

**OSTEOMIELITIS EN NIÑOS DE 0-15 AÑOS: ANALISIS DE 48 CASOS EN EL
HOSPITAL INFANTIL DR. ARTURO GRULLON, SANTIAGO R. D.
JUNIO 1991-JUNIO 1992**

**** Dr. Ramón B. Pérez Morel
** Dra. Dany Peña
** Dr. Aresbio Ant. García**

**** Dra. Licelot Contreras
** Dra. María Cortorreal
* Dr. Andrés García**

Resumen:

Realizamos un estudio prospectivo en 48 pacientes diagnosticados de osteomielitis en el período junio 1991 a junio 1992 en el Hospital Infantil Dr. Arturo Grullón, Santiago, R. D. Encontramos que el sexo más afectado fue el masculino (58%), el grupo de edad más afectado fue el de 8-10 años (63%).

El germen más frecuentemente aislado fue el estafilococo aureus coagulasa positivo, (85%). El hueso más afectado fue la tibia, (35%). El segmento más afectado fue la metáfasis (65%). El hallazgo radiológico más frecuente fue el secuestro (89%).

La artritis séptica fue la complicación más frecuente; el signo más común, cojera (96%).

Abstract:

A prospective study was done in 48 patients admitted to Dr. Arturo Grullón Hospital in Santiago, R. D. with diagnosis of osteomyelitis during the June 1991-June 1992 period.

The sex more affected was the masculine (58%). Osteomyelitis was more common in the 8-12 years old group (63%). The more frequent etiological agent was *Staphylococcus Aureus* coagulase positive, (85.5%), the most affected bone was the tibia (35%).

Lameness was the more common presenting sign (96%).

INTRODUCCION

La osteomielitis no es más que la infección del hueso. La misma puede ser clasificada: Primaria, cuando hay invasión directa del mismo, como ocurre en caso de heridas penetrantes u operaciones sobre el; Secundaria, cuando llega al hueso vía hematógena o por continuidad. Puede ser aguda, subaguda y crónica.

MATERIAL Y METODO

Para nuestro estudio tomamos todos

los pacientes diagnosticados de osteomielitis en el período Junio 1991 a Junio 1992, en el Hospital Infantil Dr. Arturo Grullón Santiago, R. D.

Para nuestra investigación se aplicó un protocolo que contenía las siguientes variables: edad, sexo, procedencia, condiciones socioeconómicas, tiempo de instalado el cuadro, hueso y segmento óseo afectado, germen aislado, patologías previas asociadas, evolución clínica, complicaciones y manejos.

Se le realizó radiografía, hemocultivo, cultivo de secreción del área afectada, eritrosedimentación, PCR y controles hemáticos.

* Jefe del depto. de ortopedia, Hosp. Dr. Arturo Grullón, Santiago R.D.
** pediatras egresados del hosp. Dr. Arturo Grullón

Solo se le realizó hemocultivo a los que no tenían puerta de entrada.

El objetivo era determinar etiología, y evolución clínica de cada paciente.

CUADRO No. 1
DISTRIBUCION DE OSTEOMIELITIS POR EDAD.

EDAD (AÑOS)	No.	TASA EN %
< 1	4	8.0
1 - 2	2	4.0
3 - 7	10	21.0
8 -10	18	38.0
11-12	12	25.0
13-15	2	4.0
TOTAL	48	100.0

RESULTADOS

De los 48 pacientes diagnosticados de osteomielitis 28 eran masculinos (58%), 20 femeninas (42%), lo cual coincide con los estudios hasta ahora realizados.

Al analizar los casos según edad encontramos 4 casos menores de 1 año (8%), 2 casos 1-2 años (4%), 10 casos de 3-7 años (21%), 18 casos de 8-10 años (38%), 12 de 11-12 años (25%), 2 casos de 13-15 años (4%) (Cuadro No. 1).

Vemos que el porcentaje mayor es para el grupo de edad de 8-12 años, con 30 casos (63%), lo cual coincide con otros estudios nacionales (Tito Suero y col) e internacionales (Nelson y col.). De los 4 menores de 1 años 2 tenían historia de punción femoral y 2 historia de parto dificultoso.

De los 48 casos estudiados 17 tenían afección de la tibia (35%), 15 presentaron afección del fémur (31%), tibia y peroné 8 casos (17%), tibia y fémur 6 casos (13%), humero 2 casos (4%).

El segmento óseo más afectado fue la metáfisis 31 casos (65%), seguido de la diafisis 15 casos (31%), epífisis 2 casos (4%). Esto lo atribuimos a las características anatómicas de mayor irrigación de la metáfisis.

El agente etiológico aislado más frecuentemente fue el Estafilococo Aureus coagulasa positivo, 3 casos (6.3%), Estafilococo Epidermidis 2 casos (4.2%), Pseudomonas 1 caso (2%),

Serratia 1 caso (2%), cuadro No.2.

Del total de pacientes estudiados, 21 presentó celulitis e historia de trauma antes de iniciar el cuadro de osteomielitis (44%), 10 casos artritis séptica (21%),

CUADRO No. 2
AGENTE ETIOLÓGICO

GERMEN AISLADO	No.	TASA EN %
ESTAFILOCOCO AUREUS COAGULASA POSITIVA	41	85.5
STREPTOCOCO B HEMOLITICO	3	6.3
ESTAFILOCOCO EPIDERMIDIS	2	4.2
PSEUDOMONAS	1	2.0
SERRATIA	1	2.0
TOTAL	48	100.0

11 casos presentaron ambas situaciones antes descrita (23%), 6 casos forunculosis (12%). Si agrupamos los pacientes que presentaban celulitis, artritis y los que presentaban ambas situaciones, vemos que aumenta a 88% el porcentaje, de donde podemos afirmar que el 88% de los pacientes que cursan con osteomielitis, primero presentan las afecciones antes descritas. Cuadro No. 3

CUADRO No. 3
RELACION DE OSTEOMIELITIS CON PATOLOGIAS PREVIAS

PATOLOGIAS PREVIAS	No.	TASA EN %
CELULITIS, TRAUMA	21	44.0
ARTRITIS SEPTICA	10	21.0
AMBAS	11	23.0
FORUNCULOSIS	6	12.0
TOTAL	48	100.0

A su llegada al hospital, 46 casos presentaban cojera (96%) 24 casos presentaron fiebre (50%), 48 limitación de los movimientos en área afectada (100%), tumefacción e hipersensibilidad 41 casos (85%), calor área afectada 38 casos (79%), rubor 31 (66%), dolor 41 (85%).

De los 48 pacientes estudiados 29 procedían de área rural (60%), 10 urbana (21%), 9 urbana-marginal (19%).

Al analizar el tiempo de instalado el

cuadro antes de buscar ayuda especializada 43 de ellos tenía 3-5 semanas (89%), 3 casos menos de 3 semanas (6%), 2 casos tenían más de 5 semanas (5%). Estos pacientes fueron medicados antes de su llegada al hospital, a lo cual atribuimos en parte su tardanza en buscar ayuda especializada.

Los cambios radiológicos encontrados fueron secuestro (89%) cambios mínimos 3 (6%), involucro 2 (5%). Estos hallazgos lo atribuimos al tiempo de instalado el cuadro infeccioso.

Las complicaciones que presentaron estos pacientes en orden de frecuencia fueron: Artritis séptica 4 casos (8%), persistencia y exacerbación 3 casos (6%), fractura patológica 2 (4%), septicemia 2 (4%), neumonía a estafilococo 1 (2%). En 36 de ellos no presentaron complicaciones (76%); la artritis séptica se presentó luego de la osteomielitis, lo que se atribuye a diseminación hematogena e invasión directa.

Se le realizó hemocultivo a 6 pt. (13%), a 42 no se le realizó (87%). Los gérmenes aislados fueron estafilococo 6 (13%), Estreptococo 1 (2%), Neumococo 1 (2%). Este último pt. era falcémico, por lo que atribuimos la agresividad de la bacteria al déficit de opsoninas.

A los 48 pt. se les administró tratamiento medicamentoso, a 8 de ellos se le dió manejo quirúrgico abierto, no radicales (35%), 31 no recibieron intervención quirúrgica (65%). Las intervenciones quirúrgicas fueron por no haber respuesta adecuada al tratamiento, y recaída en 3 casos a pesar de que el trat. se ponía en base al resultado del antibiograma.

Estos 3 pt. presentaron recaída meses más tarde y fue necesario reintervenirlos en 3 ocasiones.

Utilizamos la eritrosedimentación y la proteína C reactiva, como guías en la evolución del manejo de cada pt, así como control radiográfico y evolución clínica.

La estadía intrahospitalaria promedio de estos pacientes fue de 14 días y luego fueron seguidos vía consulta externa.

DISCUSION

La infección ósea es hoy día un serio dolor de cabeza, sobre todo para pediatras y ortopedistas, ya que resultan un tanto elevadas las recaídas porque se sabe que esta patología es más frecuente en pacientes de condición socio-económica baja, que viven en hacinamiento, en subdesarrollo económico y cultural, (Acta Médica Dominicana: Tito Suero y col. Enero-Febrero, Vol.1 1979).

La tibia y el fémur son los huesos más comúnmente involucrados, y el agente causal más frecuentemente aislado es el estafilococo en el 75% de los casos (Schroch y Col.)

El diagnóstico a tiempo puede evitar intervenciones quirúrgicas abiertas. Cada país e inclusive cada región dentro de un mismo país tiene sus particularidades. Nosotros hemos presentado la realidad de esta patología en nuestro Hospital Infantil, Dr. Arturo Grullón.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Behrmen y Vanhan. Nelson, Tratado de Pediatría. Osteomielitis. ed 13 Vol.1 México D.F.. 1989. 613-614p
- Enma Y. Manual de Microbiología. Ed universitaria ed 1 1985 32-52-59p.
- Guiscofrí, H. Manual de Infectología. Osteomielitis. ed. 11 Mendes Cervantes, Mexico D.F. 1986 366-372p
- Hamilton, H. Diagnóstico Clínico, osteomielitis ed. 1 Interamericana, México D. F. 1985 816p.
- Morris G. Diagnóstico en Pediatría. Osteomielitis ed. 38 Alhamera SA Madrid España 1970.
- Schaffer, A y col. Enfermedades del RN. Artritis séptica y osteomielitis. 4 ed. Ed. Revolucionaria La Habana, Cuba, 1981 816-817p.
- Schroch T. Manual de Cirugía infecciones de los huesos y las articulaciones. ed. 6 El Manual Moderno, México D.F. 1985 409p.
- Silver H. Manual de Pediatría infecciones de los huesos y las articulaciones. ed 6 El manual Moderno, México D.F. 1985 409p.
- L. M. Esolen and col. Osteomielitis In a Patient with Common Variable Immunodeficiency. The New England Journal of Medicine Vol. 326 No. 15 April, 1992 999p.
- Linares Z, López Baiza. Osteomielitis Mandibular. Rev. Española de Pediatría, Vol. 46, No. 276, Nov. Dic. 1990, P 535.