

UN CASO DE OSTEOMIELITIS CRÓNICA MULTIFOCAL RECURRENTE

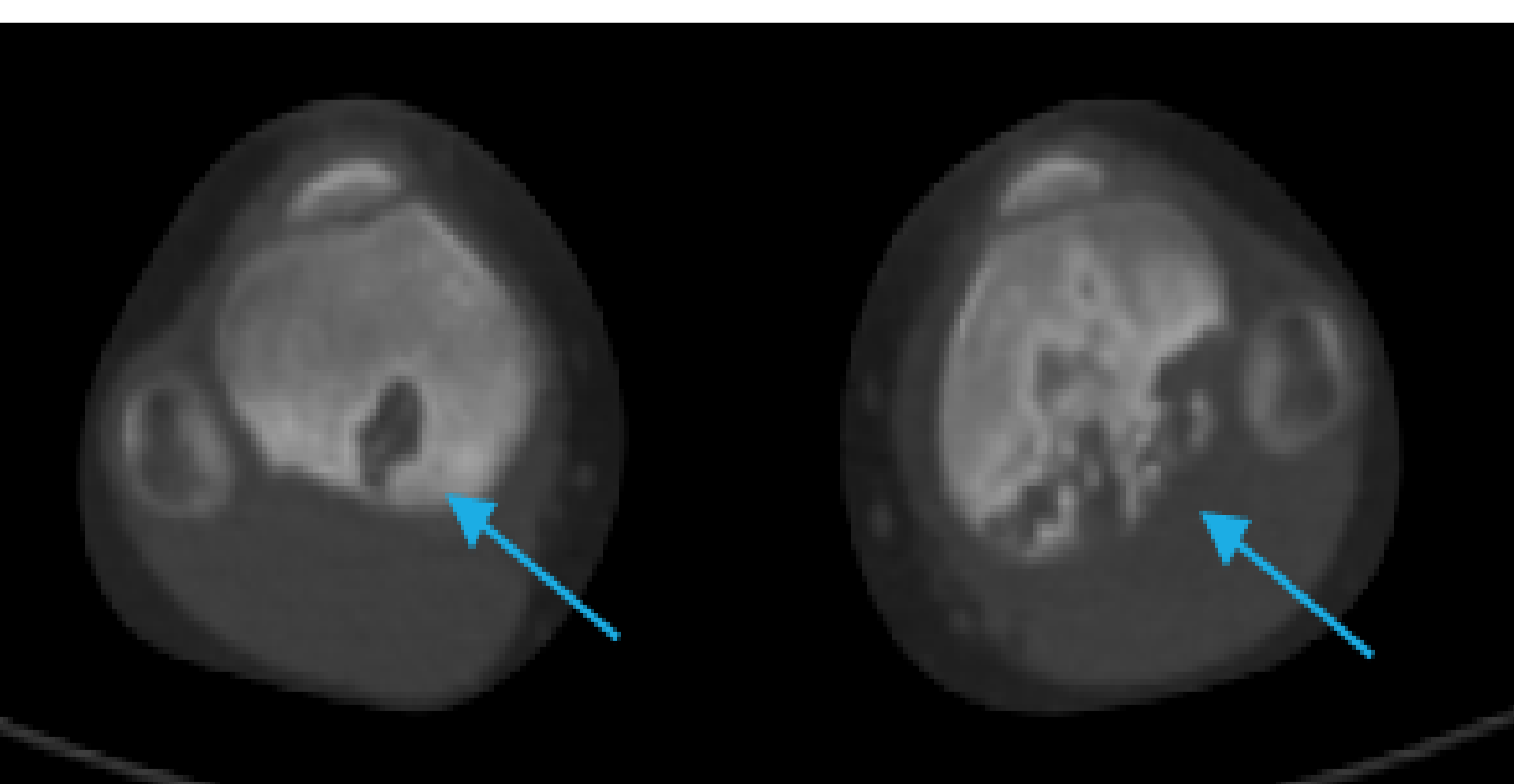
MÁS ALLÁ DE UNA INFECCIÓN O UN TUMOR

Beyond infection or tumor: a case of chronic recurrent multifocal osteomyelitis

Fernando Prieto Flores, Sergio Cimadevila Santiago, Olga Martínez González, Susana Gómez Castro, Manuel Martín Martínez, Olga Compán Fernández, Cristina Hidalgo Calleja, Carlos Montilla Morales, Belén Miguel Ibáñez, Carolina Cristina Chacón Vélez, Laura Blanco Ramis, Ana Isabel Turrión Nieves.
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Servicio de Reumatología.

La osteomielitis crónica multifocal recurrente (OCMR) es un cuadro autoinflamatorio en el que existe afectación inflamatoria estéril en diversas localizaciones óseas. Afecta a pacientes pediátricos y se trata de un diagnóstico de exclusión.

- Escolar mujer de 10 años sin antecedentes de interés.
- Consulta por dolor en hueso poplíteo izquierdo de 1.5 meses de evolución, irradiado a cara interna de rodilla izquierda.
- Presenta dificultad para la deambulación y dolor nocturno que cede parcialmente con ibuprofeno, dolor cervical intermitente (3 semanas) y febrícula puntual (37.4°C).
- Exploración Física: Tumefacción en tercio proximal de pierna izquierda y maleolo interno contralateral. Dolor a la palpación y calor local en metáfisis tibial y contractura en trapecio.



SPECT/CT. Áreas de patrón mixto lítico y escleroso, que producen desestructuración de la cortical, compatibles con proceso infiltrativo a filiar con estudio histológico.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y DISCUSIÓN:

Rx: Lesiones líticas de bordes esclerosos en metáfisis proximal de ambas tibias y distal de fémur izquierdo.

Se valoró un posible Osgood-Schlatter, proceso osteomielítico o maligno (osteosarcoma multicéntrico o sarcoma de Ewing).

RMN: Edema óseo perilesional y reacción perióstica.

Gammagrafía/SPECT-TC: Sugiere proceso multifocal; se observa agresividad radiológica en metáfisis distal de fémur izquierdo.

Biopsia: hallazgos de necrosis ósea, fibrosis focal y cambios inflamatorios crónicos (linfocitos y células plasmáticas). Sin infiltración neoplásica.

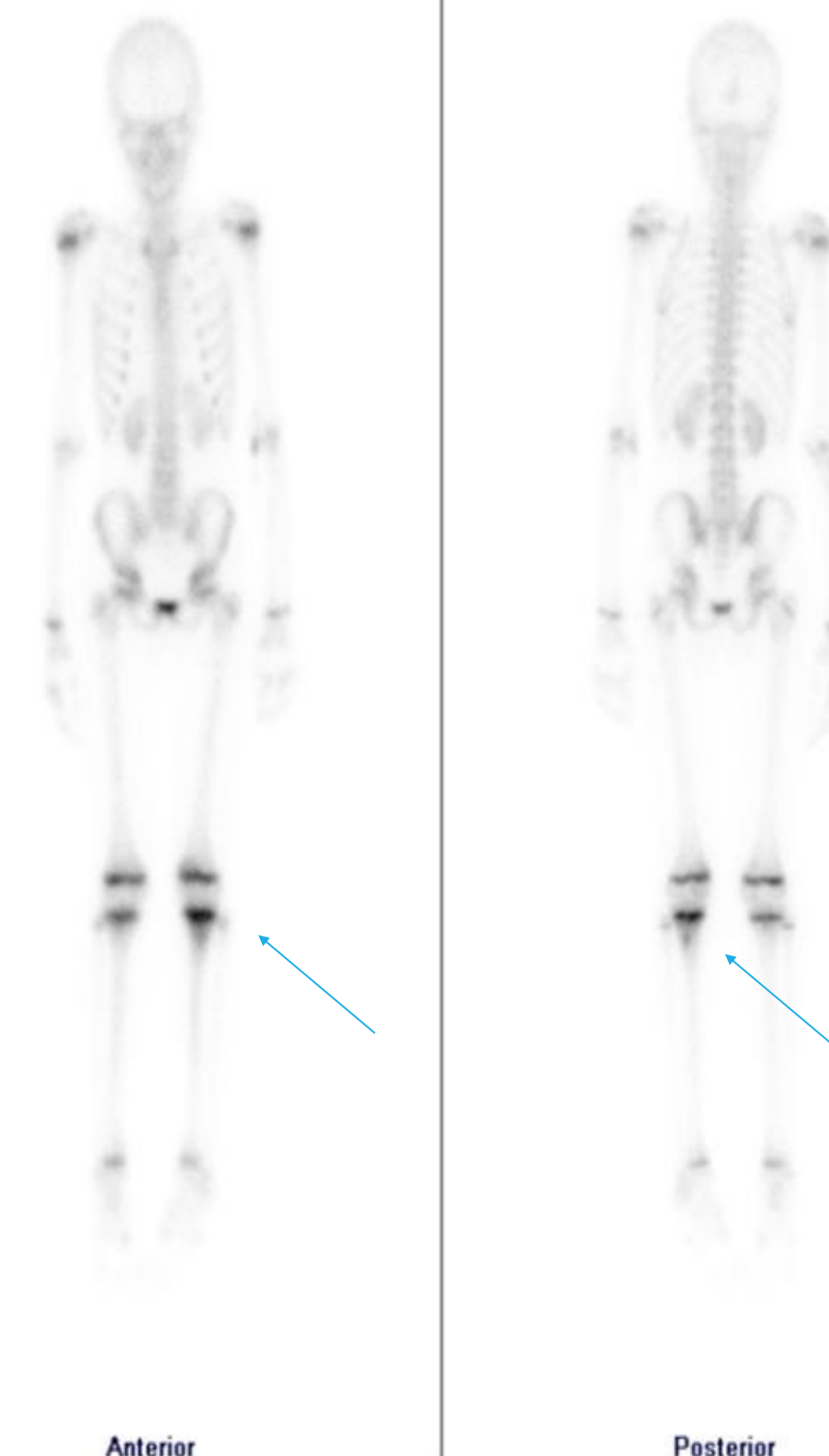
Laboratorio: PCR inicial de 1.54 mg/dL. Microbiología y serologías (incluyendo TBC) negativas. Vitamina D inicial de 27 ng/ml

CONCLUSIONES:

- La OCMR requiere un diagnóstico diferencial exhaustivo frente a procesos malignos e infecciosos.
- La biopsia es clave para confirmar la naturaleza aséptica de las lesiones.
- El tratamiento está en debate, al ser un cuadro autoinflamatorio se pueden utilizar inmunomoduladores (MTX o incluso anti-TNF) o bifosfonatos.



Lesiones líticas de bordes esclerosos e irregulares con afectación metafisiaria y extensión fisiaria.



Gammagrafía ósea. Incremento de captación del radiofármaco en rodilla izquierda, áreas de patrón mixto lítico y escleroso, desestructuración de la cortical, compatibles con proceso infiltrativo a filiar con estudio histológico

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN:

- Metotrexato (MTX):** Se inició vía oral y se cambió a 15 mg subcutáneos semanales por mala tolerancia.
- Bifosfonatos:** Ante persistencia de síntomas, se administró Ácido Zoledrónico (2 mg IV cada 6 meses) tras reposición de Vitamina D.
- Estado actual:** Paciente estable con episodios ocasionales de dolor controlados con AINEs.