

DIAGNÓSTICO

La historia y examen físico en OHA son sensitivos pero no específicos. Los hallazgos más frecuentes son fiebre, dolor en el sitio de la infección, uso limitado de la extremidad y menos común los síntomas constitucionales como letargia y anorexia. El grado de compromiso no se correlaciona con la extensión de la infección, y los niños más grandes tienen síntomas muy sutiles; la mayoría de los pacientes tendrán síntomas por menos de 2 semanas. Los signos en el examen físico dependen de la edad; los neonatos tienen un periostio muy delgado que facilita el paso de líquido o colecciones al exterior del hueso y como resultado tienen edema en el sitio afectado e irritabilidad al mover el miembro. Los niños escolares y preescolares tendrán puntos de sensibilidad sobre todo en la metáfisis con limitación para cargar peso o usar la extremidad, generalmente hay fiebre y afección en el estado general manifestado por anorexia y mal estado general. Los niños mayores que están en la pubertad y cercanos a finalizar el crecimiento, no se afecta tanto el estado general, sino que por tener el hueso una cortical y periostio más grueso la palpación de la metáfisis revela puntos de sensibilidad, tienen marcha claudicante que evita el apoyo de la extremidad, la celulitis está presente muy raras veces y cuando se presenta suele ser manifestación de un absceso subyacente.¹⁶

En vista de que el diagnóstico en la OHA depende del juicio clínico y no tanto de estudios radiológicos y/o de laboratorio, Peterson ha introducido los siguientes tipos: diagnóstico positivo, es cuando encontramos un cultivo bacteriológico positivo en el hueso, ya sea por Gram o por estudio histológico al encontrar leucocitos polimorfonucleares en el hueso, lo que implica la necesidad de hacer un análisis del pus recuperado del hueso, ya sea por aspiración por aguja, incisión o drenaje; el diagnóstico probable, es cuando tenemos los hallazgos típicos de la clínica y radiología de osteomielitis, y el hemocultivo está positivo; y el diagnóstico posible, se hace cuando existen hallazgos clínicos y radiológicos típicos de osteomielitis, y hay una respuesta satisfactoria a los antibióticos.¹⁷

Como en todas las patologías médicas, la OHA puede ser confundida con una serie de padecimientos médicos, sobre todo porque aunque hay signos y síntomas que nos ayudan al diagnóstico, también existen entidades que simulan las infecciones óseas, por lo que debemos tenerlas en cuenta en todo momento con el fin de hacer un diagnóstico diferencial adecuado.¹⁸ (Cuadro 1)

TRATAMIENTO

El manejo de OHA se basa en el uso de los antibióticos apropiados, así, como también en la cirugía realizada de una manera oportuna. Aunque existe controversia sobre esta última, no debe de hacerse a un lado ya que la sinergia con los antibióticos es importante para crear un ambiente adecuado a los tejidos, favorecer la penetración de los antibióticos y evitar de esta forma las complicaciones de la infección.

Cuadro 1. Diagnóstico diferencial en una extremidad con dolor y edema en niños

CONDICIONES SISTÉMICAS

Fiebre reumática aguda
Osteomielitis crónica multifocal recurrente
Artritis micótica
Enfermedad de Gaucher
Púrpura de Henoch-Schönlein
Histiocitosis
Leucemia
Tumores óseos primarios malignos
artritis reactiva
Síndrome de Reiter
Tumor de células redondas
Sarcoidosis
Artritis séptica
Anemia de células falciformes
Artritis reumatoidea juvenil sistémica
Tuberculosis

CONDICIONES NO SISTÉMICAS

Celulitis
Fractura / trauma no accidental
Hemangioma / linfangioma
Histiocitosis
Enfermedad de Legg-Calvé-Perthes
Osteocondrosis
Síndrome de sobreuso
Artritis reactiva
Distrofia neurovascular refleja
Deslizamiento de la epífisis femoral proximal
Fracturas de stress / fracturas en niños pequeños
Osteomielitis subaguda
Sinovitis transitoria

Song KM, Sloboda JF. Acute Hematogenous Osteomyelitis in Children. JAAOS 2001; 9: 166-175

Antibióticos

La dificultad en obtener los resultados de forma rápida usando estudios radiológicos, de laboratorio y cultivos, nos hace iniciar los antibióticos de forma empírica en los diferentes grupos de edad que se hallan en riesgo.¹⁹ **Cuadro 2.** En el esquema de manejo antibiótico debe incluirse un medicamento que sea específico para *Staphylococcus aureus* debido a que es el más común en todos los grupos de edad; en los casos de *osteomielitis neonatal* se usará antibióticos contra *Streptococcus* grupo B y para bacilos gramnegativos. En los niños menores de 4 años se necesita usar antibióticos para cobertura de *H. influenzae* tipo b sobre todo si no se ha completado un programa de inmunización o la historia de inmunización es incierta; en los niños que están completamente inmunizados los gérmenes más frecuentes son *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* y *Streptococcus pneumoniae*.²⁰ En el caso de los niños inmunocomprometidos con anemia de células falciformes, está indicado el uso de anti-