

LO QUE ESCONDE UN ESGUINCE DE TOBILLO EN LA INFANCIA.

Almena Rodríguez, Pablo⁽¹⁾; De Blas Sanz, Inés⁽¹⁾; Campesino Nieto, Silvia Virginia⁽¹⁾; Díez Rodríguez Jesús⁽¹⁾; Valle López, Sergio⁽¹⁾
⁽¹⁾Hospital Universitario Río Hortega

OBJETIVOS

Presentar un caso clínico de un varón de 11 años con dolor en el tobillo derecho y fiebre con antecedente traumático y ambiente epidémico en casa. Se practica artrocentesis diagnóstica y RMN y se procede a limpieza quirúrgica de la articulación.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Niño de 11 años acude a centro de salud con dolor en tobillo derecho tras torcedura. Ante la ausencia de reglas de Ottawa positivas, se realiza diagnóstico clínico de esguince de tobillo.

A los dos días, consulta por empeoramiento clínico y aparición de inflamación retromaleolar. Se realiza radiografía (fig. 1) sin hallazgos significativos, por lo que se mantiene mismo tratamiento.

5 días después acude a Urgencias hospitalarias con dolor severo, inflamación y aumento de temperatura local del tobillo con fiebre > 38º de 3 días de evolución. Refieren antecedente vírico familiar sin antecedente infeccioso previo en el paciente. Analíticamente presenta leucocitosis con neutofilia y PCR 110. Ante la sospecha de artritis séptica, se realiza ecografía (fig. 2) observándose líquido articular. Se realiza artrocentesis obteniéndose líquido de aspecto inflamatorio, con glucosa 82 (glucemia 110), proteínas 4.2, leucocitos 31450, PMN 95%.

Descartándose la necesidad de intervención quirúrgica urgente, y la sospecha diagnóstica de osteomielitis, se decide ingreso para vigilancia, realizar RMN (fig. 3) y pautar antibioterapia con cloxacilina y cefotaxima IV.

RESULTADOS

Durante el ingreso, el obtiene cultivo líquido intraarticular negativo pero positivo para S. aureus en hemocultivos. En RMN se objetivan signos compatibles con osteomielitis aguda en epífisis distal de peroné y absceso subperióstico, por lo que se decide drenaje y limpieza quirúrgicos. Se aísla igualmente SAMS en las muestras intraoperatorias. Postoperatoriamente se constata mejoría clínica y analítica con descenso de reactantes de fase aguda, por lo que se procede al alta hospitalaria con cefadroxilo hasta completar 4 semanas.

Durante el seguimiento, se observa normalización de los reactantes de fase aguda. A nivel radiográfico (fig. 4), reacción perióstica sin alteración de la fisis, y clínicamente asintomático sin secuelas, presentando movilidad completa.

CONCLUSIONES

Las causas poco frecuentes de dolor osteoarticular, como la osteomielitis aguda, precisan alto índice de sospecha debido a su presentación inespecífica. Juega un papel importante el pediatra de Atención Primaria y el Médico de Urgencias, responsables de sospechar y remitir a un centro especializado aquellos casos de evolución tórpida para su valoración, diagnóstico y tratamiento precoz.

