

2024

19°

Congreso internacional de
**DIAGNÓSTICO POR
IMÁGENES DE CÓRDOBA**

50°

Encuentro de Residentes

10°

Congreso de Bioimágenes

OSTEOMIELITIS DE RÓTULA POR MICOBACTERIAS

Autores:

Bricco, Larisa. - Perez, Soledad de los Ángeles.

Diagnóstico por Imágenes - Hospital Privado Universitario de Córdoba.
Ciudad de Córdoba. Córdoba. Argentina.

E-mail de contacto: larisa.imagenes@gmail.com

Declaramos no tener conflicto de intereses.



PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 69 años, con antecedentes de obesidad, linfangitis crónica y úlceras en miembros inferiores.

Presentó cuadro de gonalgia izquierda leve y sobreinfección de úlceras en pierna homolateral, tratado con múltiples esquemas antibióticos durante 6 meses, sin respuesta favorable.

Es derivado a nuestra institución para su estudio y tratamiento. Se realiza ecografía de rodilla izquierda (Fig.1) y Resonancia magnética (RM) con contraste endovenoso (Gadolinio) (Fig.2) que objetivan signos a favor de osteomielitis rotuliana de etiología atípica. Se realiza biopsia ósea que informa infección por *Mycobacterium chelonae*.

Inicia tratamiento dirigido pero intercorre con shock séptico y fallece.

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

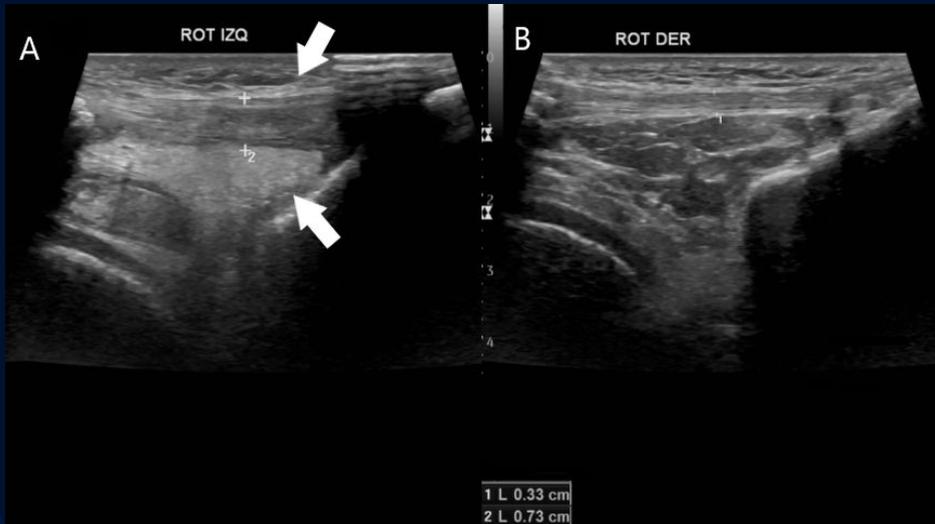


Fig. 1 Ecografía de ambas rodillas en proyección longitudinal. (A) Engrosamiento y cambios inflamatorios del tendón rotuliano y la grasa de Hoffa izquierda (flechas), con leve derrame articular, en comparación con la contralateral (B).

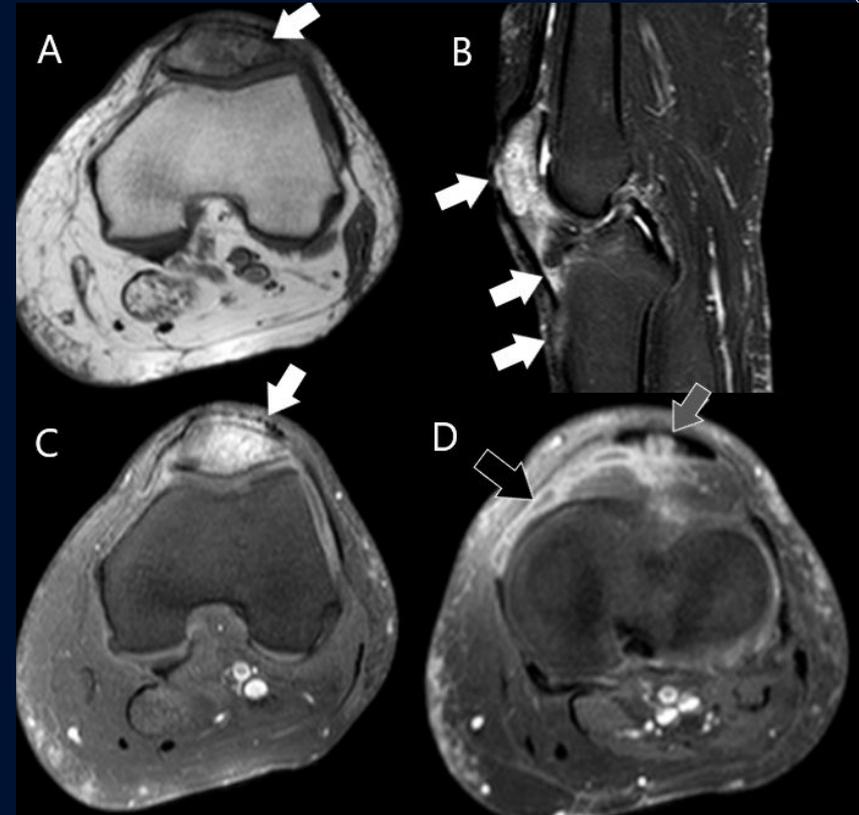


Fig 2. Resonancia magnética. (A) Axial T1, (B) Sagital STIR, (C y D) Axial T1 Fat-Sat con gadolinio ev. Marcado edema óseo con intenso realce con gadolinio en rótula, tuberosidad tibial anterior y margen anterior de la espina tibial (flecha blanca). Leve derrame articular con realce sinovial (flecha negra) y cambios inflamatorios en el tendón rotuliano (flecha gris).

DISCUSIÓN

Las micobacterias atípicas (MA) son gérmenes ubicuos que pueden ser patógenos por inoculación directa con puerta de entrada cutánea en un huésped con insuficiencia vascular y mala perfusión.^{1,2}

La mayoría de infecciones por MA son principalmente pulmonares, en menor frecuencia, afectan el aparato locomotor como artritis, tenosinovitis, bursitis, osteomielitis, espondilodiscitis o infección de material ortopédico^{2,3}.

La osteomielitis tiene una presentación clínica insidiosa y lentamente progresiva, con poco dolor y afebril, con cultivos negativos y falta de respuesta al tratamiento antibiótico, que conduce a un retraso en su diagnóstico.^{2,4,5}

Su evolución puede ser destructiva, sin tratamiento adecuado y conducir a un shock séptico con desenlace fatal.⁵

CONCLUSIÓN

La osteomielitis causada por micobacterias atípicas es poco frecuente y de difícil diagnóstico por su presentación clínica inespecífica y por la falta de sospecha de organismos inusuales de crecimiento lento. Debe sospecharse ante una respuesta refractaria al tratamiento antibiótico estándar, para prevenir secuelas incapacitantes o complicaciones graves.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ford, M. B., Okulicz, J. F., Salinas, J. R., & Kiley, J. L. (2023). Epidemiology, clinical characteristics, and outcomes of nontuberculous mycobacterial skin, soft tissue, and bone infections from a single center over a 10-year period. *Journal of clinical tuberculosis and other mycobacterial diseases*, 33, 100403.
2. Lafforgue, P. (2019). Infecciones osteoarticulares por micobacterias atípicas. *EMC - Aparato Locomotor*, 52(1), 1–8.
3. Raut, A. A., Naphade, P. S., & Ramakantan, R. (2016). Imaging Spectrum of Extrathoracic Tuberculosis. *Radiologic clinics of North America*, 54(3), 475–501.
4. XiaoKun Zhao et al., (2023) Osteomyelitis of the femur caused by *Mycobacterium chelonae*: A case report, *JOS Case Reports*
5. Ehrlichman, L. K., Kadzielski, J. J., Hyle, E. P., & Jupiter, J. B. (2015). Nontuberculous Mycobacterial Osteomyelitis of the Thumb: Successful Treatment with Serial Debridement, Antimicrobial Therapy, External Fixation, and Interphalangeal Arthrodesis: A Case Report. *JBJS case connector*, 5(4), e87.