

# ABSCESO DE BRODIE EN EL NIÑO Y SU MANEJO TERAPÉUTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Álvarez Campillo JL, Abad Zamora JM, Merino Gallardo B, Rojas Alcario A.

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El absceso de Brodie es un tipo de osteomielitis subaguda hematógena localizada. Se caracteriza por la formación de un absceso intraóseo bien delimitado en el contexto de una infección ósea.

Debido a la ausencia de síndrome infeccioso general, normalidad en las pruebas de laboratorio y dificultad en la interpretación radiológica, tiene un difícil diagnóstico.

Suele afectar a individuos jóvenes, y en la infancia y adolescencia la localización principal es metafisaria, sobre todo de huesos largos. Prueba diagnóstica de elección es la RMN.

El patógeno más frecuentemente implicado es el *Staphylococcus aureus* (50%).

El tratamiento es controvertido, siendo principalmente antibioterapia iv. el tratamiento de elección, reservando el desbridamiento quirúrgico para abscesos >3cms y falta de respuesta a ATB.

Como objetivo tenemos exponer un caso para debatir sobre la controversia del tratamiento de elección de la patología.



## MATERIAL Y MÉTODO

Varón de 5 años que consulta en urgencias por fiebre y cojera de 2 semanas de evolución. En la exploración destaca dolor a la palpación inguinal izquierda y a la rotación interna y externa de la cadera ipsilateral. No se objetivan signos inflamatorios locales. Rx y ECO normales. En analítica sólo destaca PCR 23mg/L. Ante la sospecha de infección osteoarticular se inicia tratamiento con cloxacilina endovenosa.

Se realiza gammagrafía ósea en la que destaca hipercaptación en cabeza y cuello femoral compatible con osteomielitis femoral proximal izquierda y RMN: absceso de Brodie 23mm en cuello femoral.

Respuesta al tratamiento antibiótico favorable, quedando afebril, sin dolor ni limitación funcional y normalización de PCR.

Se decide manejo conservador mediante antibioterapia endovenosa 14d con cloxacilina+cefuroxima oral 4 semanas más.

A las 48h de finalizar el tratamiento reaparece la fiebre. Exploración física normal, PCR normal.

El paciente es ingresado y se reinicia terapia endovenosa con cefuroxima.

Se solicita nueva RMN: persistencia del absceso; por lo que se realiza drenaje+curetaje quirúrgico +ATB 6 semanas.



## RESULTADOS

- Evolución satisfactoria del paciente durante el postoperatorio y la hospitalización
- Resolución de la patología sin secuelas al alta y en posteriores revisiones.

## CONCLUSIONES

Aunque la tendencia es hacia un manejo médico conservador, debemos considerar el tratamiento quirúrgico en las siguientes situaciones:

- -Absceso >3mm.
- -Evolución desfavorable tras 48-72 horas de ATB iv.
- -Existencia de cloaca en RMN dando lugar a fístulas.
- -Afectación de tejidos adyacentes.

