

HOSPITAL UNIVERSITARIO  
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

OSTEOMIELITIS CRÓNICA HEMATÓGENA DEL ILÍACO EN UN ADULTO

Por:

Dr. Miguel Mederos Piñeiro<sup>1</sup>, Dr. Alain Bermúdez López<sup>2</sup> y Dr. Alejandro Ávalos Faget<sup>1</sup>

1. Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Instructor. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Instructor. ISCM-VC. e-mail: [alainbl1@yahoo.es](mailto:alainbl1@yahoo.es)

*Descriptor DeCS:*

OSTEOMIELITIS/epidemiología  
ILION  
ADULTO

*Subject headings:*

OSTEOMYELITIS/epidemiology  
ILIUM  
ADULT

La inflamación séptica del hueso, conocida como osteomielitis, llevó a la muerte al 20% de los pacientes que la padecieron antes de la era de los antibióticos y las modernas técnicas de cirugía. Hoy continúa siendo un gran desafío, no por la mortalidad, sino por la gran morbilidad y su difícil curación. Las dificultades iniciales para establecer un diagnóstico temprano en las formas agudas, ensombrecía el pronóstico de los niños afectados; sin embargo, en casos de osteomielitis crónicas de causa exógena, el diagnóstico resultó siempre más sencillo. El desarrollo alcanzado hasta nuestros días ha permitido conocer formas de presentación de más escasa ocurrencia –tanto por su localización como por su evolución– y los hallazgos microbiológicos y anatomopatológicos. Informamos un paciente de 51 años con osteomielitis crónica hematógena del coxal, de inusual presentación, evolución y tratamientos. El objetivo fundamental es contribuir al conocimiento de una forma poco común de la enfermedad.

Presentación del paciente

Se trata de un paciente masculino, de 51 años, raza blanca, trabajador agrícola, quien comenzó, dos años antes de la fecha del diagnóstico, con un dolor difuso sobre la cara anterosuperior del muslo izquierdo, donde se palpaban adenopatías. El paciente ingresó en la sala de Cirugía General, y fue valorado por varias especialidades; se le realizaron estudios ultrasonográficos, angiográficos, hemoquímicos y medulograma. No se halló alteración alguna en los análisis, pero presentó varios ingresos debido a la exacerbación del dolor y al aumento de volumen de la zona descrita; el paciente nunca tuvo fiebre ni otros síntomas.

Todavía sin diagnóstico, fue remitido al servicio de Ortopedia de nuestro centro. En el examen físico inicial, se comprobó: dolor selectivo, ligero aumento de volumen en el ala del ilíaco izquierdo, maniobras de exploración del dolor en la articulación de la cadera: negativas, aumento de volumen doloroso en la cara anterosuperior del muslo izquierdo; el resto del examen fue normal.

En la radiografía simple de pelvis ósea, se observó una imagen redondeada, de aproximadamente 5 cm de diámetro en el ala del ilíaco izquierdo, con osteólisis, lo cual fue corroborado en

radiografías sucesivas. Para esa fecha, el cuadro clínico se había agravado notablemente sobre la zona del hallazgo radiológico, por lo cual se decidió realizar intervención quirúrgica y tomar muestra para biopsia (Fig 1).



Fig 1 Se observa imagen osteolítica a nivel del ala del hueso ilíaco.

Hallazgos quirúrgicos: En el área correspondiente al hallazgo radiológico, se observó osteólisis con bordes corticalizados y tejido de granulación en su interior. Se obtuvo muestra para biopsia y cultivo microbiológico.

El informe anatomopatológico se concluyó como osteomielitis; el cultivo fue negativo. La evolución posterior fue hacia la mejoría casi total de los síntomas y signos locales. Este hecho fue precedido del uso de antibióticos de amplio espectro por vía sistémica, debido a la sospecha de que *S. aureus* fuera el germen causal.

Seis meses después, el paciente reingresa por nueva activación de la infección que evolucionó hacia un absceso.

En esta ocasión se aisló *S. aureus*, se realizó el tratamiento local sumado a la prescripción de antibióticos, previo antibiograma. La radiografía evolutiva mostraba nuevas zonas de osteólisis hacia la cresta del ilíaco, varios centímetros distantes del lecho inicial.

En tales circunstancias, se decidió realizar la exéresis amplia del ala del ilíaco que incluyera hueso sano, bien separado de las áreas de lesión, necrectomía y extirpación de las partes blandas colindantes fibróticas. El procedimiento fue realizado en momentos de mejoría evidente del estado local; antes de la intervención y después de la misma, se suministraron antibióticos locales y sistémicos (Fig 2). La técnica escogida fue la de Badgley<sup>1</sup>. Ha transcurrido un año de aparente curación, y el paciente se encuentra incorporado a su vida laboral. El diagnóstico final realizado fue: osteomielitis crónica hematógena del ala del ilíaco en el adulto.



Fig 2 Imagen donde se observan los resultados del tratamiento quirúrgico.

## Comentario

El paciente ha presentado una forma poco común de osteomielitis, que llevó a retardar su diagnóstico y a tomar decisiones muy puntuales para lograr la posible curación, lo cual, de no lograrse, hubiese ocasionado una evolución muy peligrosa por su localización en un hueso plano de gran volumen y de importancia extrema para la deambulacion y proteccion visceral.

La osteomielitis crónica en el adulto tiene como mecanismo de infeccion, generalmente, la vía exógena, y los más frecuentes son: el trauma, la intervencion quirúrgica y la infeccion contigua<sup>1</sup>. La vía hematogena fue planteada debido a la ausencia de otros mecanismos; esto es común en niños y jóvenes<sup>1,2</sup>, pero muy raro en un adulto sano de 51 años, sin aparentes causas locales o generales que puedan plantearse como favorecedoras.

Es frecuente que se hagan informes sobre pacientes con osteomielitis en huesos, como clavícula, costillas, sacro, entre otros, lo cual se aparta del sitio común en huesos largos de las extremidades inferiores; pero se plantean causas diversas que están en relación con la génesis; entre ellas se citan: la enfermedad de Crohn<sup>3</sup>, descomposicion discal por láser<sup>4</sup>, cateterizacion de venas<sup>5</sup>; embolismo séptico por cirugía intestinal<sup>6</sup>, lupus eritematoso<sup>7</sup> y enfermedades de la piel<sup>8</sup>.

En cuanto al cuadro clínico, parece que en casos de localizaciones en huesos esponjosos, planos, es lógico esperar que los síntomas y signos, así como los complementarios, sean menos floridos que en huesos diafisarios largos; así lo demuestran importantes estudios, como el de la Universidad de Tel Aviv, Israel, donde se notificaron 106 casos de osteomielitis costal, en los cuales fue necesario un período entre 4-8 meses para lograr el diagnóstico, que coincidió con el nuestro respecto a la clínica y la evolución<sup>2</sup>.

Llama la atención que en casos de localizaciones en huesos, como columna y costillas, e incluso clavículas, se describen formas de tratamiento exclusivo con antibióticos sistémicos, dirigidos según la sospecha clínica del germen o el antibiograma<sup>2,5,7,9</sup> y mediante el cual se ha informado la curación de la infeccion. En el paciente que presentamos, el tratamiento empleado (combinación de antibióticos por vía sistémica, con secuestrectomía, legrado y extirpación de partes blandas fibróticas infectadas) está en concordancia con la norma seguida en los últimos 50 años<sup>1</sup>; además, se logró añadir la exéresis ósea, debido a que por localizarse en el ala del ilíaco ocasiona una secuela y deformidad mínima al paciente. Este procedimiento, debidamente indicado, puede constituir una forma de curación y evitar serias complicaciones.

## Referencias bibliográficas

1. Warner WC. Principios generales de las infecciones. En: Crenshaw AH. Campbell cirugía ortopédica vol.1. 8<sup>va</sup> ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1988. p. 111-63.
2. Bishara J, Gartman-Israel D, Weinberger M, Maimon S, Tamir G, Pittik S. Osteomyelitis of the ribs in the antibiotic era. Scand J Infect Dis. 2000;32(3):223-7.
3. Armstrong N, Schurr M, Helgerson R, Harris B. Fungal sacral osteomyelitis as the initial presentation of Crohn's disease of the small bowel: report of a case. Dis Colon Rectum. 1998 Dic;41(12):1581-4.
4. Farrar MJ, Walker A, Cowling P. Possible salmonella osteomyelitis of spine following laser disc decompression. Eur Spine J. 1988;7(6):509-11.
5. Judich A, Haik J, Rosin D, Kuriansky J, Zwas ST, Ayalon A. Osteomyelitis of the clavicle after subclavian vein catheterization. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 1998 Jul;22(4):245-6.
6. Moreau PM. Osteomyelitis of the fibula due to septic embolism: a rare complication of a graft enteric erosion. Case report. J Cardiovasc Surg (Torino). 1998 Apr;39(2):171-3.
7. Picillo U, Italian G, Mazcialis MR, Ginolfi F, Abate G, Tufano MA. Bilateral femoral osteomyelitis with knee arthritis due to salmonella enteritidis in a patient with systemic lupus erythematosus. Clin Rheumatol. 2001;20(1):53-6.
8. Eyrych GK, Langengger T, Bruder E, Sailer HF, Michel BA. Diffuse chronic sclerosing osteomyelitis and the synovitis, acne, pustolosis, hiperostosis, osteitis (SAPHO) syndrome in two sisters. Int J Oral Maxillofac Surg. 2000 Feb;29(1):49-53.
9. Sandoe JA, Witherden IR, Sette C. Vertebral osteomyelitis caused by enterococcus raffinosus. J Clin Microbiol. 2001 Apr;39(4):1678-9.