

CASO CLÍNICO

---

## ¿Sólo un absceso?

---

**María Mestre Lucas<sup>1</sup>, Jorge Short Apellaniz<sup>1</sup>, Oskar Ayerdi Aguirrebengoa<sup>1</sup>, Ana Roca García<sup>1</sup>, Iria Bello Rodríguez<sup>1</sup>.**

1. MIR Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid Área Noroeste

Paula María Mestre Lucas

E-mail: maria.mestre.lucas@gmail.com

Citar como: Mestre Lucas M.; Short Apellaniz J.; Ayerdi Aguirrebengoa O.; Roca García A.; Bello Rodríguez I. ¿Sólo un absceso?. fml. 2016; 20(31):3p

Recibido el 22/06/2016

Aceptado el 22/11/2016

Publicado el 30/11/2016

---

## INTRODUCCIÓN

La osteomielitis es una infección piógena localizada en el hueso, su incidencia no es alta debido a que el hueso normal es altamente resistente a la infección, ocurre en pacientes con factores de riesgo como diabetes, úlceras de decúbito, cirugía, traumatismo o consumo de drogas por vía intravenosa<sup>1</sup>.

Se debe sospechar ante la presencia de úlceras grandes (lecho mayor a 2cm) profundas (más de 3mm) de larga evolución (mayor a cuatro semanas) o asociadas a eritrosedimentación mayor de 70mm/hora<sup>3</sup>.

Para el diagnóstico es útil el test de contacto óseo (en inglés, "Probe to bone test o PTB"). Se realiza introduciendo un estilete en la úlcera, considerándose positiva a la prueba si se ve o si se toca hueso<sup>3</sup>, en cuyo caso no se necesitarían más pruebas diagnósticas<sup>2</sup>. El PTB tiene más especificidad que otros tests<sup>4</sup>.

Otras pruebas diagnósticas son la radiografía simple, la biopsia de hueso o la resonancia magnética. Aunque la biopsia puede no ser necesaria en pacientes con estudios radiológicos sugestivos de osteomielitis con un hemocultivo o exudado compatible<sup>2</sup>.

El tratamiento consiste en una combinación entre el desbridamiento del tejido necrótico y la antibioterapia sistémica<sup>5</sup>. Hasta que se obtenga el resultado del cultivo se puede utilizar tratamiento empírico con antibiótico de amplio espectro<sup>1</sup>.

Una vez tenemos el resultado del cultivo la duración del tratamiento durante 6 semanas sería suficiente (en pacientes donde la cirugía no es una opción)<sup>6</sup> Las bacterias más comunes son: *Stafilococcus aureus*, *Stafilococos coagulasa* negativos y *Bacilos aerobios gram negativos*<sup>2</sup>.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

**Motivo de consulta.** Dolor e inflamación pie izquierdo.

**Antecedentes personales.** Fumadora. Diabetes Mellitus tipo 2 sin tratamiento. Ingreso en noviembre 2015 por infección de pie diabético izquierdo. Episodio psicótico puntual (pseudociosis). Minusvalía del 75%. Indigente.

**Enfermedad actual.** Mujer de 39 años que acude a consulta por dolor en pie izquierdo. Refiere empeoramiento progresivo en los últimos días. Niega fiebre u otra sintomatología.

**Exploración física.** Consciente y orientada. Bien hidratada y perfundida. Afebril.

MMII: pulsos simétricos y conservados. Pie izquierdo: absceso con orificio de salida entre 2º y 3º metatarso del pie, con supuración de material purulento. Fuerza y sensibilidad presentes.

**Pruebas complementarias.** Analíticamente destaca leve leucocitosis con neutrofilia, PCR 20,50. Anemia microcítica. Hiperglucemia leve y alteración en coagulación espontánea.



En la Rx de pie se observa desestructuración casi completa de la base de la falange proximal del tercer dedo, cabeza del segundo y tercer metatarsiano. La base de la falange proximal del tercer dedo presenta además un patrón lítico permeativo que también se intuye en las otras localizaciones mencionadas.

Llama la atención la reacción perióstica en ambos metatarsianos; en el segundo metatarsiano se advierte el triángulo de Codman y en el tercer



metatarsiano una reacción perióstica en sol naciente. Tales reacciones no sólo se asocian con procesos agresivos/malignos sino sobre todo con procesos de instauración aguda.

Los diagnósticos a barajar serían: una lesión de partes blandas, como por ejemplo un sarcoma que condicione tal afectación ósea o una osteomielitis aguda con un extenso componente de partes blandas asociado.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial incluye algunas patologías leves y otras no tanto. Podría tratarse de una infección del tejido blando (celulitis o erisipela) pero las pruebas complementarias lo descartan. La radiografía también descarta fractura, bursitis u osteonecrosis.

Se descarta la posibilidad de un tumor óseo por la exploración física, ya que se observa supuración de la herida. Además las características radiológicas con varios huesos afectados a la vez no es típico. En caso de duda se requeriría la biopsia de hueso.

La localización de la inflamación no es frecuente para el episodio gotoso agudo además las exploraciones halladas no se corresponden con esta patología.

Y por último, hay que hacer un diagnóstico diferencial con la neuroartropatía de Charcot. Se trata también de una enfermedad progresiva y típica de diabéticos. Como en nuestro caso, se caracteriza de inflamación, tumefacción, calor y rubor pero se diferencia en que ésta presenta luxación articular y deformación del pie. Además en nuestro caso no se observa ausencia de la sensibilidad vibratoria o de reflejos rotulianos y aquileos<sup>7</sup> y sí signos de infección localizada<sup>7</sup>. Por otra parte en la radiografía de una artropatía de Charcot se observaría aumento de partes blandas plantar y suele afectar más al medio pie. De todas formas, no es fácil diferenciar una artropatía neuropática en fase aguda de una osteomielitis cuando coexisten úlceras en el mismo pie<sup>8</sup>.

## DISCUSIÓN

Dado antecedentes de enfermedad crónica de diabetes, exploración física y radiológica y una vez descartadas otras patologías, se sospechó de osteomielitis, por lo que se inició tratamiento

empírico con antibiótico de amplio espectro (Vancomicina 1g en dosis única más Piparazilina Tazobactam) y se ingresó a la paciente a cargo de Cirugía Vascular, donde se realiza amputación de 2º y 3º dedo y desbridamiento de pie izquierdo. El exudado es positivo para *Streptococcus pyogenes*.

El manejo de los pacientes diabéticos y sus úlceras, así como lesiones de partes blandas debe ser multidisciplinar para conseguir corregir los factores de riesgo de complicaciones. El diagnóstico precoz y el manejo efectivo permite prevenir amputaciones y posibles morbilidades.

En este caso, la radiografía simple es bastante ilustrativa para hacer diagnóstico diferencial de lesiones óseas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mario Andrés Leotau Rodríguez. Osteomielitis: una revisión de la literatura. *SciELO*. 2015. 1(12): 135-145. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v12n1/v12n1a15.pdf>
2. Tahaniyat Lanani. (2015). Overview of osteomyelitis in adults. In Daniel J Sexton (Ed.). *UpToDate*. Disponible en:  
[http://bvscsmupt.madrid.org:7777/contents/overview-of-osteomyelitis-in-adults?source=search\\_result&search=osteomyelitis&selectedTitle=1%7E150](http://bvscsmupt.madrid.org:7777/contents/overview-of-osteomyelitis-in-adults?source=search_result&search=osteomyelitis&selectedTitle=1%7E150).
3. Primerano A. Problemas en los pies de los pacientes con diabetes (segunda entrega): evaluación y manejo de las infecciones. *Evid. actual. práct. ambul*; 2008;11(4):115-119.
4. Khodae M1. *Clinical Inquiry: What's the best test for underlying osteomyelitis in patients with diabetic foot ulcers?* *J Fam Pract*. 2015 May;64(5):309-10, 321.
5. Cancienne JM et al. Applications of local antibiotics in orthopedic trauma. *Orthop Clin North Am*. 2015;46(4):495-510.
6. Tone A. At et. Six-week versus twelve-week antibiotic therapy for nonsurgically treated diabetic foot osteomyelitis: a multicenter open-label controlled randomized study (Abstract).. *Diabetes Care*. 2015 Feb;38(2):302-7
7. T. Concepción-Medina, O. Rodríguez-Hernández, L. Illada-Navarro. Artropatía de Charcot. Importancia del diagnóstico en fase aguda. *Rehabilitación (Madrid)*. 2011;45(1):75-77.
8. Trepman E, Nihal A, Pinzur MS. Current topics review: Charcot neuroarthropathy of the foot and ankle. *Foot Ankle Int*. 2005;26:46-63.