

4. Sexually Transmitted diseases treatment guidelines 2006. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recomm Rep. 2006;55:56-60.
5. Miettinen AK, Heinonen PK, Laippala P, Paavonen J. Test performance of erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein in assessing the severity of acute pelvic inflammatory disease. Am J Obstet Gynecol. 1993;169:1143-9.
6. Gray-Swain MR. Pelvic inflammatory disease in adolescents. Curr Opin Obstet Gynecol. 2006;18:503-10.

Dolor suprapúbico en escolar de 14 años

Sr. Editor:

La osteítis púbica es una enfermedad infrecuente, que requiere de una alta sospecha clínica para realizar el diagnóstico y que la mayoría de las veces es de tratamiento médico. Se caracteriza por cuadros de dolor pélvico, específicamente en la ingle, que aumenta con la deambulación y la abducción de la cadera, y puede presentar incluso fiebre leve en algunos casos y entrar a formar parte del diagnóstico diferencial del dolor abdominal y/o la coxalgia en las puertas de urgencia pediátricas.

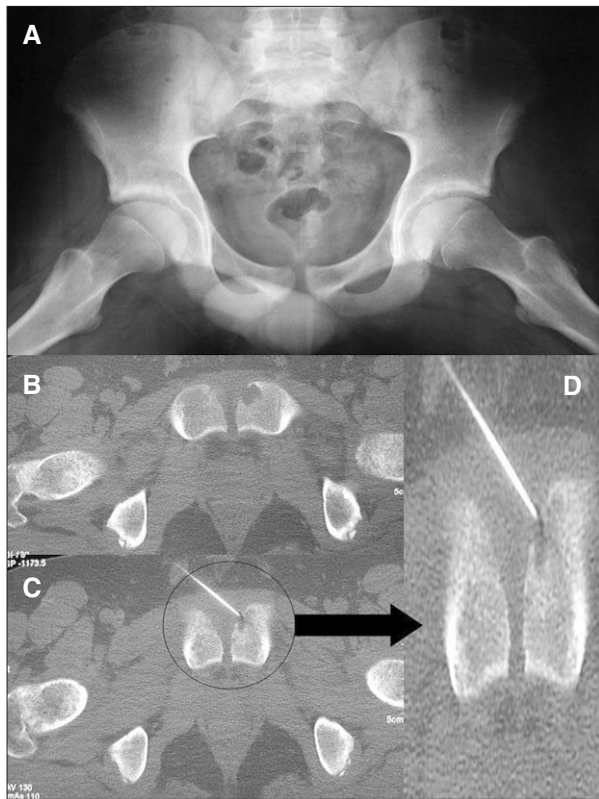


Figura 1. (A) Radiografía anteroposterior de pelvis informada como normal. (B) Imágenes de la tomografía computarizada que muestra la erosión ósea, la toma de biopsia con aguja fina (C) y detalle de la misma (D) que muestra que la punción-aspiración con aguja fina se realizó del interior de la lesión.

Se trata de un varón de 14 años que consulta por dolor suprapúbico de unas 2 semanas de evolución, de inicio insidioso, que ha aumentado en los últimos días y que le impide el sueño. Se exacerba con los cambios posturales, la marcha y aquellas maniobras que aumentan la presión intraabdominal. No está relacionado con la ingesta, conserva el apetito y no hay vómitos. Las deposiciones son normales, sin presencia de sangre o mucosidad. El cuadro se acompaña de fiebre de 2 o 3 días de evolución de hasta 38,5 °C que cede con antitérmicos. No recuerda antecedente traumático previo y los antecedentes familiares no son de interés.

Antecedentes personales: embarazo, parto y período neonatal normales. Vacunas regladas, sin alergias conocidas ni ingresos previos. Como únicas patologías previas presentaba antecedentes de infecciones respiratorias de vías altas y cuadros gastrointestinales leves en la infancia. No recibió intervenciones quirúrgicas previas y su actividad física es moderada, pues no realiza ningún deporte competitivo.

El estado general del paciente es bueno, con una nutrición, hidratación y coloración de piel y mucosas dentro de la normalidad.

El abdomen es blando y depresible, sin encontrarse masas ni megalias a la palpación.

Existe un dolor selectivo en la zona suprapúbica que aumenta con la palpación del pubis, asociado a una leve inflamación de las partes blandas. El dolor se exacerba con la flexión y rotación de cadera izquierda y produce cojera durante la deambulación.

La exploración del resto de órganos y aparatos es normal.

La analítica sanguínea reveló unos valores normales de hemáties y plaquetas, asociado a una ligera leucocitosis, con el 61% de polimorfonucleares neutrófilos. Las cifras de proteína C reactiva (PCR) (10,58 mg/dl) y la velocidad de sedimentación globular de (VSG) (60 mm en la primera hora) se encontraron elevadas, con el resto de valores bioquímicos sanguíneos dentro de la normalidad.

La analítica de orina no mostró valores anormales.

El estudio radiológico simple de abdomen, pelvis (fig. 1A) y cadera izquierda no encontró lesiones óseas significativas.

Se tomaron tres hemocultivos durante las fases de fiebre superior a 38 °C, sin aislarse ningún microorganismo causal. Las pruebas de Mantoux y rosa de Bengala fueron también negativas.

En la ecografía abdominal no se evidenciaron alteraciones ni se observó líquido abdominal libre.

La gammagrafía ósea con Tc/Ga fue compatible con la normalidad, con una distribución del radiotrazador de características fisiológicas, sin que se objetive foco patológico de captación alguno en las caderas o pubis.

En la resonancia magnética (RM) (fig. 2) apareció una asimetría en la señal de los huesos del pubis con un aumento de señal focal en la vecindad de la sínfisis púbica del lado izquierdo (STIR), donde se aprecia una pequeña imagen medial que podría corresponder a una erosión ósea.

La tomografía computarizada (TC) (fig. 1B) de la pelvis ósea centrada en el pubis, con reconstrucción coronal muestra en el extremo anteromedial del pubis izquierdo una imagen lítica, polilobulada, que erosiona la cortical, sin que exista un reborde escleroso. La lesión presenta densidad en partes blandas, aunque menor a la del músculo, excluyendo la presencia de contenido líquido o grasa. No se observan calcificaciones en su interior, ni

masa de partes blandas adyacente, aunque sí existe una leve tumefacción de las partes blandas en la zona anterior de la sínfisis. El resto de las estructuras óseas no presentan imágenes patológicas.

Se tomaron varias muestras mediante punción-aspiración con aguja fina (PAAF) guiada por TC (figs. 1C y 1D) a distintos niveles de la lesión. Se obtuvo un líquido de contenido serohemático, cuyo análisis microscópico reveló la existencia de células linfoplasmocitarias y hemáticas.

El cultivo microbiológico resultó negativo.

El resultado de todas las pruebas realizadas, conjuntamente con las de la anatomía patológica, establecieron como diagnóstico de presunción el de osteítis púbica.

Como diagnósticos diferenciales podríamos incluir al granuloma eosinófilo, el fibroma desmoplásico y los encondromas; opciones como el ganglión óseo, el quiste óseo simple y el aneurismático, el fibroma no osificante y los tumores malignos parecen mucho menos probables.

Ante el diagnóstico de osteítis púbica, se instauró tratamiento antibiótico empírico con una cefalosporina de tercera generación y un aminoglucósido por vía intravenosa durante 2 semanas, continuando 2 semanas más por vía oral.

El tratamiento antibiótico se suplementó con la toma de un antiinflamatorio no esteroideo y reposo durante 1 mes.

El paciente evolucionó satisfactoriamente con el tratamiento prescrito, y desaparecieron el dolor y la fiebre.

A los 7 días de iniciar el tratamiento antibiótico se produjo una disminución en las cifras de PCR (1,25 mg/dl) y en la VSG (25 mm en la primera hora).

En la TC realizada al año se observa una desaparición completa de la lesión, y hasta el momento el paciente permanece asintomático.

La osteítis púbica es una afectación poco frecuente, que aparece generalmente tras una intervención urológica, y en pacientes toxicómanos o deportistas¹⁻⁸.

La nosología conduce a una controversia: la osteítis púbica es considerada como aséptica por algunos autores que la diferencian de los términos de osteomielitis (afectación ósea infecciosa) o de osteoartritis (afectación osteoarticular infecciosa), reservados a las infecciones¹⁻⁷; otros autores no diferencian osteítis púbica y osteomielitis, pues consideran que su etiología es infecciosa en todos los casos, como demuestra el hecho de que suele remitir con antibioticoterapia¹⁻⁷.

Varios aspectos han hecho replantear el origen séptico de la afección: la posibilidad de curación espontánea o tras la administración aislada de antiinflamatorios, la falta de aislamiento del microorganismo en determinados casos, la imposibilidad de reproducir la enfermedad de forma experimental y la ineficacia del tratamiento antibiótico en algunos casos¹⁻⁷. Sin embargo, según esos autores, tales hechos podrían explicarse por la baja virulencia de los microorganismos implicados y la frecuente antibioticoterapia prescrita antes de la toma de muestras bacteriológicas o de forma sistemática postoperatoriamente¹⁻⁷.

Los signos pueden aparecer desde pocos días hasta 8 semanas después del factor desencadenante. El tiempo de aparición depende de la etiología, apareciendo de forma aguda tras una intervención urológica o en el posparto¹⁻⁷.

En el examen clínico, la presión directa de la sínfisis púbica y la separación de los huesos ilíacos reproducen los síntomas dolorosos¹⁻⁷.

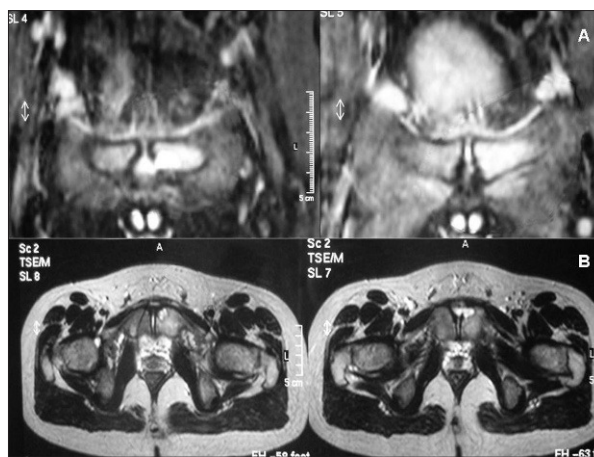


Figura 2. Cortes coronales (A) y axiales (B) de la resonancia magnética donde puede observarse la lesión en zona anteromedial de la sínfisis púbica izquierda.

Los exámenes de laboratorio no son específicos ni constantes; cursan con leucocitosis, elevación de la VSG y de la PCR. En el 50% de los casos se consigue aislar el microorganismo causal, dependiendo de la etiología y del carácter agudo o crónico de la afectación¹⁻⁷.

La TC y la RM son pruebas esenciales para afianzar el diagnóstico o guiar la toma de muestras¹⁻⁷. La gammagrafía ósea muestra hipercaptación no específica, y puede ser dificultada por la fijación vesical del trazador¹⁻⁷.

El tratamiento se basa en el empleo prolongado de antibióticos y en las formas crónicas asépticas, se asocian antiinflamatorios no esteroideos, reposo y, para algunos autores, corticoides por vía oral o en infiltración local¹⁻⁹. El raspado quirúrgico está reservado a los casos resistentes al tratamiento farmacológico o cuando existe un secuestro óseo¹⁻⁷.

La evolución suele ser favorable y en algunos casos autolimitada, y se resuelve espontáneamente. La mejoría radiológica está desfasada en relación con la mejoría clínica, pues los cambios radiológicos aparecen al cabo de 9 o 12 meses tras la desaparición de los síntomas¹⁻⁷.

**P. Sánchez Gómez, F. Lajara Marco
y F.J. Ricon Recarey**

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
Hospital Vega Baja Orihuela. Alicante. España.

Correspondencia: Dr. P. Sánchez Gómez.
República Dominicana, 4, bajo izquierda.
30530 Cieza. Murcia. España.

Correo electrónico: placidosanchezgomez@yahoo.es

BIBLIOGRAFÍA

- Rosenthal RE, Spickard WA, Markham RD, Rhamy RK. Osteomyelitis of the symphysis pubis: A separate disease from osteitis pubis. *J Bone Joint Surg Am.* 1982;64:123-8.
- Sequeiro W. Diseases of the pubic symphysis. *Semin Arthritis Rheum.* 1986;16:11-21.

3. Ziegler G, Euller Ziegler L, Leyge JF. Ostèites pubiennes. *Encycl Mèd Chir. Appareil locomoteur*. Paris: Editions Scientifiques et Médicales Elsevier; 1991. p. 1-4.
4. Knoeller SM, Uhl M, Herget GW. Osteitis or osteomyelitis of the pubis? A diagnostic and therapeutic challenge: Report of 9 cases and review of the literature. *Acta Orthop Belg*. 2006;72: 541-8.
5. Ross JJ, Hu LT. Septic arthritis of the pubis symphysis: Review of 100 cases. *Medicine (Baltimore)*. 2003;82:340-5.
6. Johnson R. Osteitis pubis. *Curr Sport Med Rep*. 2003;2:98-102.
7. Pauli S, Willensen P, Declerck K, Chappel R, Vanderveken M. Osteomyelitis pubis versus osteitis pubis: A case presentation and review of the literature. *Br J Sport Med*. 2002;36:71-3.
8. Batt ME, McShane JM, Dillingham MF. Osteitis pubis in collegiate football players. *Med Sci Sports Exerc*. 1995;27:629-33.
9. Holt MA, Keene JS, Graf BK, Helwig DC. Treatment of osteitis pubis in athletes. Results of corticosteroid injections. *Am J Sport Med*. 1995;23:601-6.

Faringitis estreptocócica en niños menores de 2 años

Sr. Editor:

En el artículo publicado en el número de septiembre titulado: *Incidencia de faringitis estreptocócica*¹, los autores encuentran una prevalencia el 12,6% de esta infección por estreptococos del grupo A (EGA) en niños menores de 2 años, una estimación más alta que otros estudios (3-7%)²⁻⁴.

En niños tan pequeños es importante tratar de precisar si son realmente infecciones estreptocócicas y su expresividad clínica. En los 85 niños detectados en este estudio, una tercera parte presentaban cuadro catarral y/o exantema, pero sin precisar sus características. No puede descartarse, por lo tanto, el origen vírico de la infección y que el aislamiento de EGA se deba a un estado de portador. Una verdadera infección por EGA se documenta por un aumento de antiestreptolisinas O (ASLO), entre la fase aguda y convaleciente, conviniendo que estas determinaciones no se indican para diagnosticar la infección aguda. Cuando se realizaron las determinaciones de ASLO en menores de 2 años los casos de infección real por EGA eran menos significativos^{2,4}.

La sensibilidad de la prueba de detección rápida (PDR) en este estudio¹ como era de esperar fue más baja en los menores de 2 años (78%). La prueba es menos sensible cuando el tamaño del inóculo no es apropiado, factible en niños no colaboradores como los menores de 2 o 3 años (si el hisopo contacta con la úvula, lengua, mucosa oral o saliva) y/o si el cuadro clínico es menos característico de infección estreptocócica, y contiene entonces pocas colonias de EGA^{5,6}.

De acuerdo con los autores, la clínica de la faringitis estreptocócica en menores de 2 años es más inespecífica, pero porque la infección es menos focal que la faringoamigdalitis de niños mayores. No parece apropiado, entonces, que se etiqueten las infecciones esencialmente como faringitis. Los síntomas de infección estreptocócica del tracto respiratorio superior (TRS) en

esta edad son más indolentes y se suelen caracterizar por rinitis seromucosa persistente, fiebre moderada, inapetencia, adenopatías, inflamación faringoamigdalina, asociando en ocasiones lesiones impetigiformes en narinas así como otitis media. Es más frecuente en niños con dos o más hermanos. No son faringoamigdalitis propiamente dichas, sino procesos que entre otras manifestaciones se afecta la faringe, descritos como fiebre estreptocócica, nasofaringitis estreptocócica o estreptococosis, difícil de distinguir clínicamente de la infección viral que frecuentemente presentan niños tan pequeños. Como refieren los autores la decisión de tratamiento debe ser individualizada según la clínica (compatible o no con estreptococosis) más el apoyo de las PDR (mejor mediante dos muestras simultáneas, una de garganta y otra de fosas nasales). El tratamiento antibiótico de elección será con similar planteamiento que en la faringoamigdalitis estreptocócica con penicilina o amoxicilina.

Los autores destacan aislamientos de estreptococos del grupo C (EGC) en este grupo de edad. La heterogeneidad genética del EGC (como la del grupo G) contribuye probablemente a una falta de consenso en su papel como causa de faringoamigdalitis. Las infecciones por subespecies formadoras de grandes colonias (la gran mayoría *Streptococcus equisimilis*), al contrario de las formadoras de pocas colonias, tienen más repercusión clínica con preferencia en adolescentes y adultos⁷. En los cultivos habituales de garganta, no se suele distinguir entre ambas subespecies, por lo que probablemente demos un protagonismo aparente a un resultado de EGC positivo con instauración de tratamientos innecesarios. La tasa de aislamientos de EGC formadoras de grandes colonias es tan baja que incluso si estos microorganismos se asocian con una faringitis aguda, esporádica en niños, representan un patógeno no habitual⁸.

Aunque ocurran, las faringoamigdalitis estreptocócicas son muy raras en niños menores de 2 años e insólitas en los menores de 18 meses y la mayoría son probablemente portadores de EGA que padecen una infección vírica del TRS. No parece obligada una pesquisa sistemática analítica de este microorganismo salvo en casos muy individualizados, ni el mismo tipo de alerta y atención que en los niños mayores en los que la infección es más prevalente y con otras repercusiones. La fiebre reumática es excepcional en países desarrollados en menores de 3 años, antes de que haya madurado completamente su sistema inmunitario. Aunque se comunicaron casos en subpoblaciones de aborígenes australianos (también por EGC), es preciso el antecedente de una faringoamigdalitis aguda estreptocócica por cepas reumatogénicas para que se desencadene el fenómeno autoinmune, sobre todo si la infección no se trata^{9,10}.

La faringoamigdalitis por EGA es la única en la cual el tratamiento antibiótico está definitivamente indicado, por lo que en pacientes tan pequeños con infección del TRS la decisión clínica que debe establecerse es si se debe realmente a este microorganismo.

F. Álvez González

Departamento de Pediatría. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. España.

Correspondencia: Dr. F. Álvez González.
Departamento de Pediatría. Hospital Clínico Universitario.
Avda. Choupana, s/n. 15706 Santiago de Compostela. España.
Correo electrónico: fernanalvez@hotmail.com