

Cuadro 2. Patógenos comunes y terapia antibiótica recomendada

EDAD	ORGANISMO	TERAPIA ANTIBIÓTICA INTRAVENOSA	TERAPIA ANTIBIÓTICA ORAL (4 DOSIS)
Neonato	<i>S. aureus</i> Streptococcus B hemolítico (grupo A, grupo B) Bacilos gramnegativos	Nafcilina, 150-200 mg/kg/día y gentamicina, 5.0-7.5 mg/kg/día ó Cefotaxima, 150 mg/kg/día	Dicloxacilina, 75-100 mg/kg/día q Cefalexina, 100-150 mg/kg/día q Clindamicina 30 mg/kg/día
Niños menores de 3 años	<i>S. aureus</i> <i>H. influenzae tipo b</i> (Hib) <i>Pneumococcus</i> <i>Streptococcus</i>	No inmunizado Hib: Nafcilina, 150 mg/Kg/día y Cefotaxima 100-150 mg/Kg/día Agente único de tratamiento: Cefuroxima: 150-200 mg/kg/día	Dicloxacilina, 75-100 mg/kg/día q Cefalexina, 100-150 mg/kg/día q Clindamicina, 30 mg/kg/día
Niños mayores o iguales a 3 años	<i>S. aureus</i>	Inmunizado Hib: Cefazolina, 100-150 mg/kg/día q Nafcilina, 150-200 mg/kg/día q Clindamicina, 30-40 mg/kg/día	Dicloxacilina, 75-100 mg/kg/día q Cefalexina, 100-150 mg/kg/día q Clindamicina, 30 mg/kg/día

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

bióticos de amplio espectro que cubra *Salmonella*. La selección de los antibióticos será cambiada de acuerdo al resultado del cultivo y las pruebas de sensibilidad. Existe preocupación por la aparición de resistencia de parte de *Staphylococcus aureus* a la metilicina y cefalosporinas en un 20% de los pacientes con enfermedades que afectan el hueso y las articulaciones, así, como por los reportes de resistencia a Vancomicina por *Staphylococcus aureus* en Japón y algunas partes de USA.

La duración del tratamiento y vía de administración de los antibióticos se ha venido haciendo de una forma poco consistente. Por un lado se señala que el mejor resultado se obtiene administrando los antibióticos por la vía parenteral hasta que exista un resultado negativo del cultivo o hemocultivo, disminuya la PCR, VES, cuenta de glóbulos blancos, presencia o ausencia de pus o que los síntomas desaparezcan, luego se pasa a la vía oral para completar de 4 a 8 semanas de tratamiento total.²¹ Peltola et al, documentaron el tratamiento exitoso de OHA en niños de 3 meses a 14 años usando un curso corto de antibióticos intravenosos seguido de terapia oral; ellos utilizaron para monitoreo el cambio en los niveles de PCR. La vía oral fue iniciada cuando la PCR descendió o hubo una mejoría clínica y el tratamiento se retiró cuando los niveles de PCR y VES se normalizaron. El promedio de tratamiento por vía intravenosa fue de 5 días, y la duración total del tratamiento fue en promedio de 23 días. Una crítica a este estudio fue la falta de determinación de niveles séricos del antibiótico, y el medicamento que se usó fue cefadroxil (150 mg por kilogramo de peso por día en cuatro dosis) o clindamicina que es rápidamente absorbida. No se observaron fallas en este estudio aunque el seguimiento fue de 1 año. El éxito en el tratamiento se correlaciona más con la determinación de los niveles séricos del antibiótico más que con la vía de administración. Aunque conocemos las dosis recomendadas, es necesario utilizar dosis que son dos a tres veces las que se recomiendan para asegurar que la concentración sérica sea la indicada, y que debe ser igual o mayor de 1:8. En vista de que los neonatos son más susceptibles a una sepsis generalizada, que la absorción oral es poco confiable y que el retraso en el tratamiento ocasiona secuelas serias y permanentes en 6% a 50% de los niños afectados, se ha recomendado que el tratamiento sea exclusivamente por la vía intravenosa.²²

Song y Sloboda en su institución en los últimos 5 años han usado un esquema de tratamiento empírico, que comienza con alta dosis de cefazolina intravenosa después de obtener hemocultivos y cultivos del hueso o articulación infectada. Se inicia un régimen de 100 a 150 mg/Kg/día con dosis cada 8 horas, los niveles séricos de PCR son valorados y una vez que hay mejoría clínica y la PCR se aproxima a lo normal, se le comienza cefalexina oral a dosis de 150 mg/Kg/día repartidos cada 6 horas; se hace una determinación de niveles séricos después del cuarto día y si la respuesta al tratamiento es satisfactoria el paciente es dado de alta del hospital y se continúa con el antibiótico hasta que la VES se normaliza, además en forma semanal se le practica un examen de glóbulos blancos con el fin de determinar la neutropenia inducida por los antibióticos. En esta serie de 40 casos consecutivos manejados de esta manera el tiempo total de antibióticos fue de 21 días y no hubo recurrencias.

Cirugía

Las indicaciones para cirugía han sido tema de controversia, sin embargo, a pesar de que los antibióticos son la primera línea del manejo, la cirugía es un método de tratamiento que debe estar en sinergia, pues con ella se logra localizar el proceso infeccioso y crear un ambiente local para que los antibióticos puedan actuar en un ambiente apropiado.

La cirugía fue propuesta por Platt en 1928 antes de la era antibiótica como método de salvamento de las extremidades infectadas; Trueta en 1954 y Harris en 1962 establecieron el lugar de la cirugía en el tratamiento. En 1977 Mollan y Piggot establecieron que la exploración de rutina, el drenaje y el cultivo del pus son parte del manejo correcto de la OHA.²³ El procedimiento quirúrgico cuando sospechamos una OHA, es que antes de iniciar antibióticos se haga una punción del sitio afectado en un ambiente estéril, usando una aguja de tipo trocar, con el objeto de tomar muestra de los tejidos blandos, sino obtenemos material purulento se continúa con antibióticos y se hace una nueva evaluación en 48 horas. Si la respuesta clínica revela que hay mejoría y los parámetros de laboratorio se aproximan a lo normal, se continúa con los antibióticos; pero en el caso de que no se produzca mejoría clínica ni de laboratorio y al hacer otra punción se encuentre pus, el paso siguiente es de hacer