

Osteomielitis por *Salmonella* grupo B en paciente portador sano

Sr. Editor:

La osteomielitis es una infección purulenta de los huesos, cuyo origen generalmente está en una bacteriemia oculta y cuyo principal agente causal en todos los grupos de edad es *Staphylococcus aureus*. Sin embargo, *Salmonella* está implicada frecuentemente en niños con anemia falciforme, favorecida por los infartos óseos que sufren, y por una especial predisposición a la bacteriemia en los pacientes inmunodeprimidos. La infección del tejido óseo por *Salmonella* es una rareza en personas sin factores de predisposición y básicamente se desconoce por qué puede ocurrir en ellos.

En una revisión de la literatura especializada, hemos visto descritos algunos casos en los que se aisló *Salmonella* en los cultivos de aspirado o biopsia del hueso afectado, en niños sanos de entre 10 y 16 años¹⁻⁵.

Presentamos el caso de un niño de 3 años y 5 meses de edad que, sin factores favorecedores para la infección por *Salmonella*, padeció una osteomielitis del tarso y metatarso del pie derecho, un mes después de haber sufrido una gastroenteritis aguda resuelta espontáneamente.

Se trata de un niño de 3 años y cinco meses, previamente sano, que refiere como único antecedente haber padecido una gastroenteritis aguda de intensidad moderada un mes antes de la consulta. Siete días antes del ingreso comienza con claudicación en la marcha de la extremidad inferior derecha sin traumatismo previo reconocido ni signos externos de inflamación. Es tratado con vendaje compresivo que se retira 5 días después sin apreciarse mejoría. En ese momento presenta leve tumefacción del dorso del pie derecho. El día del ingreso se inicia fiebre moderada y a la exploración llama la atención la tumefacción dolorosa al tacto, rojo-violácea y caliente en la zona media del dorso del pie derecho, sin otras alteraciones.

Se realizan las siguientes exploraciones complementarias: radiografía de pie derecho normal; hemograma con 15.900 leucocitos (50,9% segmentados; 40% linfocitos; 4,6% monocitos), serie roja y plaquetas normales; sistemático y sedimento de orina normales; proteína C reactiva (PCR) 9,6 mg/l; inmunoglobulinas y complemento dentro de valores normales; la antiestreptolisina O (ASO) fue de 87 U/ml; el factor reumatoide y los anticuerpos antinucleares negativos; serología para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y *Brucella* también negativas; la prueba de tuberculina fue negativa a las 48-72 h. El hemocultivo fue negativo.

Al ingreso, con la sospecha diagnóstica de infección osteoarticular del tarso derecho, se inició tratamiento con cloxacilina (200 mg/kg/día) y cefuroxima (150 mg/kg/día). A los 4 días persistía la fiebre y se apreciaba aumento de la tumefacción, por lo que dada la localización de la infección en el pie y no pudiendo excluir la implicación de *Pseudomonas* en el proceso, se sustituye la cefuroxima por ceftazidima (50 mg/kg/6 h). Dos días después la fiebre continúa, repitiéndose la radiografía de pie derecho que sigue siendo normal, y una nueva determinación de PCR fue de 22,6 mg/l. Se decide sustituir la cloxacilina por vancomicina (60 mg/kg/día) manteniendo la ceftazidima. La fiebre desaparece a los 7 días del ingreso.

Al décimo día se realiza una resonancia magnética (RM) de pie derecho apreciándose imágenes indicativas de infección osteoarticular tarsometatarsiana en primera y segunda cuña y primer metatarsiano. A los 12 días del ingreso se repite la radiografía de pie derecho apareciendo imagen lítica en primera cuña de pie derecho.

A los 14 días desde el ingreso se recibió un coprocultivo positivo para *Salmonella* del grupo B sensible a ampicilina y trimetoprima-sulfametoxazol. Con la posibilidad de que ese germen pudiera estar implicado en la osteomielitis del paciente se decidió sustituir la ceftazidima por aztreonam (30 mg/kg/6 h) considerando que este último cubre mejor ambas, *Salmonella* y *Pseudomonas*. La PCR a los 15 días es menor de 3,5 mg/l.

A los 28 días del ingreso y ante la persistencia de tumefacción dolorosa se decide practicar intervención quirúrgica durante la cual se evacua contenido seropurulento de la primera cuña del pie derecho. En el cultivo del exudado óseo se aísla *Salmonella* del grupo B, confirmándose por tanto el diagnóstico de osteomielitis por *Salmonella* del grupo B en un niño previamente sano sin factores predisponentes, dado que la electroforesis de hemoglobinas fue normal y no existían datos de déficit inmunitario. Se cambia el tratamiento a cefotaxima (300 mg/kg/día), manteniéndose durante 10 días y continuando después hasta el alta, durante otros 10 días más, con ceftriaxona por vía intravenosa (80 mg/kg/24 h).

Tras el drenaje de la herida y la antibioticoterapia expuesta se observó la mejoría progresiva del paciente, al cual se da el alta a los 48 días del ingreso. El tratamiento se completa en el domicilio, recibiendo durante 3 semanas más trimetoprima-sulfametoxazol por vía oral.

Queremos destacar que *Salmonella* puede ser causa de osteomielitis en niños sanos, sin inmunodeficiencias, y que el estado de portador asintomático tras una infección gastrointestinal aguda por *Salmonella* puede suponer un riesgo de infecciones localizadas en el hueso, como así sucedió en nuestro paciente. El paciente que presentamos permite sugerir que mientras persista *Salmonella* en el tracto gastrointestinal hay un riesgo de complicaciones a distancia.

**M. Penín Antón, J.A. Gómez Carrasco,
M. Leal Beckouche y E. García De Frías**

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Departamento de Especialidades Médicas. Universidad de Alcalá. Madrid. España.

Correspondencia: Dr. J.A. Gómez Carrasco.
Departamento de Especialidades Médicas de la UA. Facultad de Medicina. Campus Universitario.
Ctra. de Meco, s/n. 28805 Alcalá de Henares. Madrid. España.
Correo electrónico: joseangel.gomez@uah.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Markeas N, Stamos G, Paraskakis I. Clinical microbiological case: Acute osteomyelitis in a previously healthy child. *Clin Microbiol Infect* 2003;9:133-4,157-8.
2. Le CT. *Salmonella* vertebral osteomyelitis: A case report with literature review. *Am J Dis Child* 1982;136:722-4.
3. Sucato DJ, Gillespie R. *Salmonella* pelvis osteomyelitis in normal children: Report of two cases and a review of the literature. *J Pediatr Orthop* 1997;17:463-6.
4. Tomczak RL, Melonakos A, Mabry MG, Wrege S. Acute hematogenous *Salmonella osteomyelitis* in a nonsickle cell infant. *J Am Pediatr Med Assoc* 1988;78:535-8.
5. Hunt BK, Gibson WK, Mitchell DK. *Salmonella braenderup* sacroiliac osteomyelitis in a nonsickle cell patient: Case report. *Bull Hosp Jt Dis* 1996;55:86-7.