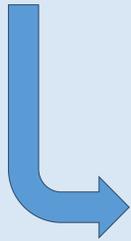


## PRESENTACIÓN DEL CASO

♂ 61 años y artritis psoriásica que acude a urgencias por dolor + inflamación en brazo derecho + fiebre de hasta 38,5°C.  
EF → Eritema, aumento de temperatura y dolor a la palpación.  
RX → **imagen lítica en cortical** de tercio medio de diáfisis humeral.  
TC → **Colección en tríceps con interrupción de cortical humeral compatible con osteomielitis.**

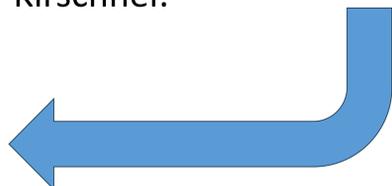


① **CIRUGÍA URGENTE** → Abordaje sobre el tríceps, apertura de fascia con drenaje de contenido purulento. La colección diseca por lado radial hasta plano óseo presentando muesca en cortical. Se toman muestra de hueso y tejidos para microbiología y análisis anatomopatológico con lavado y colocación de drenaje. Tras intervención se inicia antibioterapia empírica con **vancomicina**.



Cultivos intraoperatorios + para **S. aureus sensible a meticilina**, y se inicia cloxacilina 2 gr/24h. Pese al desbridamiento persiste PCR elevada de hasta 20mg/dL y mala evolución de la herida con aparición de nuevas colecciones, precisando dos nuevos desbridamientos.

② Nueva **limpieza quirúrgica**. Se amplía ventana en diáfisis humeral fresando el canal a proximal y distal para realizar lavado con dispositivo de suero a presión. Se coloca en diáfisis cemento con vancomicina dejando guía de aguja de Kirschner.



## RESULTADOS Y CONCLUSIONES

9 días después el paciente es dado de alta con tratamiento domiciliario con levofloxacino 500mg/ 24 horas + rifampicina 600mg/ 24 horas vía oral pautado por Enfermedades Infecciosas. En consultas se constata evolución favorable con movilidad de hombro y codo completas. **Se retira el espaciador de cemento a los 3 meses.**

En la osteomielitis aguda es fundamental el diagnóstico precoz, manejo quirúrgico adecuado y coordinación multidisciplinar con Enfermedades Infecciosas para un ajuste correcto de la antibioterapia.

Debe coordinarse la introducción del tratamiento inmunomodulador tras la cirugía para conseguir equilibrio entre el control de la patología de base y la resolución del cuadro infeccioso.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Maffuli L et al. The management of osteomyelitis in the adult. Surgeon, the. 2016; 14 (6): 345-360.
- 2) Hotchen AJ et al. Can we predict outcome after treatment of long bone osteomyelitis? Bone Joint J. 2020; 102(11): 1587-1596.
- 3) García del Pozo E, Collazos J, Cartón JA, Camporro D, Asensi V. Factors predictive of relapse in adult bacterial osteomyelitis of long bones. BMC Infect Dis. 2018; 18(1):635-46.