

OSTEOMIELITIS DE PRIMER DEDO PIE BILATERAL EN RELACION A QUIMIOTERAPIA ORAL POR LEUCEMIA



Núñez García, Ana. García Prieto, Esteban. Alejandro Arturo, Salas. León Román Víctor. García Colino, Blanca.

HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA.

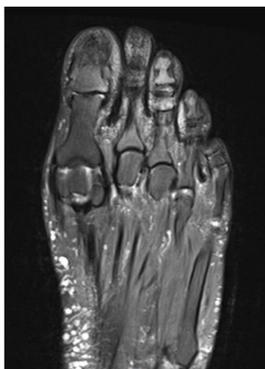
INTRODUCCION: La causa más frecuente de Polineuropatía Mixta (sensitivo-motora) es el pie diabético. Pueden aparecer úlceras causadas por estrés repetitivo en pacientes con *neuropatía periférica*, deformidades del pie y enfermedad arterial periférica. El 20% de las úlceras moderadas o graves, precisan amputación para su tratamiento definitivo. Sin embargo, no es la única causa de neuropatía periférica; existen otras causas, menos conocidas, que conllevan los mismos riesgos. Algunos tipos de *quimioterapia* inducen una polineuropatía distal, que puede o no ser transitoria. En ese tiempo se pueden desarrollar las mismas complicaciones que la PND (polineuropatía diabética). Es el caso de nuestra paciente, con tratamiento en 2018 Velcade por Leucemia MM IgG Lambda.



CASO CLINICO: Mujer de 81 años. Acude a nuestra consulta remitida por su médico de cabecera por dolor intenso y supuración de 1 año de evolución en primer dedo de pie izquierdo. Tratada en centro de salud con curas locales y antibioterapia oral y evolución tórpida por sospecha de infección ungueal. No es remitida por el pie derecho, pero en la anamnesis reconoce también dolor en la misma zona aunque nunca ha tenido supuraciones.

Como antecedente de interés: tratamiento con *quimioterapia Velcade* en 2018 para Mieloma MM IgG lambda, R-ISS 2. Desde entonces refiere dolor persistente en ambos pies sobre todo el pulpejo de hallux bilateral. Diagnosticada de Polineuropatía mixta axonal en relación a quimioterapia al finalizar el tratamiento en 2021. Actualmente en remisión oncológica.

Se ofrece a la paciente cirugía toma de muestras de ambos. **Se confirma el mismo germen en ambos dedos: *Actinomyces neuii-Winkia neuii***



RMN pie izquierdo: alteración de la señal de F2 del primer dedo casi por completo, hipointenso en T1 e hiperintenso en T2, sugerente de osteomielitis. RMN pie derecho: alteración de la señal de F2 del primer dedo en su extremo distal, hipointenso en T1, hiperintenso en T2, sugerente de osteomielitis.



MATERIAL Y MÉTODOS. RESOLUCION CASO: Debido a la grave afectación de partes blandas con supuración activa con fistula que cruza a territorio de F1, y debido a la afectación ósea crónica en pie derecho, se realiza amputación del primer dedo. Ingresada 1 semana de antibioterapia IV con meropenem/vancomicina.

En el pie izquierdo tiene menos dolor, nunca ha supurado. Rechaza amputación para poder ser más funcional. Tratamiento de supresión según antibiograma y controles de medicina interna.

Al alta se pauta antibioterapia oral: amoxicilina 1 gr/8 horas crónica + levofloxacino 500 mg/24 horas durante 3 meses

Mejora clínicamente tras la amputación: eva previo 10 a eva postquirúrgico 1 al año (remisión casi completa de la clínica del miembro fantasma).

En el pie contralateral con la antibioterapia de supresión el dolor desaparece totalmente el dolor: Eva 7 a un Eva 0.

ACTINOMYCES Bacterias anaerobias o microaerófilas que colonizan la boca, el colon y la vagina. Suelen ser patógenos oportunistas de la cavidad oral. La actinomycosis es una entidad infrecuente donde el hueso suele afectarse como progresión local desde una infección de partes blandas típicamente en el área maxilofacial, siendo excepcional otras regiones. Presentaciones más típicas: absceso bucocervical, huesos largos en relación con bisfosfonatos, la actinomycosis pulmonar en fumadores con una pobre higiene dental y la actinomycosis pélvica en mujeres portadoras de DIU prolongado.

VELCADE. Quimioterapia INN Bortezomib. Nota Técnica. El tratamiento con VELCADE se asocia con gran frecuencia a una neuropatía periférica que suele ser fundamentalmente sensitiva. Sin embargo, se han descrito casos de neuropatía motora grave con o sin neuropatía sensitiva periférica. La incidencia de la neuropatía periférica aumenta al comienzo del tratamiento y se ha observado el pico máximo durante el ciclo 5. Se recomienda una vigilancia cuidadosa de los pacientes para identificar la aparición de síntomas de neuropatía tales como: sensación de quemazón, hiperestesia, hipoestesia, parestesia, molestias, dolor neuropático o debilidad.

DISCUSION : Con esta publicación queremos alertar y recordar recordar en la anamnesis de pacientes con dolor en territorios de pie y tobillo, el antecedente de la quimioterapia ya que la vasculopatía asociada a la polineuropatía iatrogenica, aumenta el riesgo de infecciones y osteomielitis. Es más conocida sin lugar a dudas la PNP diabética, pero debemos recordar otras causas de polineuropatía, para mejorar el diagnostico de infecciones, su tratamiento precoz y así evitar complicaciones mayores e indeseables como la amputación.

Bibliografía

Armstrong DG, Boulton AJM, Bus SA. Diabetic Foot Ulcers and Their Recurrence. *N Engl J Med.* 2017;376(24):2367-2375. doi:10.1056/NEJMra1615439

Brizzi BN, Fernández Alonso C, Nieto Sánchez A, González Del Castillo J. Osteomielitis vertebral por Actinomyces: reporte de un caso [Vertebral osteomyelitis due to Actinomyces: a case report]. *Rev Esp Quimioter.* 2018;31(1):68-69

Rabin RB. Actinomyces of the hallux: a case report. *J Foot Surg.* 1976;15(2):69-72.

© Bortezomid -Velcade protocolo ficha técnica.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA