

# Osteomielitis crónica no bacteriana. A propósito de un caso.

Daniel Santín Mon, Henrique Domínguez Barreiro, Renzo Chavez Reyes, Nerea Vázquez Agra, Diego Novillo Casal.  
Hospital Clínico De Santiago De Compostela.

## Objetivos

La osteomielitis crónica no bacteriana, es considerada un trastorno óseo autoinflamatorio. Efectos variables en la cascada de señalización de TLR4/MAPK/inflamasoma pudieran causar desequilibrio entre citocinas proinflamatorias y antiinflamatorias .  
Con incidencia mayor en el sexo femenino. Afecta más a población pediátrica entre los 7-12 años.  
Como primera línea de tratamiento se plantean antiinflamatorios.

## Material y metodología

Se presenta el caso de una niña de 8 años de edad con osteomielitis crónica no bacteriana. El diagnóstico se estableció en base al cuadro clínico de signos inflamatorios locales, los hallazgos de las pruebas de imagen de TAC, RNM y el resultado de la anatomía patológica.  
Tras traumatismo directo en la clavícula comenzó a notar un bultoma de consistencia dura, dolor a la palpación y leve aumento del calor local.

## Resultados

Como estudios complementarios se solicitó una analítica con marcadores de infección y una radiografía simple en la que se observó una lesión ósea lítica, compatible con una tumoración ósea (histiocitosis, sarcoma de EWING).  
Se realizó un TAC, objetivando presencia de alteración en la textura ósea, con reacción perióstica. No nódulos, masas pulmonares o agrandamientos ganglionares.  
Se decide biopsiar, obteniendo cultivos y serologías negativos. Sin evidencia de malignidad en anatomía patológica.  
Tras las pruebas anteriores, se llegó a la conclusión de un cuadro compatible con osteomielitis crónica no bacteriana. Descartando tras realización de resonancia magnética de cuerpo entero osteomielitis crónica recurrente multifocal.  
Se comenzó tratamiento con ibuprofeno y pasó a seguimiento por reumatología infantil.

## Conclusiones

Siendo una entidad poco frecuente, la teoría autoinflamatoria es la más aceptada. Es necesario sospecharla dado su curso insidioso, cultivos negativos y falta de respuesta a antibioterapia.  
Siendo la Resonancia Magnética el Gold estándar. El tratamiento de primera línea son los AINES especialmente en localizaciones periféricas. Aunque no recomendados a largo plazo, en ocasiones es necesario recurrir a corticoides .  
Como segunda línea, se plantean fármacos como el metotrexate, aunque con resultados variables, asociado a corticoides presenta tasas de respuesta del 50%. En caso de afectación multifocal, los bifosfonatos, como el pamidronato puede presentar mejores resultados, mostrando los bloqueadores de TNF-alfa resultados similares.

