente articulación sacroilíaca, tuberosidad isquial o musculatura aductora), como ocurrió en uno de nuestros pacientes. La mortalidad ligada al proceso es del 2%²⁻⁵. La leucocitosis aparece sólo en un tercio de los casos, mientras que los cultivos suelen ser positivos en un alto porcentaje de casos según la revisión de Ross et al⁵. Las técnicas de imagen ofrecen poca especificidad de forma aislada, y pueden ser estrictamente normales en fases iniciales. La captación gammagráfica es sugestiva en caso de sospecha; la TC y la RM ofrecen información más precisa, ya que pueden evidenciar abscesos, flemones o edema de la musculatura aductora.

Dada la baja frecuencia del proceso, la sospecha clínica inicial es esencial para el diagnóstico. El apoyo radiológico y la evidencia microbiológica de infección, ya sea por positividad de hemocultivos o por biopsia ósea en casos de duda, conducen al diagnóstico de certeza. El tratamiento antibiótico prolongado, no inferior a 4-6 semanas, junto con desbridamiento precoz de las colecciones purulentas a

fin de evitar la inestabilidad articular posterior, ofrece resultados satisfactorios²⁻⁶.

Bibliografía

1. Beer E. Periostitis of symphysis and descending rami of pubes following suprapubic operations. *Int J Med Surg.* 1924;37:224.
2. Bouza E, Winston DJ, Hewitt WL. Infectious osteitis pubis. *Urology.* 1978; 12:663-93.
3. Del Busto R, Quinn EL, Fisher EJ, Madhavan T. Osteomyelitis of the pubis: report of seven cases. *JAMA.* 1982;248:1498-500.
4. Sexton DJ, Heskestad L, Lambeth WR, McCallum R, Levin LS, Corey GR. Postoperative pubic osteomyelitis misdiagnosed as osteitis pubis: report of four cases and review. *Clin Infect Dis.* 1993;17:695-700.
5. Ross JJ, Hu LT. Septic arthritis of the pubic symphysis: Review of 100 cases. *Medicine.* 2003;82:340-5.
6. Kammerer-Doak DN, Cornella JL, Magrina JF, Stanhope CR, Smilack J. Osteitis pubis after Marshall-Marchetti-Krantz ureteropexy: a pubic osteomyelitis. *Am J Obstet Gynecol.* 1998;179:586-90.
7. Ukwu HN, Grahan BS, Lathan RH. Acute pubic osteomyelitis in athletes. *Clin Infect Dis.* 1992;15:636-8.
8. Eskridge C, Longo S, Kwark J, Robichaux A, Begneaud W. Osteomyelitis pubis occurring after spontaneous vaginal delivery: a case presentation. *J Perinatol.* 1997;17:321-4.
9. Brancos MA, Peris P, Miro JM, Monegal A, Gatell JM, Mallolas J, et al. Septic arthritis in heroin addicts. *Semin Arth Rheum.* 1991;21:81-7.
10. Deulofeu F, Nava JM, Bella F, Marti C, Morera MA, Font B, et al. Prospective epidemiological study of invasive *Haemophilus influenzae* disease in adults. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 1994;13:633-8.