

# Osteomielitis crónica fistulosa de hallux: reporte de un caso

## Chronic fistulous osteomyelitis of hallux: case report

Ignacio Arzac Ulla<sup>1</sup>, Gustavo Fiorentini<sup>1</sup>, Graciela Carabajal<sup>2</sup>

### Descriptores:

Osteomielitis/diagnóstico;  
Osteomielitis/cirugía; Informes de  
casos

### Keywords:

Osteomyelitis/diagnosis;  
Osteomyelitis/surgery; Case reports

### RESUMEN

Las enfermedades infecciosas se conocen desde las primeras etapas del desarrollo humano. Es importante realizar un diagnóstico temprano en pacientes con infecciones musculoesqueléticas para evitar la morbilidad y mortalidad asociadas. El propósito de este trabajo es documentar una forma no habitual de osteomielitis fistulosa, su diagnóstico y tratamiento.

### ABSTRACT

Infectious diseases are known from the earliest stages of human development. It is important to make an early diagnosis in patients with skeletal muscle infections to prevent associated morbidity and mortality. The purpose of this paper is to document an unusual way of fistulous osteomyelitis, its diagnosis and treatment.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades infecciosas se conocen desde las primeras etapas del desarrollo humano. Se han encontrado signos de osteomielitis en restos fósiles y los síntomas ya se describen en libros de medicina antigua.<sup>(1)</sup> A pesar de ello, en la actualidad no es posible identificar criterios que permitan un diagnóstico confiable de la enfermedad. El término osteomielitis crónica supurativa involucra a los tres componentes del hueso: periostio, corteza y médula.<sup>(2)</sup>

El propósito de este trabajo es documentar una forma no habitual de osteomielitis fistulosa, su diagnóstico y tratamiento.

## REPORTE DE CASO

Paciente de sexo masculino de 60 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, fue internada en el servicio de Ortopedia y Traumatología por presentar una neoformación en hallux izquierdo (Figuras 1 y 2).

Al ingreso presentaba una tumoración bilobulada de fondo granulante y bordes netos, indolora, localizada en la región dorsal y distal del hallux que en su conjunto medía 6,5 cm de diámetro transversal por 5 cm de diámetro antero posterior, de 2 años de evolución. La misma comprometía partes blandas y lecho subungueal.

<sup>1</sup> Sección Pierna Tobillo y Pie, Hospital Churruca, Buenos Aires, Argentina.

<sup>2</sup> Servicio de Patología, Hospital Churruca, Buenos Aires, Argentina.

### Autor correspondiente:

Ignacio Arzac Ulla  
E-mail: ignacioarzac@hotmail.com

### Conflicto de interés:

no

### Recibido en:

29/12/2015

### Aceptado en:

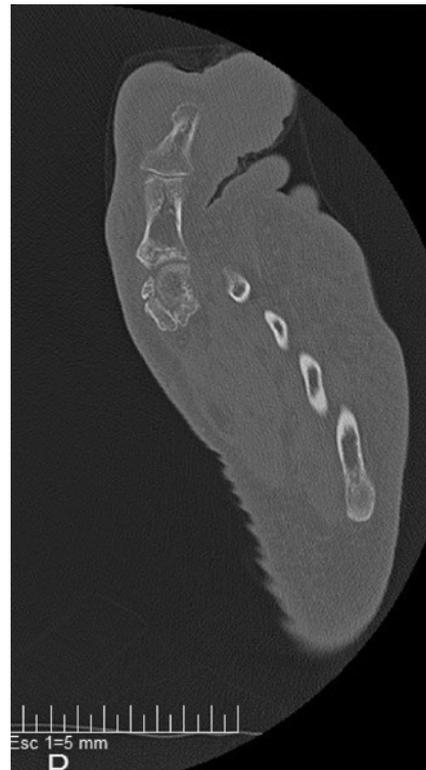
5/5/2016



**Figuras 1 y 2.** Neoformacion en hallux

Las radiografías de pie izquierdo frente, oblicuo y perfil no mostraron lesiones óseas (Figuras 3, 4 y 5). En la tomografía computada de pie si bien no se observaron lesiones óseas, se pudo apreciar la infiltración de la masa tumoral en el tejido celular subcutaneo del

hallux (Figura 6). En el centellograma con tecnecio-99 unido a MDP no se evidenció captación patológica de radionucleido en pierna izquierda.



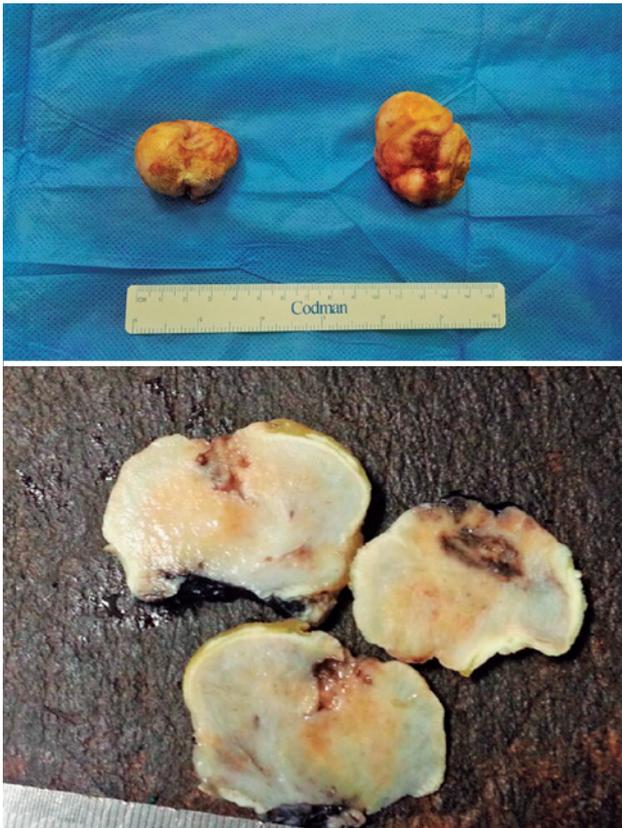
**Figura 6.** Tomografía axial computada de pie



**Figuras 3, 4 y 5.** Las radiografías de pie izquierdo frente (A), oblicuo (B) y perfil (C)

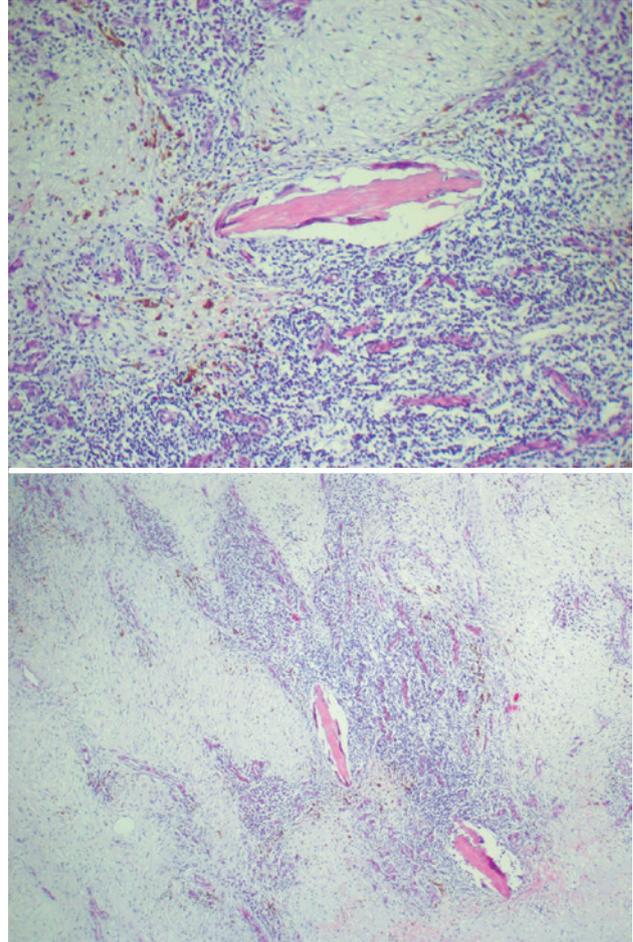
Se realizó interconsulta con Dermatología de nuestro hospital quienes tomaron una biopsia de la lesión cutánea las cuales fueron remitidas por el servicio de anatomía patológica como dermatitis necrotizante, fibrosis dérmica y tejido cicatrizal.

Luego de estos resultados, se realizó la exéresis de las tumoraciones y se enviaron a anatomía patológica (Figuras 7 y 8).



**Figuras 7 y 8.** Corte anatómico y patológico de lesión tumoral

Se recibieron los resultados histopatológicos cutáneos y óseos. En las secciones histológicas se visualiza tejido conectivo edematoso, mixoide, con vasos de neoformación, depósitos de hemosiderina, infiltrado inflamatorio mixto, difuso, de baja densidad y, a nivel del área quística descrita, espículas óseas necróticas, rodeadas parcialmente por células gigantes multinucleadas (Figuras 9 y 10) que confirmaron el diagnóstico histológico que comprendía a una lesión inflamatoria exuberante vinculable a un proceso osteomielítico fistulizado. Con la exéresis tumoral el paciente remitió el cuadro.



**Figuras 9 y 10.** Cortes histopatológicos

## DISCUSIÓN

La osteomielitis es un proceso inflamatorio que produce destrucción ósea y es causada por diversos microorganismos. La infección puede estar limitada a una porción del hueso o puede involucrar varias regiones como corteza, periostio, medula y partes blandas.<sup>(1,3,4)</sup>

El síndrome clínico asociado a la invasión inicial por microorganismos se conoce como osteomielitis aguda. Si la infección no es completamente erradicada, se produce una interacción entre el crecimiento bacteriano y la formación reactiva de hueso que resulta en una osteomielitis crónica. Algunos pacientes, en los que la forma aguda es subclínica, desarrollan defensas que limitan la enfermedad a una zona determinada del hueso. A esta última, se la denomina osteomielitis subaguda.<sup>(5)</sup>

Existe una variedad de osteomielitis supurativa secundaria a diseminación por vía hematológica. Esta, a su vez, puede ser aguda, subaguda o crónica.<sup>(6-8)</sup>

Trueta et al.<sup>(9)</sup> clasificaron las osteomielitis supurativas en 3 etapas. La primera caracterizada por dolor óseo localizado, sin signos inflamatorios de partes blandas. En la segunda etapa, la infección llega al espacio sub periostico y los síntomas locales suelen ser mas intensos y en la ultima, existe compromiso de partes blandas.

La osteomielitis supurativa aguda se caracteriza por dolor intenso, inflamación, aumento de la temperatura en la zona afectada y secreción purulenta. La osteomielitis supurativa crónica es similar pero los síntomas son mas solapados. Puede presentar fístulas que drenan secreción purulenta y secuestros óseos. Generalmente es asintomática ya que el proceso infeccioso esta encapsulado y separado del resto del hueso. La forma crónica puede ser secundaria a la evolución de una osteomielitis aguda que no fue diagnosticada correctamente o cuyo tratamiento no fue bien implementado.<sup>(6,7)</sup>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Elena Roche ML, García-Melgares CL, Martín-González B, Fortea JM. Fístula cutánea crónica secundaria a osteomielitis mandibular. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97(3):203-5.
2. Mallikarjun K, Kohli A, Kumar A, Tanwar A. Chronic suppurative osteomyelitis of the mandible. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2011;29(2):176-9.
3. Lew DP, Waldvogel FA. Osteomyelitis. *N Engl J Med.* 1997;336:999-1007.
4. Wavogel FA, Vasey H. Osteomyelitis: the past decade. *N Engl J Med.* 1980;303:360-70.
5. Walter G, Kammerer M, Kappler C, Hoffmann R. Treatment algorithms for chronic osteomyelitis. *Dtsch Arztebl Int.* 2012;109(14):257-64.
6. Spazzin AO, Camargo B, De Conto F, Flores ME. Osteomielite dos maxilares. *Rev Médica HSVP.* 2004;16(34):23-7.
7. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *A textbook of oral pathology.* Philadelphia: W.B. Saunders; 1974.
8. Cierny G, Mader JT, Pennink JJ. A clinical staging system for adult osteomyelitis. *Clin Orthop Relat Res.* 2003;(414):7-24.
9. Trueta J. The three types of acute hematogenous osteomyelitis. *J Bone Joint Surg Br.* 1959;41:796-809.