

Absceso de Brodie como complicación tras retirada de agujas de Kirschner del húmero en un niño. Tratamiento médico y quirúrgico.

García Guirao A.J., Romero Sánchez M., Gómez Haccart P., Martín Antúnez J, López Muñoz L.

INTRODUCCIÓN:

El absceso de Brodie consiste en una forma poco frecuente de osteomielitis subaguda, principalmente de causa hematógena, siendo el *S. aureus* el germen aislado hasta en un 50% de los casos. Suele afectar a individuos jóvenes, siendo la principal localización en la infancia y adolescencia en la metáfisis de los huesos largos. El tratamiento de elección serán los antibióticos orales, reservando la cirugía para los casos falta de respuesta al tratamiento conservador.

OBJETIVOS:

Se presenta el caso de un niño con un absceso de Brodie en húmero proximal tras retirada de material de osteosíntesis, siendo tratado con curetaje y relleno con perlas de fosfato cálcico con antibiótico. Se presentan nuestros resultados clínicos y radiológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de 13 años que sufre epifisiolisis tipo II de extremo proximal de húmero, realizándose reducción cerrada y fijación percutánea con 3 agujas de Kirschner, que son retiradas a las 6 semanas tras consolidación de la fractura. Una semana después el paciente acude a urgencias por dolor e impotencia funcional del hombro, acompañado de febrícula. Se realiza ecografía donde se aprecia absceso subdeltoideo y se toma muestra ecoguiada, aislándose *S. aureus* meticilin sensible en los cultivos. Ante la sospecha de osteomielitis se realiza RMN que confirma la presencia de un Absceso de Brodie en húmero proximal, así como la colección subdeltoidea fistulizada a piel. El paciente es tratado con antibioterapia intravenosa cefazolina y rifampicina) siendo posteriormente intervenido mediante desbridamiento de las partes blandas, curetaje de la cavidad ósea y relleno con perlas de sulfato cálcico reabsorbibles mezcladas con antibiótico tópico (vancomicina y tobramicina).

RESULTADOS:

El paciente presenta una evolución postoperatoria satisfactoria, con mejoría clínica y de los parámetros analíticos. Al alta, se cambia el tratamiento antibiótico por cefadroxilo y rifampicina por vía oral, que lo mantendrá durante 6 semanas. Una vez completado el tratamiento antibiótico, el paciente se encuentra sin dolor y con balance articular completo. Se realiza RMN de control que objetiva mejoría de la inflamación, cura de la fístula y disminución de la lesión ósea.

CONCLUSIONES:

El tratamiento del absceso de Brodie varía desde el uso de antibióticos e inmovilización del miembro hasta curetaje de la lesión con antibioterapia postoperatoria, pudiendo rellenar el espacio con injerto de hueso esponjoso o perlas con antibiótico. Se reserva el curetaje para las lesiones mayores de 3cm, la falta de respuesta a los antibióticos orales o la afectación circundante de las partes blandas. El relleno de la cavidad con perlas de sulfato cálcico impregnadas en antibiótico mejora los resultados quirúrgicos y ayuda a controlar la infección. Hay controversia respecto a la duración total del tratamiento antibiótico, con un consenso general de 6 a 8 semanas.

BIBLIOGRAFIA:

Olasinde AA, Oluwadiya KS, Adegbehingbe OO. Treatment of Brodie's abscess: excellent results from curettage, bone grafting and antibiotics. Singapore Med J 2011; 52(6) 436.

Shih HN, Shih LY, Wong YC. Diagnosis and treatment of subacute osteomyelitis. J Trauma. 2005; 58(1): 83-87.

G. Moragues Sbert, M.J. Soletto Roncero, A. del Río Mangada, J.A. Toribio Pons. Absceso de Brodie. Acta Pediatr Esp. 2006; 64(9): 443-445.

Gledhill RB. Subacute osteomyelitis in children. Clin Orthop Relat Res 1973; 57-69.

