

Dolor y tumefacción de la tuberosidad tibial proximal

M. Martínez Moral, S. Rite Gracia, S. Martínez Laborda, Y. Tabuenca Guitart, J. Bregante Baquero e I. Pastor Mourón

Servicio de Pediatría. Unidad de Cirugía Ortopédica Infantil. Hospital Universitario Infantil Miguel Servet. Zaragoza.

(An Esp Pediatr 2000; 53: 73-74)

CASO CLÍNICO

Paciente de 10 años de edad diagnosticado previamente de síndrome de Osgood-Schlatter, que ingresa en nuestro servicio por persistencia del dolor a pesar de reposo y tratamiento antiinflamatorio.

No presenta antecedentes familiares ni personales de interés.

Exploración física

Buen estado general. Afebril. Signos inflamatorios en tuberosidad anterior de tibia izquierda. Resto sin hallazgos.

Pruebas complementarias

– Hemograma: leucocitos 5.700 (neutrófilos 52%, linfocitos 23%, monocitos 10%, eosinófilos 12,9%), plaquetas 363.000, hemoglobina 13,7 g/dl, hematocrito 40%, VCM 84 fL, VSG 74.

– Proteína C reactiva: 24 mg/l.

– Factor reumatoide (nefelometría): 22 U/ml.

– HLA: A2, B5, BW4.

– Anticuerpos ANA, ASMA, AMA, antiendomiso negativos.

– Bioquímica general normal.

– Serología: *Salmonella*, *Brucella*, *Yersinia* negativas.

– Radiografía de tórax normal.

– Radiografía de rodilla izquierda normal.

– Mantoux negativo.

Evolución

Durante su ingreso permaneció afebril, con persistencia de dolor intenso e inflamación de tuberosidad tibial anterior izquierda. Se procedió a inmovilización de la extremidad y tratamiento antiinflamatorio con naproxeno. A los 8 días desapareció el dolor persistiendo los signos inflamatorios, reapareciendo de nuevo el dolor 15 días después.

En una nueva reevaluación al mes y medio del inicio del cuadro se negativizaron la proteína C reactiva y el factor reumatoide. Se realizó un control radiológico apre-

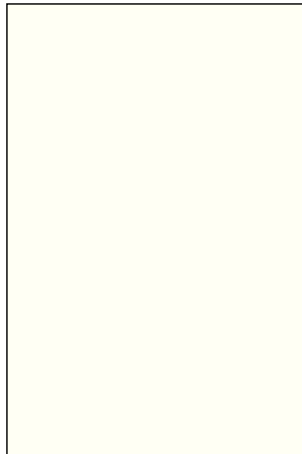


Figura 1. Imagen osteolítica con despegamiento perióstico en la tuberosidad tibial proximal.

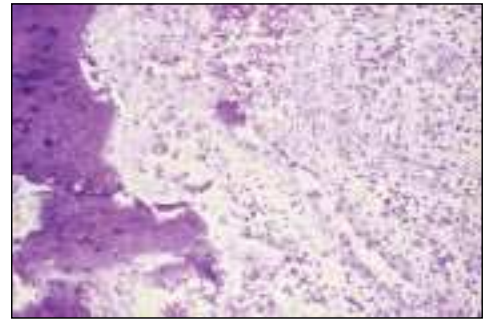
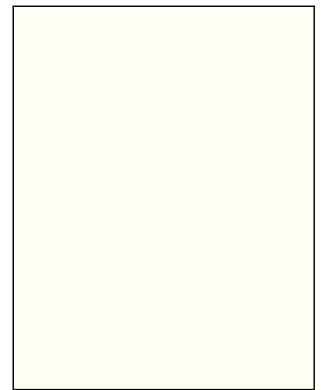


Figura 3. Infiltrado inflamatorio inespecífico con necrosis ósea adyacente.

Figura 2. Corte sagital en RM donde se aprecia un aumento de señal en el área de la lesión.



ciándose una imagen osteolítica con despegamiento perióstico (fig. 1). Ante la sospecha de tumoración maligna se realizó una gammagrafía con tecnecio 99m difosfonato que resultó normal.

En la RM se observó una formación polilobulada metafisaria tibial localizada bajo el tendón patelar en su inserción en la espina tibial (fig. 2), que presentaba hipointensidad en T1 con foco interior vacío de señal y discreta hiperintensidad en T2 rodeada de un halo de baja señal. Se acompañaba de una afectación reticular de tejido celular subcutáneo compatible con linfangitis y un abombamiento perióstico en la porción tibial interna. Existe, asimismo, un discreto edema medular intraesponjoso adyacente metafisario. Tras la administración de gadolinio existía una captación por parte de la lesión que sugería tejido de granulación.

PREGUNTA

¿Cuál es su diagnóstico?

Correspondencia: Dra. M. Martínez Moral. San Ignacio de Loyola, 7, 2.º B. 50008 Zaragoza.

Recibido en abril de 2000.

Aceptado para su publicación en abril de 2000.

ABSCESO DE BRODIE

La osteomielitis subaguda o crónica primaria y localizada está formada por una cavidad abscesificada que contiene una necrosis supurativa, rodeada de un tejido escleroso.

La infección del hueso se produce por vía hematogéna, por gérmenes piógenos, siendo el más frecuente *Staphylococcus aureus*¹.

La localización preferente en la infancia es metafisaria central, sobre todo en los huesos largos de las extremidades inferiores, especialmente la tibia.

La evolución subaguda o crónica impide la aparición de un síndrome general infeccioso que haga sospechar este proceso, dando síntomas exclusivamente locales¹.

Analíticamente destaca un aumento de la VSG con recuento leucocitario normal. En la radiografía simple encontramos un área redondeada u ovalada de radiolucencia, rodeada de un halo escleroso de origen medular con ausencia de reacción perióstica con rotura cortical. En niños puede comunicar con la placa de crecimiento. Estos datos no son específicos y pueden faltar. Se plantea el diagnóstico diferencial con otras lesiones óseas solitarias, tanto procesos paratumorales (quistes óseos esenciales), como neoplasias, bien benignas (osteoma osteoide, encondroma, osteoblastoma) o malignas (osteosarcoma, tumor de Ewing)². En ciertas ocasiones, como ocurre en nuestro caso, puede no existir el típico halo escleroso, apareciendo una imagen osteolítica con despegamiento perióstico que sugirió inicialmente el diagnóstico de tumoración maligna. La gammagra-

fía con galio y/o tecnecio 99m-difosfonato da un área de captación focal que no siempre está presente y es inespecífica. La RM revela un área intraósea de baja señal en T1 y alta en T2 (correspondiente a tejido de granulación) con borde de baja intensidad en T1 y T2 (por fibrosis). Tras la administración de gadopentate diglutaminate se define mejor el borde escleroso^{3,4}. Estos signos son más orientativos para el diagnóstico preoperatorio que los obtenidos en las demás pruebas de imagen y pueden ayudar a dirigir la cirugía. La confirmación diagnóstica se obtiene siempre por anatomía patológica tras biopsia de la lesión.

En el presente caso el cultivo de la biopsia resultó positivo para estafilococo coagulasa negativo.

El tratamiento es quirúrgico mediante curetaje combinado con antibioterapia intravenosa. En nuestro caso se utilizó cloxacilina intravenosa durante 8 días y, posteriormente, dada la buena evolución, cefuroxima oral durante 3 semanas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alter SA, Sprinkle RW. Brodie's abscess: a case report. *J Foot Ankle Surg* 1995; 34: 208-214.
2. Silva F, Laguna R, Acevedo M et al. Scintigraphic finding in a Brodie's abscess. *Clin Nucl Med* 1995; 20: 913-915.
3. Dangman BC, Hoffer FA, Rand EF, O'Rourke EJ. Osteomyelitis in children: Gadolinium-enhanced MR imaging. *Radiology* 1992; 182: 743-747.
4. Beltran J, Chandnani V, McGhee RA et al. Gadopentetate dimeglumine-enhanced MR imaging of the musculoskeletal system. *AJR* 1991; 156: 457-466.