

OSTEITIS DEL CALCÁNEO 20 AÑOS DESPUÉS DE SU TRANSFIXIÓN CON UNA AGUJA DE KIRSCHNER

L. RAMOS PASCUA

J. A. SANTOS SÁNCHEZ

J. DOMÍNGUEZ HERNÁNDEZ

J. ZAN VALDIVIESO

SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO. SALAMANCA

RESUMEN

Se presenta un caso inusual de osteomielitis del calcáneo desarrollada 20 años después de la transfixión del hueso por una aguja de Kirschner. Aunque el tratamiento con antibióticos, incisión y drenaje tuvo éxito, las medidas preventivas deben extremarse en aquellas situaciones para evitarlo.

Palabras clave: Osteomielitis. Osteítis. Calcáneo. Aguja de Kirschner

ABSTRACT

We report an unusual case of calcaneal osteomyelitis twenty years after the bone was transfixed by a Kirschner needle. Although treatment with antibiotics, incision and drainage was successful, we must stretch the application of preventive measurements in those situations in order to avoid it.

Key words: Osteomyelitis. Osteitis. Calcaneus. Kirschner needle.

INTRODUCCIÓN

La osteomielitis es una inflamación de etiología infecciosa del hueso. El germen, habitualmente piógeno, llega a él por vía hematógena, por contigüidad o directamente desde el exterior. Las osteomielitis por contaminación directa, que también se definen como osteítis, pueden ser accidentales o yatrogénicas. Las formas yatrogénicas, a su vez, pueden ser complicación de procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Aunque la complejidad de éstos aumenta las posibilidades de una infección, también actos banales y rutinarios, como puede ser la transfixión de un hueso con una aguja de Kirschner, pueden motivarla. El ejemplo de una osteítis tardía, 20 años después de la colocación de una aguja atravesando craneo-caudalmente el calcáneo, nos recuerda una complicación que no debemos olvidar.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 35 años de edad ingresado desde el Servicio de Urgencias de nuestro Hospi-

tal, donde acudió refiriendo dolor espontáneo de intensidad progresiva en su pie derecho desde 3 semanas antes, e impotencia funcional absoluta para la deambulación. El paciente, que no era diabético ni portador de ninguna otra enfermedad debilitante, refirió entre sus antecedentes patológicos una fractura de la tibia derecha a los 15 años que había sido tratada en otro Centro. En las radiografías que obraban en su poder se observaba la fractura del tercio distal de la diáfisis tibial reducida y mantenida con una aguja de Kirschner en situación centromedular que también atravesaba el calcáneo (Fig. 1).

La exploración física en el momento del ingreso objetivó un talón doloroso a la palpación, discretamente tumefacto, enrojecido y caliente (Fig. 2). Los datos de laboratorio más significativos incluyeron leucocitosis (16.1) con neutrofilia (76.8%) y linfopenia (15.9%); VSG de 98 a la primera hora; aumento de la fosfatasa alcalina (316 U/L -normal: 98 a 279-); y aumento de la gGT (82 U/L -normal: 10 a 40-) y GPT ALAT (49 U/L -normal: 1 a 37-).



Fig. 1. Rx lateral de control del tratamiento de la fractura de tibia cuando el paciente tenía 15 años.

La radiografía lateral del calcáneo puso de manifiesto una imagen osteolítica bien delimitada rodeada por un halo escleroso franco (Fig. 3). La TAC definió mejor la osteolisis, con rotura de las corticales laterales del calcáneo y fistulización de su contenido en las partes blandas vecinas de la cara interna del talón (Fig. 4).

La sospecha infecciosa local fue confirmada mediante el abordaje inframaleolar interno y externo del calcáneo y con la identificación microbiológica posterior de un estafilococo dorado sensible, entre otros, a oxifloxacino. Se drenó el contenido purulento y se lavó abundantemente la cavidad, dejándose abierta la herida en los 2 lados. Se instauró el tratamiento antibiótico endovenoso específico (200 mg cada 12 horas) y se repitieron las curas con anestesia regional en los días sucesivos, hasta que la evolución permitió hacerlo sin anestesia. Diecinueve días después del drenaje de la infección el paciente fue dado de alta hospitalaria con el antibiótico pautado por vía oral en la misma dosis, hasta la normalización completa de la VSG (casi 2 meses más tarde).

El paciente fue mantenido en descarga del



Fig. 2. Aspecto clínico del pie en el paciente de 35 años con la osteomielitis del calcáneo.

miembro afectado durante algo más de 2 meses. Al cabo de este tiempo reanudó la deambulación y, un mes más tarde, estaba asintomático. En la actualidad, 4 años después del drenaje de la infección, la situación clínica no ha variado.

DISCUSIÓN

La transfixión de un hueso, con agujas de Kirschner o con tornillos, es un procedimiento rutinario en la práctica traumatológica y ortopédica. Tracciones transesqueléticas, osteosíntesis percutáneas con agujas, osteotaxis, etc., suponen una comunicación directa, aunque temporal, del hueso con el exterior, exponiendo aquél a la infección. Estados de malnutrición, diabetes, trastornos circulatorios locales y otras enfermedades debilitantes la facilitan.

La osteomielitis del calcáneo es la más frecuente de todas las del pie, constituyendo del 3 al 9% del total de las osteomielitis (1, 6). La mayoría de ellas, sobre todo en el adulto, se deben a un contagio directo, siendo los traumatismos accidentales su cau-



Fig. 3. Rx lateral del calcáneo con la osteomielitis desarrollada.

sa más frecuente. La colocación de clavos transfixantes para tracciones transcalscáneas o para la manipulación de fracturas de calcáneo según el método de Westhues o de Essex-Lopresti, es otra causa clásica de infecciones. El germen responsable de las mismas suele ser un estafilococo dorado coagulasa positivo.

La osteomielitis del calcáneo puede manifestarse de forma aguda o crónica (2, 5), a veces muchos años después de la inoculación del germen (3). Nuestro caso, de naturaleza yatrogénica, habría sido una osteítis de presentación aguda, si bien con un periodo de incubación extremadamente largo, o la primera agudización de una osteomielitis crónica después de un largo periodo de quiescencia. El motivo de los casos con tal inusual evolución sería la escasa virulencia del germen.

La sintomatología local y general de una osteomielitis del calcáneo es similar a las de otra localización, aunque habitualmente menos florida (6). Tampoco es diferente el diagnóstico, que en nuestro caso fue sospechado clínicamente y confirmado por el análisis microbiológico. La anamnesis, en la que descubrimos el antecedente de una fractura de tibia durante la infancia tratada con una agu-

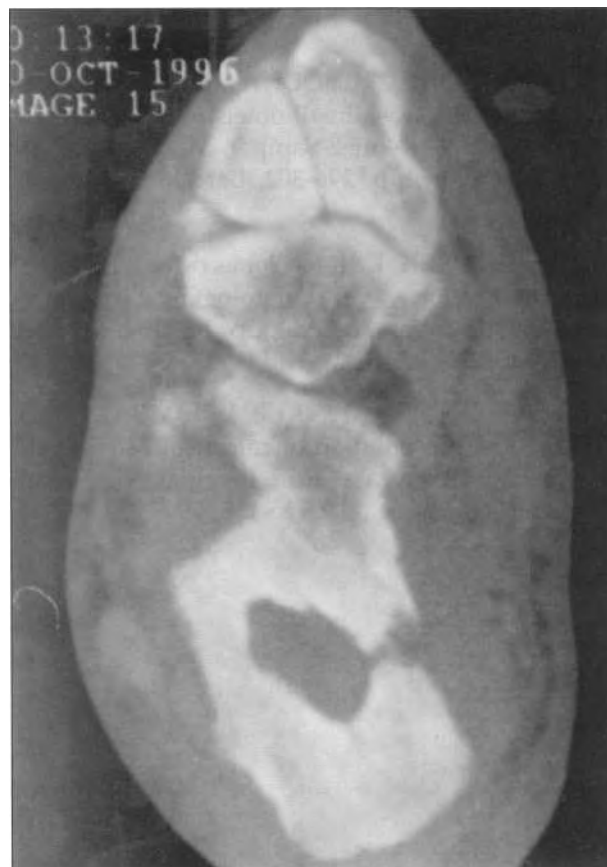


Fig. 4. TAC del calcáneo con la osteomielitis.

ja de alineamiento desde el talón, fue decisiva para imaginarnos la patogenia de la infección. La TAC precisó la ubicación del absceso intraóseo y facilitó la elección de la vía de abordaje para drenarlo.

Cuando se demuestra o se supone la existencia de pus en el interior de un hueso, es imperativa su evacuación. Mientras que el aporte de injerto óseo, de cemento impregnado con antibiótico o el empleo de colgajos son técnicas quirúrgicas complementarias optativas en el tratamiento de una osteítis del calcáneo, la antibioterapia y la inmovilización son obligadas. En algún caso especialmente rebelde podrían estar indicadas técnicas de resección más radicales (4, 5). El simple drenaje bastó como procedimiento quirúrgico, hasta la fecha, en nuestro caso.

Puesto que la curación de las infecciones en el calcáneo puede ser difícil, nuestros esfuerzos deben encaminarse primeramente a la prevención, extremando las medidas de asepsia y antisepsia ante cualquier acto que comunique el hueso con el exterior. Un tratamiento antibiótico profiláctico y una vigilancia estrecha en estos casos son también recomendables.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) FERRÁNDEZ, L.; CURTO, J. M., Y RAMOS, L.: Infecciones óseas. En «Biomecánica, medicina y cirugía del pie» (Núñez-Samper, M., y Llanos Alcázar, L.F., eds.), pp. 296-302, Barcelona, Masson, S.A., 1997.
- (2) MUNUERA, L.: Infecciones osteoarticulares. En «Introducción a la Traumatología y Cirugía Ortopédica» (Munuera, L., ed.), pp. 145-160, Madrid, Interamericana, McGraw-Hill, 1996.
- (3) ROGOFF, R. S.; TINKLE, J. D., Y BARTIS, D. G.: Unusual presentation of calcaneal osteomyelitis. Twenty-five years after inoculation. *J. Am. Podiatr. Med. Assoc.*, 87: 125-130, 1997.
- (4) SMITH, D. G.; STUCK, R. M.; KETNER, L.; SAGE, R. M., PINZUR, M. S.: Partial calcaneotomy for the treatment of large ulcerations of the heel and calcaneal osteomyelitis. An amputation of the back of the foot. *J. Bone Joint Surg.*, 74-A: 571-576, 1992.
- (5) STUART, D.: Pyogenic infections. En «Surgery of disorders of the foot and ankle» (Helal, B.; Rowley, D.; Cracchiolo, A., y Myerson, M. S., eds.), pp. 619-624, London, Martin Dunitz, 1996.
- (6) WANG, E. H. M.; SIMPSON, S., Y BENNET, G. C.: Osteomyelitis of the calcaneum. *J. Bone Joint Surg.*, 74 B: 906-909, 1992.