

Patógeno inusual de absceso de Brodie.

A propósito de un caso

**García Sánchez, L¹. Gaspar Aparicio, N².
Jimenez Ortega, P³. González Lozoya, I¹.
Viejobueno Mayordomo, M.C¹. Alfaro Micó, J¹.**



1Médico Interno Residente Cirugía Ortopédica y Traumatología. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.
2Facultativo Especialista Área Cirugía Ortopédica y Traumatología. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.
3Jefe Servicio Cirugía Ortopédica y Traumatología. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

INTRODUCCIÓN

El absceso de Brodie es un tipo de osteomielitis subaguda hematógena característica de la infancia y adolescencia, en la metáfisis de huesos largos de miembros inferiores. El microorganismo aislado hasta en un 50% de las ocasiones es el *S. aureus*, seguido de *Streptococcus*, *Pseudomonas* y *Klebsiella*. La radiografía muestra lesión lítica con borde escleroso, siendo necesaria en ocasiones la resonancia magnética (RNM). El tratamiento de elección son los antibióticos orales, reservándose el desbridamiento quirúrgico ante una evolución tórpida.

OBJETIVOS

Presentación de un caso clínico de absceso de Brodie. Evaluamos síntomas y pruebas diagnósticas. Repasamos los diagnósticos diferenciales y evolución clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisó un caso clínico del Hospital General Universitario de Albacete con esta patología que precisó tratamiento quirúrgico y antibioterapia con evolución favorable.

RESULTADOS

Varón de 17 años que presenta dolor y tumefacción de rodilla derecha, sin traumatismo previo ni otros antecedentes de interés, de 4 semanas de evolución, asociando febrícula los últimos días. En la exploración, existe aumento de temperatura local, tumefacción y dolor con limitación de la extensión. La radiografía, evidenciaba lesión lítica en metáfisis proximal de tibia (Fig.1); la RNM revela varias lesiones líticas bien definidas, asociando masa de partes blandas adyacentes. Tras administración de contraste existe realce periférico compatible con osteomielitis, abscesos de Brodie comunicado a partes blandas (Fig.2). Tras el diagnóstico de absceso de Brodie complicado realizamos tratamiento quirúrgico. Se inició antibioterapia empírica con cloxacilina i.v y gentamicina i.v, hasta resultado microbiológico: *Salmonella* entérica. Pautando entonces tratamiento antibiótico específico con cefixima y sulfametoxazol/trimetoprim, evolucionando satisfactoriamente.



Fig.1 Radiografía A-P y lateral de rodilla: lesión lítica en metáfisis proximal de tibia derecha.



Fig.2 RNM: lesiones líticas bien definidas, asociando masa de partes blandas adyacente, compatible con absceso de Brodie

CONCLUSIONES

El absceso de Brodie causado por *Salmonella* es muy infrecuente en pacientes sin hemoglobinopatías o inmunodeprimidos. Siendo los serotipos no typhi, que se transmiten a través de productos de origen animal los más frecuentes. Importante el diagnóstico diferencial con otras lesiones (osteoma osteoide, granuloma eosinófilo, quiste óseo solitario, sarcoma de Ewing, metástasis) en función de la edad, la clínica y la localización de la lesión, ayudados por la RNM donde aparece un signo característico entre el absceso y el hueso medular, llamado "signo de la penumbra".

BIBLIOGRAFÍA

1. Pranshu Agrawal¹, Anshul Sobti¹. A Brodie's abscess of femoral neck mimicking osteoid osteoma: diagnostic approach and management strategy. *Ethiop J Health Sci.* 2016 Jan;26(1):8
2. Manandhar RR, Lakhey S, Panthi S, Rijal KP. Arthroscopically Assisted Evacuation of Brodie's Abscess of Distal Femur. *Cureus.* 2017 Jan 6;9(1):e959.
3. Kanoun ML, Khorbi A, Khmiri C, et al. Diagnosis and treatment of Brodie's abscess in adults: about twenty cases. *Tunis Med.* 2007;85:857-861.
4. KC Ip, YL Lam, Robert YP Chang. Brodie's abscess of the ulna caused by *Salmonella typhi*. *Hong Kong Med J* Vol 14 No 2 April 2008.
5. Guehring T, Daniels M, Dellling G, Carstens C, Ludwig K. Ankle pain in a 13-year-old boy. *Clin Orthop Relat Res.* 2005; 438: 288-294.

