



IMÁGENES EN PEDIATRÍA

## Lesión fisaria neuropática, diagnóstico diferencial con osteomielitis



### Neuropathic physeal injury: Differential diagnosis with osteomyelitis

Úrsula Quesada<sup>a</sup>, Juan Cabello<sup>b</sup>, Gaspar González Morán<sup>b</sup> y Cristina Calvo<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Pediatría, Enfermedades Infecciosas y Tropicales, Hospital La Paz, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Traumatología Infantil, Hospital La Paz, Madrid, España

Disponible en Internet el 26 de noviembre de 2016

La neuropatía periférica con ausencia de sensibilidad, ocasiona lesiones esqueléticas como fracturas, artropatía o lesiones fisarias, debidas a traumatismos múltiples en las extremidades. Conllevan un intenso componente inflamatorio, con tumefacción y aumento de la temperatura local en el miembro afecto, dando lugar a un cuadro que se confunde fácilmente con una infección osteoarticular. Radiológicamente se caracteriza por ensanchamiento e irregularidad de la fisis distal del miembro afectado, que se resuelve

con la inmovilización y el reposo<sup>1</sup>. Se postula que existe un aumento de su incidencia debido a la mayor supervivencia de niños con secuelas neurológicas<sup>2</sup>. El reconocimiento del cuadro clínico y las imágenes radiológicas es fundamental para evitar pruebas diagnósticas y tratamientos innecesarios<sup>3</sup>.

Niña de 8 años que acude por tumefacción no dolorosa y aumento de temperatura local en el tobillo derecho. Afebril, no refiere traumatismos. Camina más por haber cambiado



**Figura 1** Radiografías del tobillo afectado. A) Osteopenia. Áreas de resorción ósea, tanto en vertiente medial como lateral de la metáfisis distal de la tibia, adyacente a la fisis. Aumento de partes blandas adyacente al maléolo tibial. B) Progresión con ensanchamiento de la fisis. C) Mejoría radiológica tras el reposo y la inmovilización.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ccalvorey@ono.com](mailto:ccalvorey@ono.com) (C. Calvo).



**Figura 2** Resonancia magnética del tobillo afectado. A) Aumento de la intensidad de señal de las partes blandas adyacentes, y alteración del espesor e irregularidad de las superficies que conforman la fisis de crecimiento tibial distal. Lesión lítica mal definida en los segmentos y márgenes anteriores mediales, y reacción esclerosa en el borde lateral externo, tanto del lado metafisario como del lado epifisario. B) Afectación de la porción media e interna de fisis tibial distal, condicionando su ensanchamiento. En su interior se aprecian varios focos de hiposeñal.

de colegio. Padece una parálisis flácida del miembro inferior derecho, con déficit de sensibilidad, secuelas de una meningoencefalitis neonatal.

Presenta leucocitos: 14.900 (fórmula mixta), VSG: 31 mm/h, PCR: 8,1 mg/l y PCT: 0,04ng/ml.

Se realiza radiografía del tobillo, apreciándose osteopenia y áreas de resorción ósea (fig. 1); y resonancia magnética que no puede descartar proceso infeccioso (fig. 2). El estudio microbiológico del tejido óseo resulta negativo.

Se instaura tratamiento antibiótico ante la sospecha de posible osteomielitis, pero al reiniciar su vida normal, las lesiones empeoran; mejorando posteriormente ante la sospecha del cuadro, y con inmovilización y reposo de la

articulación con férula, que es el tratamiento que precisan las lesiones neuropáticas.

## Bibliografía

1. Devendra K, Mandeep S, Sujit K. Neuro-epiphyseal injury around the ankle: A case report. *The Foot*. 2009;19:133-6.
2. Dosa NP, Eckrich M, Katz DA, Turk M, Liptak GS. Incidence, prevalence, and characteristics of fractures in children, adolescents, and adults with spina bifida. *J Spinal Cord Med*. 2007;30 Suppl. 1:S5-9.
3. Roberts JA, Bennet GC, Mackenzie JR. Physeal widening in children with myelomeningocele. *J Bone Joint Surg Br*. 1989;71:30-2.