

RESUMEN DE COMUNICACIÓN



*Sociedad Española de
Infectología Pediátrica*

Nº. Comunicación:
(No rellenar)

157

AUTOR PRINCIPAL (a efectos de correspondencia)

Apellidos: Solo de Zaldívar Tristancho

Nombre: María

Dirección:

Ciudad: [REDACTED]

C.Postal: [REDACTED]

Provincia: [REDACTED]

Teléfono: [REDACTED]

E-mail: [REDACTED]

Fax: [REDACTED]

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título: OSTEOMIELITIS CRONICA MULTIFOCAL POR COXIELLA BURNETTI

Centro de trabajo: HOSPITAL INFANTIL VIRGEN DEL ROCIO. SEVILLA.

Autores: María Solo de Zaldívar Tristancho, Eva Ximénez Verresen, Estrella Peromingo Matute, M^aSoledad Camacho Lovillo

Texto: Introducción: La fiebre Q es una zoonosis causada por *Coxiella burnetii*, transmitida por contacto con animales a través de la inhalación de aerosoles contaminados. Su espectro clínico es muy amplio (60% asintomático) y la incidencia en niños desconocida. La forma aguda se manifiesta como fiebre autolimitada, neumonía y hepatitis, mientras que la enfermedad crónica se presenta la mayoría de las veces como endocarditis y osteomielitis. En la forma de presentación están involucrados posiblemente factores del huésped.

Caso clínico: Niña de 3 años, sin antecedentes familiares de interés, trasladada en Septiembre del 2006 desde hospital comarcal para estudio de masa dorsal vertebral. Como antecedentes personales destacaba inflamación en base del primer metacarpiano izquierdo de un año de evolución, seis meses antes traumatismo leve costal izquierdo con pseudoparálisis transitoria en extremidad superior izquierda y cuatro meses atrás tumoración paraesternal izquierda diagnosticada de absceso de pared torácica, que requirió tratamiento quirúrgico y antibiótico con una evolución muy tórpida. No contacto con animales, salvo un abuelo que trabajaba con caballos y contacto esporádico con crías de gatos; tampoco refería consumo de productos no pasteurizados. Los meses previos al ingreso en nuestro hospital, comenzó con fiebre alta acompañada de dolor dorsal, por lo que se inició tratamiento antibiótico empírico. En prueba de imagen se evidenció masa dorsal vertebral. A su llegada a nuestra unidad, la paciente presentaba buen estado general, afebril, no dolor a la motilidad y palpación de columna dorsal, sin otros hallazgos en la exploración. Pruebas complementarias: mapa óseo con imágenes osteolíticas en cabeza de húmero izquierdo, fémur derecho y aplastamiento vertebral en D10. Gammagrafía ósea: aumento de captación del radioisótopo en D10 y cabeza de húmero izquierdo. Ecografía abdominal, TAC de tórax y abdomen: normales. TAC/RNM de columna: lesión osteolítica en D10 con lesión ocupante de espacio extradural con efecto masa. Hemograma: neutrofilia relativa y anemia de procesos crónicos. VSG: 55mm/h y PCR normal. Ecocardiografía: pequeña CIA, sin más hallazgos. Marcadores tumorales, pruebas reumatológicas, serologías de *Bartonella haeselenae* y *Brucella melitensis*, Mantoux, diferentes cultivos: negativos. Estudio inmunológico básico y cuantificación de MBL dentro de la normalidad. Anatomía patológica: muestras del húmero informado como normal y de muñeca informado como nódulo reumatoideo.

Se descartó causa tumoral y se inició tratamiento con cloxacilina intravenosa con buena respuesta clínica. Es dada de alta con control ambulatorio, y dos meses más tarde comienza con fiebre y tumefacción del dorso del pie derecho sin afectación del estado general. Se realiza biopsia de tibia distal informada como normal. Rx de pie: necrosis del escafoide. RNM de columna dorsal de control: acúñamiento de D10 con edema que se extendía hasta D9 con masa de partes blandas extendiéndose hacia el canal espinal. Serología de *Coxiella Burnetti* (IFI): Ig G Fase I: 1/32000, Ig G Fase II 1/16000, IgM e IgA negativos. Se envía muestra del pie a laboratorio de referencia para realizar PCR de *Coxiella burnetii* que resulta positiva. Se inicia tratamiento con rifampicina más ciprofloxacino orales en Febrero del 2007, además de limpieza quirúrgica del absceso del pie que es informado en anatomía patológica como osteomielitis granulomatosa necrotizante. Se realizó estudio del eje IFN gamma/IL-12/IL-23, que resultaron normales.

En los meses siguientes la evolución fue muy tórpida, apareciendo un foco de osteomielitis en rodilla derecha que evolucionó satisfactoriamente, y el pie derecho sufrió un empeoramiento con absceso astragalino, edema de cuñas, celulitis, miositis y sinovitis, precisando múltiples intervenciones quirúrgicas. Sufrió infección nosocomial de herida quirúrgica por *Pseudomonas fluorescens*. En la muñeca derecha apareció un nódulo inflamatorio que precisó drenaje. A los cuatro meses de iniciar tratamiento presentó episodio autolimitado de dolor dorsal y febrícula, apreciándose en la RMN osteomielitis vertebral (D9,D10,D11) y extenso absceso epidural anterior con moderada estenosis del canal raquídeo sin evidencia de mielopatía. Se decide actitud expectante con control clínico y RMN periódicas.

Actualmente, un año tras iniciar tratamiento específico, está cerrada la herida, se regeneran los huesos del pie y está comenzando a caminar. El estado general de la niña es excelente, la VSG se ha normalizado (7 mm/h) y han disminuido los títulos de anticuerpos (IgG Fase I: 1/8192). La paciente presenta cojera residual y cifosis dorsal que requiere tratamiento ortopédico.

Discusión: La osteomielitis multifocal recurrente por fiebre Q en niños es un diagnóstico difícil apoyado en la evolución recurrente, afectación axial y presencia de abscesos con lesiones granulomatosas. Este caso se suma a otros tres descritos en la literatura. El diagnóstico es serológico. Deben descartarse defectos inmunológicos en la vía del IFN. La evolución es torpida a pesar de tratamiento adecuado y el descenso de anticuerpos es lento e incluso inexistente en algunos pacientes. En nuestra paciente se inició un descenso de los títulos que coincidió con mejoría clínica significativa, aunque con empeoramiento de la lesión en la columna vertebral.

Modalidad de presentación preferida: Oral Póster

Este formato deberá enviarse debidamente cumplimentado como archivo adjunto a la dirección correo electrónico ibercongress@ibercongress.net. **Secretaría Técnica.**