

LA SANIDAD PENITENCIARIA EN IMÁGENES

CASO CLÍNICO

Texto recibido: septiembre 2009

Texto aceptado: octubre 2009

Paciente de 41 años de edad que ingresa en nuestro centro en junio de 2009. Presenta antecedentes 10 meses antes, de herida por arma de fuego en su pierna derecha (con munición de postas y metralla) y desarrollo de una osteomielitis crónica metafisaria de su tibia.

Había sido sometido a dos intervenciones quirúrgicas en febrero y en marzo de 2009, con limpieza y aporte de injertos óseos; desde esas fechas continua con protección antibiótica a base de Amoxicilina / Clavulánico a dosis de 875 /125 tres veces al día.

En el momento del ingreso se aprecia un déficit cutáneo de 7 x 3 cm. con exposición ósea de un fragmento que sobresale aproximadamente 1 cm. por encima de la piel bajo su rodilla derecha (Imagen 1).

Se aprecia de forma macroscópica una pared de hueso compacto que envuelve áreas de hueso esponjoso reticulado, mostrando unas trabéculas irregulares correspondiente a parte de uno de los injertos óseos realizados. (Imágenes 2 y 3).

Nuestra actuación inicial consistió en mantener la protección antibiótica, desinfección y curas oclusivas periódicas, así como su derivación al servicio de traumatología de nuestro hospital de referencia.

El informe del servicio de traumatología ratifica nuestra actuación e informa que: "...el tratamiento definitivo de estas lesiones requiere concurso de equipos multidisciplinares en los que participen especialistas en cirugía plástica y reparadora, traumatólogos y especialistas en microcirugía. Aún así, muchas de estas lesiones acaban en amputación del miembro..." y proponen derivar al paciente a un centro que reúna estas características. Estando en este proceso, a primeros de septiembre de 2009, el paciente es puesto en libertad.

La osteomielitis crónica es un proceso de infección ósea cuya etiopatogenia es fundamentalmente por contaminación directa o exógena (a través de fracturas abiertas o post-quirúrgicas) así como por cronicación de una osteomielitis aguda hematógena por tratamiento inadecuado o tardío.

El germen causal más frecuente es *Staphylococcus aureus*¹, aunque se asiste a un incremento de otros gérmenes como *Streptococcus* Betahemolítico grupos A y B, *Pseudomona aeruginosa*, *Proteus mirabilis* y *Scherichia coli* entre otros.



Imagen 1.



Imagen 2.



Imagen 3.

La clínica se basa en una supuración crónica y fistulizaciones cíclicas de la zona afecta, presentando en fases de reagudización síntomas como dolor, calor local, enrojecimiento, tumefacción así como un aspecto externo característico con deformidad y engrosamiento óseo y alteraciones tróficas cutáneas. La repercusión sobre el estado general suele ser escasa.

El laboratorio muestra leucocitosis, con aumento de la velocidad de sedimentación y PCR positiva al inicio del proceso.

El diagnóstico se basa en técnicas de imagen (radiografías, tomografías seriadas, tomografías axiales computerizadas (TAC), fistulografías, resonancia nuclear magnética (RNM) y gammagrafías con Galio.

La evolución natural es tórpida y crónica; puede existir una degeneración maligna de partes blandas (carcinomas epidermoides de piel) o incluso osteosarcomas en la parte ósea afecta². La amiloidosis sistémica, es la principal complicación de forma generalizada. Puede ser necesario llegar a la amputación del miembro entre un 2 y 15% de los casos.

El tratamiento se basa en adecuada cobertura antibiótica y cirugía de amplia exposición y desbridamiento del tejido necrótico con osteoclisis. Otros tratamientos coadyuvantes son la oxigenoterapia hiperbárica³, electroestimulación, antibióticoterapia local gota a gota previo cultivo y antibiograma del material de secreción, con inmovilización del segmento afecto y también se recurre al relleno óseo con microesferas impregnadas en antibiótico⁴.

CORRESPONDENCIA

Vera-Remartínez, Enrique J. y
García-Guerrero, Julio
Servicio Médico del Centro Penitenciario
de Castellón I.
Carretera de Alcora, Km. 10
12071 Castellón.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barkin JA, Miki RA, Mahmood Z, Landy DL, Owens P. Prevalence of methicillin resistant *Staphylococcus aureus* in upper extremity soft tissue infections at Jackson Memorial Hospital, Miami-Dade county, Florida. *Iowa Orthop J.* 2009; 29: 67-73.
2. Wolf H, Platzer P, Vécsei U. Verrucons carcinoma of the tibia arising after chronic osteomyelitis: a case report. *Wien Klin Wochenschr* 2009; 121: 53-6
3. Goldman RJ. Hyperbaric oxygen therapy for wound healing and limb salvage: a systematic review. *PM R.* 2009 May; 1 (5): 471-89.
4. Virto MR, Elorza B, Torrado S, Elorza Mde L, Frutos G. Mejora de la poligentamicina (D, L-Láctico-co-ácido glicólico) microesferas para el tratamiento de la osteomielitis inducida por los procedimientos ortopédicos. *Biomateriales.* 2007 Feb; 28 (5): 877-85.