Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2013;57(2):145–149

Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología

www.elsevier.es/rot

NOTA CLÍNICA

Osteomielitis esclerosante crónica de Garrè en un niño con afectación sacra

S. Franco-Jiménez[a,*], J.F. Romero-Aguilar[b], S. Bervel-Clemente[b], M. Martínez-Váquez[a], N. Álvarez-Benito[a], P. Grande-Gutiérrez[a] y R.G. Maldonado-Yanza[a]

[a] *Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Infanta Elena, Huelva, España*
[b] *Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital Infanta Elena, Huelva, España*

Recibido el 13 de agosto de 2012; aceptado el 25 de noviembre de 2012
Disponible en Internet el 22 de febrero de 2013

PALABRAS CLAVE
Osteomielitis;
Multifocal;
Esclerosante;
Garrè;
Crónico;
Niños;
Sacro

Resumen Presentamos el caso de un paciente de 6 años, que comenzó con dolor abdominal y ciatalgia izquierda sin mejoría después de aplicar un tratamiento sintomático. El estudio analítico completo y de imagen realizado mostró una lesión en S1 izquierda correspondiente a osteomielitis esclerosante crónica de Garrè, confirmando el diagnóstico mediante biopsia de la lesión. Se instauró tratamiento con corticoides y antiinflamatorio, que consiguen una remisión parcial de los síntomas, y en las pruebas de imagen realizadas 2 años después del inicio de los síntomas persiste la lesión, aunque con una disminución significativa de su tamaño.
© 2012 SECOT. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS
Osteomyelitis;
Multifocal;
Sclerosing;
Garrè;
Chronic;
Children;
Sacrum

Garre's chronic sclerosing osteomyelitis with sacral involvement in a child

Abstract We report the case of a 6 year old patient who started with abdominal pain and left sciatica, which did not improve after applying symptomatic treatment. A complete analytical and imaging study was performed, which showed a lesion in left S1 corresponding to Garrè's chronic diffuse sclerosing osteomyelitis. The diagnosis was confirmed by biopsy of the lesion. Treatment was established with corticosteroids and anti-inflammatory drugs, obtaining a clinical improvement, although in the follow-up imaging tests 2 years after the onset of the symptoms, the lesion persists but with a significant reduction in its size.
© 2012 SECOT. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Caso clínico

Paciente de 6 años de edad, que presenta febrícula ocasional sin ritmo circadiano, y dolor abdominal severo y difuso después de una caída accidental, con sintomatología persistente a pesar del tratamiento con paracetamol y dieta blanda durante unos 10 días. Pasado este periodo de 10 días se decide completar el estudio con ecografía

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: chamanmedicina@hotmail.com
(S. Franco-Jiménez).

1888-4415/$ - see front matter © 2012 SECOT. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
http://dx.doi.org/10.1016/j.recot.2012.11.003

abdominal y analíticas sanguíneas que fueron normales. A los15 días aproximadamente del inicio de los síntomas, comienza con clínica de lumbociatalgia izquierda grave, desapareciendo los síntomas abdominales y la febrícula. Se instaura tratamiento con antiinflamatorio no esteroideo (AINE) (ibuprofeno 70 mg/8 h vía oral) y analgésico (metamizol 380 mg/8 h vía rectal) mientras se continúa con el estudio de imagen. Se realizan 2 proyecciones de radiología simple de la región lumbosacra que resultaron normales, por lo que se completó con una resonancia magnética (RM) de la región lumbosacra donde se aprecia una lesión ósea acompañada de edema óseo en la mitad izquierda del cuerpo vertebral S1 y la ala sacra ipsilateral, que podría corresponder a las secuelas de traumatismos, fractura por estrés, proceso infeccioso, sin poder descartar otras enfermedades.

Al persistir la sintomatología de lumbociatalgia pese al tratamiento con AINE y analgésicos se decide iniciar tratamiento con corticoides (metilprednisolona 1 mg/kg/día con retirada progresiva), que consiguen controlar temporalmente el cuadro. Las pruebas analíticas incluyendo hemograma, bioquímica, coagulación, perfil hepático, la proteína C-reactiva, velocidad de sedimentación globular, complemento C3 y C4 del complemento, ACTH basal, la fosfatasa alcalina ósea, marcadores serológicos del virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, parvovirus, los anticuerpos antiestreptolisina O, anticuerpos antinucleares, anticuerpos anti-Ro y anti-neutrófilos anticuerpos citoplasmáticos, antígeno leucocitario humano B27, aminoácidos en la orina, Mantoux y rosa de Bengala fueron normales o negativos.

Después de 3 meses de tratamiento corticoideo se repite la RM, en la que se mantiene una pequeña área focal de edema óseo residual, que se redujo significativamente en tamaño con respecto al estudio anterior. Esta lesión sigue apareciendo en los controles de RM realizados un año más tarde, por lo que se realiza una tomografía computarizada (TC) lumbosacra que muestra una lesión esclerótica con reacción perióstica en la ala izquierda del sacro que sugiere osteomielitis esclerosante crónica de Garré (OECG) (fig. 1).

Para confirmar el diagnóstico de sospecha se realiza gammagrafía ósea y biopsia de la lesión. La gammagrafía ósea con tecnecio-99 difosfonato en 3 fases, muestra captura de etapa tardía en la región sacroilíaca izquierda sugiriendo proceso inflamatorio crónico. La biopsia demostró tejido fibroadiposo y fragmentos de médula ósea con áreas fibrosas, pero libres de la actividad específica del hueso y sin crecimiento neoplásico. Estas características histológicas en conjunción con las características radiológicas condujeron al diagnóstico de OECG.

Desde la aparición de los primeros síntomas hasta el diagnóstico de certeza, pasaron alrededor de 2 años, durante los cuales el paciente presentaba clínica de ciatalgia izquierda recurrente con una recurrencia variable entre 2 y 6 meses, durando los síntomas en cada episodio entre 3-5 semanas.

En los controles de RM realizados con periodicidad sigue presentando la lesión ya descrita, sin cambios importantes en cuanto a sus dimensiones (fig. 2).

Discusión

La OECG es un tipo de osteomielitis multifocal crónica recurrente (OMCR).

Figura 1 Imágenes de RM lumbosacra en T1, Stir y T2.

Se sospecha que la OMCR pueda ser un trastorno autoinmune. Se ha publicado que se asocia con varias enfermedades autoinmunes crónicas, incluyendo enfermedades inflamatorias del intestino, la granulomatosis de Wegener, la psoriasis y la vasculitis de Takayasu. Es posible que la OMCR represente una forma juvenil de espondiloartropatía seronegativa[1–6] o como una variante pediátrica del síndrome SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis)[7,8]. El antígeno leucocitario humano B27 no parece desempeñar un papel en la OMCR[6–11].

Esta enfermedad suele aparecer en menores de 25 años, cuando la actividad de los osteoblastos del periostio está en su apogeo[12]. La localización más frecuente es la mandíbula, pero puede ocurrir en cualquier hueso[12–15]. La mayoría de los pacientes con OMCR tienen una velocidad de sedimentación globular o proteína C reactiva elevada durante las exacerbaciones, con un recuento normal de glóbulos blancos[5,6]; pero también hay casos en el que los

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/4086454

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/4086454

Daneshyari.com