

Osteomielitis crónica multifocal recurrente

S. Guillén Martín, S. Belda Hofheinz, P. Rojo Conejo, B. Losada Pinedo, J.T. Ramos Amador, J. Clemente Pollan y J. Ruiz Contreras

Unidad de Niños Pequeños e Inmunodeficiencias. Departamento de Pediatría.
Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

La osteomielitis crónica multifocal recurrente es una enfermedad rara, de etiología no conocida, que afecta principalmente a niños. Se presenta una revisión retrospectiva de las historias clínicas de 5 pacientes con diagnóstico de osteomielitis crónica multifocal recurrente de una consulta de infecciosas de un hospital terciario. Se describen los datos epidemiológicos, síntomas, hallazgos radiológicos, analíticos, microbiológicos y anatomopatológicos, tratamiento y evolución.

No hay un tratamiento específico para la osteomielitis crónica multifocal recurrente, existen nuevas alternativas de tratamiento como la combinación de azitromicina y calcitonina para niños sin una mejoría clínica con el uso de antiinflamatorios no esteroideos.

Palabras clave:

Osteomielitis crónica multifocal recurrente. Azitromicina. Calcitonina. Niños.

CHRONIC RECURRENT MULTIFOCAL OSTEOMYELITIS: REPORT OF FIVE CASES

Chronic recurrent multifocal osteomyelitis is a rare disease of unknown etiology that mainly affects children. We present a retrospective review of the medical records of five patients with a diagnosis of chronic recurrent multifocal osteomyelitis in an infectious diseases clinic at a tertiary center. We describe the epidemiological, clinical and radiological features, laboratory, microbiological and histological findings, treatment, course and prognosis in these patients.

There is no specific treatment for chronic recurrent multifocal osteomyelitis. There are new treatment options such the combination of azithromycin and calcitonin in children without clinical improvement with non-steroidal anti-inflammatory drugs.

Key words:

Chronic recurrent multifocal osteomyelitis. Azithromycin. Calcitonin. Children.

INTRODUCCIÓN

La osteomielitis crónica multifocal recurrente (OCMR) es una enfermedad que se presenta en niños y adultos jóvenes, poco frecuente, de etiología desconocida, caracterizada por afectación ósea multifocal, de evolución clínica subaguda o crónica con remisiones. El diagnóstico se realiza por los hallazgos clínicos, radiológicos y excluyendo una causa microbiológica y causa tumoral por el estudio microbiológico e histológico de la biopsia. El tratamiento se realiza principalmente con antiinflamatorios no esteroideos (AINE), aunque se dispone de otras alternativas. Las secuelas son raras.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se revisaron, retrospectivamente, las historias clínicas de los pacientes que fueron diagnosticados de OCMR en nuestro hospital entre 1989 y 2002. Los criterios diagnósticos de OCMR fueron los propuestos por Handrick et al¹ (tabla 1). En cada paciente se recogieron las características demográficas (edad y sexo), las manifestaciones clínicas y radiológicas y la evolución de la enfermedad.

RESULTADOS

Se identificaron 5 niños con OCMR. La distribución por edades, sexo y año de presentación se representa en la tabla 2. El motivo de consulta en todos los pacientes fue dolor e impotencia funcional, que en algunas ocasiones se acompañaron de fiebre moderada (tabla 3). Dos pacientes tuvieron más de una lesión, pero en el resto la lesión ósea fue única. Las localizaciones más frecuentes fueron: metáfisis de huesos largos, clavícula, costilla y columna. En un paciente (caso 3) estuvo afectado el cartílago.

Los datos analíticos se muestran en tabla 4. Los primeros 3 casos tenían anemia para los límites normales para su edad. En los casos en que se realizó velocidad de se-

Correspondencia: Dra. S. Guillén Martín.
Pl. Mariano de Cavia, 1. 28007 Madrid. España.
Correo electrónico: saraguillen@wanadoo.es

Recibido en febrero de 2004.
Aceptado para su publicación en enero de 2005.

TABLA 1. Criterios diagnósticos de Handrick et al¹

<i>Hallazgos de síntomas clínicos</i>	
Buen estado general	
Afebril o fiebre leve	
Hallazgos de inflamación local (rubor, tumoración, dolor)	
Algunas veces multifocal	
Algunas veces con afectación de la piel	
<i>Hallazgos de laboratorio</i>	
Incremento de la velocidad de sedimentación	
Hemograma normal	
PCR la mayoría de las veces negativa	
Factor reumatoide, anticuerpos antinucleares, HLA-B27 la mayoría de las veces indetectables	
No evidencia de agentes infecciosos	
Histología: inflamación no específica (inicialmente neutrofílica, posteriormente linfomonocítica)	
<i>Imagen</i>	
Radiografía: inicialmente osteólisis, posteriormente esclerosis (principalmente en metáfisis de huesos largos)	
Gammagrafía: claro incremento focal de la actividad en las articulaciones implicadas	
RM: cambios dependiendo del grado de actividad inflamatoria	
<i>Tratamiento, evolución y pronóstico</i>	
Los antibióticos no tienen efecto	
Mejoría clínica con AINE	
Evolución recurrente y crónica	
Buen pronóstico	

PCR: proteína C reactiva; RM: resonancia magnética; AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

TABLA 2. Datos epidemiológicos

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Año de presentación	1989	1992	1994	2002	2002
Edad	11 años 9 a 4 meses	22 meses	9 a 7 meses	2 años	2 años
Sexo	Mujer	Mujer	Varón	Mujer	Varón

TABLA 3. Datos clínicos

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Sintomatología de presentación	Dolor en ambos pies y cintura pelviana Dificultad para la marcha	Tumoración de la clavícula derecha	Cojera de la extremidad inferior izquierda	Talalgia derecha	Cojera de la extremidad inferior izquierda
Número de lesiones óseas	4	1	1	6	1
Distribución de lesiones	Ambas metáfisis tibiales, quinto metatarsiano izquierdo, séptima costilla derecha	Un tercio medio y proximal de clavícula	Metáfisis distal del fémur izquierdo	Calcáneo derecho Tibia distal izquierda Región suborbitaria izquierda Esternón Séptima vértebra dorsal Rama isquiopubiana izquierda	Trocánter mayor izquierdo
Fiebre	No	Sí	No	Febrícula	No
Síntomas no óseos	Psoriasis	No	No	No	No

dimentación esta se encontraba elevada. Si al comienzo de la enfermedad se realizaba determinación de proteína C reactiva esta se mostraba elevada, y se normalizaba rápidamente.

El aspecto radiológico de la lesión era variable, dependiendo del momento evolutivo (tabla 5). Al inicio del cuadro se ponía de manifiesto una lesión osteolítica de bordes bien definidos, mientras que las lesiones más tardías tenían un borde escleroso a su alrededor (figs. 1 y 2).

La RM ayudaba a delimitar mejor las lesiones y la existencia de afectación de partes blandas.

La gammagrafía ósea con tecnecio 99 presentaba un aumento de captación en la lesión en todos los pacientes, pero en dos de ellos reveló otras localizaciones que no habían producido sintomatología. En 3 casos sólo captaba una única localización.

A los 5 pacientes se les realizó biopsia de tejido óseo y cultivo lesional de bacterias (aerobias y anaerobias), micobacterias y hongos con resultados negativos. En 4 casos, además, se hizo Mantoux y serología de *Brucella* que fueron negativos.

En todos los pacientes se realizó estudio anatomopatológico (tabla 6). Había predominio de polimorfonucleares en la fase aguda, que posteriormente se sustituían, en fases más avanzadas, por un infiltrado de predominio mononuclear con linfocitos y células plasmáticas.

Antes de tener los resultados de los cultivos y la anatomía patológica de la biopsia, los diagnósticos en 2 casos eran de osteomielitis crónica inespecífica, una osteomielitis aguda y en los otros 2 casos se pensó en una enfermedad tumoral. Posteriormente, debido a la negatividad de los cultivos y el resultado de la anatomía patológica, que mostraba inflamación y descartaba una enfermedad tumoral, y cumpliéndose la mayoría de los criterios de Handrick et al¹, se diagnosticaron los 5 casos de osteomielitis crónica multifocal recurrente.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9368315>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9368315>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)