

Dolores óseos recurrentes y migratorios

M. Álvarez Casaño, J. M. Ledesma Albarrán, E.
Núñez Cuadros

Septiembre 2017

Descripción del caso

- Niña de 6 años que acude a su pediatra de Atención Primaria por presentar dolor en el hombro derecho de 2 semanas de evolución: tendinitis, se trata con antiinflamatorios no esteroideos (AINE).
- Dos meses más tarde: tumefacción dolorosa a nivel de la clavícula derecha y pico febril de 38 °C, así como dolor en miembro inferior derecho con cojera intermitente en las últimas 72 horas.



Caso clínico

Exploración:

- Se observa una tumoración dura en tercio proximal de la clavícula derecha de unos 3-4 cm, a nivel de la articulación acromioclavicular, dolorosa a la palpación, no eritematosa, sin otros signos inflamatorios.

Antecedentes:

- Entre sus antecedentes personales y familiares no hay datos destacables, salvo "infecciones óseas" en el abuelo, que requirieron intervenciones quirúrgicas.



Pregunta 1

¿Cuál sería la actitud más correcta?:

1. Prescribir de nuevo tratamiento con AINE una semana más, ya que la primera vez había respondido
2. Derivar a consulta de Traumatología Infantil
3. Derivar a Urgencias para realización de analítica y radiografía de hombro derecho ✓
4. Solicitar ecografía de partes blandas y pautar tratamiento antiinflamatorio
5. Solicitar resonancia magnética y pautar tratamiento antiinflamatorio

Pruebas realizadas en Urgencias

- Radiografía anteroposterior (AP) de la clavícula derecha: se observa un área de hipodensidad en extremo proximal de la misma.
- Radiografía AP de caderas: destaca un área radioluciente en el cuello femoral derecho, de morfología redondeada y densidad heterogénea.
- Analítica de sangre con hemograma y reactantes de fase aguda normales.
- Ecografía de partes blandas: se observa engrosamiento de la sinovial y aumento de la vascularización, compatible con condritis.



Pregunta 2

¿Qué harías a continuación?:

1. Solicitar valoración urgente por Traumatología Infantil
2. Ingreso y actitud expectante
3. Ingreso e inicio de antibioterapia empírica ✓
4. Alta con cita en consulta de Infectología Pediátrica y Traumatología
5. Alta y seguimiento por su pediatra, dada la normalidad de los resultados analíticos

Caso clínico

- Efectivamente, ante la sospecha de osteomielitis de clavícula se ingresa y se inicia cefotaxima y cloxacilina intravenosas.
- Durante el ingreso, se completa el estudio con las siguientes pruebas:
 - Analítica de sangre: VSG, LDH, ANA, factor reumatoide, perfil tiroideo y hepático, serología a *Coxiella*, *Parvovirus*, *Bartonella*, *Rochalimaea* y *Brucella*, coagulación, hemocultivo y prueba de la tuberculina. Los resultados analíticos fueron normales, salvo una PCR al ingreso de 10 mg/l y una VSG de 35 mm.
 - TC de clavícula: donde se observó una disminución de la densidad ósea a dicho nivel, con lesión lítica y masa de partes blandas mal definida. Como despistaje de lesiones a otro nivel, se realizó una gammagrafía ósea, en la que se observó captación del radiotrazador, además de en la clavícula, a nivel de la cabeza femoral derecha. Dicho resultado era compatible con un proceso inflamatorio.
 - Se realiza una biopsia de la lesión de clavícula. El estudio anatomopatológico confirmó la presencia de tejido óseo y partes blandas con inflamación crónica reagudizada.

Evolución en planta

- En nuestro caso, la paciente presentó muy buena evolución, con mejoría progresiva del dolor en ambas localizaciones, con desaparición de la cojera, y evolución favorable de la lesión clavicular.
- Diagnóstico al alta: osteomielitis crónica multifocal recurrente.



Evolución tras el alta

Dos meses más tarde:

- Dolor en la región tibial derecha.
- Buena respuesta a los AINE.

Tres meses después:

- Nuevo brote en codo izquierdo.
- RM de codo izquierdo: se observa edema medular óseo, así como discreto aumento del líquido sinovial articular.
- Respuesta a tratamiento con prednisona y AINE.

A los seis meses:

- Nuevo brote a nivel de la muñeca derecha
- Molestias abdominales tipo cólico.



Osteomielitis multifocal crónica recurrente

- La osteomielitis multifocal crónica recurrente (OMCR) es una enfermedad autoinflamatoria y de posible origen genético, con presentación en la niñez.
- Se trata de una enfermedad de exclusión, dado que los métodos diagnósticos existentes no son determinantes, y aunque existen criterios para el diagnóstico, estos exigen un tiempo prolongado para establecerlo.
- El tratamiento no se encuentra estandarizado, siendo el más frecuente el tratamiento con AINE.

Clínica y pruebas diagnósticas

Clínica de la OMCR:

- Dolor con empeoramiento nocturno.
- Tumefacción.
- Limitación e impotencia funcional.
- Evolución recurrente e insidiosa.
- Periodo intercrisis asintomático.
- Asociación o no a síntomas generales.

Clínica y pruebas diagnósticas

Criterios diagnósticos de Handrick *et al.*:

<p>Hallazgos de síntomas clínicos</p>	<p>Buen estado general Afebril o fiebre leve Hallazgos de inflamación local Algunas veces multifocal Algunas veces con afectación de la piel</p>
<p>Hallazgos de laboratorio</p>	<p>Incremento de la velocidad de sedimentación globular Hemograma normal Proteína C reactiva negativa la mayoría de las veces Factor reumatoide, anticuerpos antinucleares, HLA B27 la mayoría de las veces indetectable Sin evidencia de agentes infecciosos Histología: inflamación no específica (inicialmente neutrofílica, posteriormente linfomonocítica)</p>
<p>Imagen</p>	<p>Radiografía: inicialmente osteolisis, posteriormente esclerosis (principalmente en la metáfisis de los huesos largos) Gammagrafía: claro incremento focal de la actividad en las articulaciones implicadas Resonancia magnética: cambios dependiendo del grado de actividad inflamatoria</p>

Clínica y pruebas diagnósticas

Criterios diagnósticos de Jansson *et al.*:

Criterios mayores	Criterios menores
Biopsia	> 6 meses de evolución
Lesiones multifocales	Asociación a otras enfermedades autoinmunes
Pustulosis palmoplantar	Hiperostosis
Lesiones líticas o escleróticas en radiografías	Hemograma sin alteraciones y buen estado general
	Familiares de primer-segundo grado con enfermedades autoinmunes u OMCR

El diagnóstico se establece con dos criterios mayores o uno mayor y tres menores.

Conclusiones

- Es importante conocer dicha enfermedad para poder sospecharla ante un dolor óseo recurrente, motivo de consulta frecuente en Pediatría.
- El diagnóstico se realizará mediante RM ósea, y en algunas ocasiones es necesario realizar estudio anatomopatológico.
- Debemos conocer las asociaciones que existen con otros síndromes como la enfermedad inflamatoria intestinal o trastornos inflamatorios de la piel, para poder sospecharlas en pacientes diagnosticados de OMCR.