

## NEONATO CON INFLAMACIÓN ARTICULAR.

A. Caro\*, C. Martínez, A. Almécija, E. Giangaspro.

Hospital universitario 12 de Octubre

Ana Caro Barri: C/Embajadores 208 2ºC, 28045, Madrid. Tlf. 650244196,

anataro@hotmail.com

Lactante de 1 mes y 4 días de edad que acude a urgencias por presentar tumefacción de tobillo derecho y hombro derecho con pseudoparálisis. Ingresó por fiebre sin foco en otro hospital a los 15 días de vida, con cultivos bacterianos negativos, no estableciéndose tratamiento antibiótico. A los 16 días de vida empieza con edema y eritema en tobillo derecho. En urgencias está afebril, con aceptable estado general y se observa tumefacción del hombro derecho con dolor e impotencia funcional, tumefacción dolorosa y sin flogosis en tobillo derecho y tumefacción redonda en hemitórax izquierdo que parece depender de costilla. Tenía leucocitosis sin neutrofilia y aumento de reactantes de fase aguda. Se solicitan: ecografía articular donde se ve gran aumento de partes blandas yuxtaósea, radiografía simple de las extremidades afectas con hallazgo de imágenes osteolíticas y se realiza punción-aspiración de la articulación humeral, donde informan cocos gran positivos.

Se ingresa por sospecha de osteomielitis y se inicia tratamiento con cefotaxima y cloxacilina IV, que tras el ingreso se cambia a vancomicina y cloxacilina IV hasta resultados de cultivos. Ante la constatación de multifocalidad, se realizó serie ósea y gammagrafía ósea con Tc que detectaron otro foco osteomielítico en húmero izquierdo. Se aísla un *Staphylococcus aureus* meticilin-resistente (MRSA) en el hemocultivo y cultivo de punción articular, por lo que se cambia tratamiento antibiótico a vancomicina y rifampicina. Se mantiene tratamiento intravenoso hasta mejoría clínica y de parámetros analíticos (4 semanas), momento en el que se pasa a antibioterapia oral con cotrimoxazol y rifampicina (3 semanas). La madre se identificó como portadora de MRSA y fue tratada con mupirocina tópica.

*Discusión:* La osteomielitis neonatal es una patología rara que requiere un elevado índice de sospecha para su diagnóstico precoz. Al inicio se presenta con sintomatología inespecífica y/o focal, y en la mayor parte de los casos sin clínica sistémica, como en nuestra paciente. Debido a las particularidades anatómicas, es frecuente en el neonato que la afectación sea multifocal y que se afecte la articulación y el tejido celular subcutáneo adyacentes. El agente etiológico más frecuente es el *Staphylococcus aureus*, seguido de *Streptococcus* del grupo B y bacilos gram negativos. Desde hace varios años se observan infecciones de piel, tejido celular subcutáneo y hueso donde se aíslan MRSA en pacientes de la comunidad sin factores de riesgo. Esta bacteria presenta un patrón de resistencias característico, lo que condiciona su manejo antibiótico.