

Absceso de Brodie.

Caso clínico y revisión de literatura.

Autores: Luis Lerena Pérez-Aradros, Sara España Fernández de Valderrama, Francisco Javier De Miguel Bielsa, Adrián Roche Alberro, Carlos Martín Hernández.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El objetivo es mostrar el manejo de un paciente con absceso de Brodie en un Hospital de Tercer Nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer, 19 años de edad, con antecedente de alargamiento óseo de fémur izquierdo (retirada de fijador externo en 2010), acude a Urgencias en 6 ocasiones en tan solo 5 días, por dolor de características inflamatorias en muslo izquierdo EVA 9/10, tanto en reposo como al movimiento de dos semanas de evolución y carácter progresivo. Presenta mal control del dolor a pesar de analgesia habitual; afebril y sin signos infecciosos ni elevación de reactantes de fase aguda. Se realiza TC femoral y RMN donde se observa la presencia de un absceso con intenso edema en diáfisis proximal de fémur izquierdo sugestivo de osteomielitis subaguda con absceso de Brodie. La biopsia intraoperatoria confirma el diagnóstico anatomopatológico.

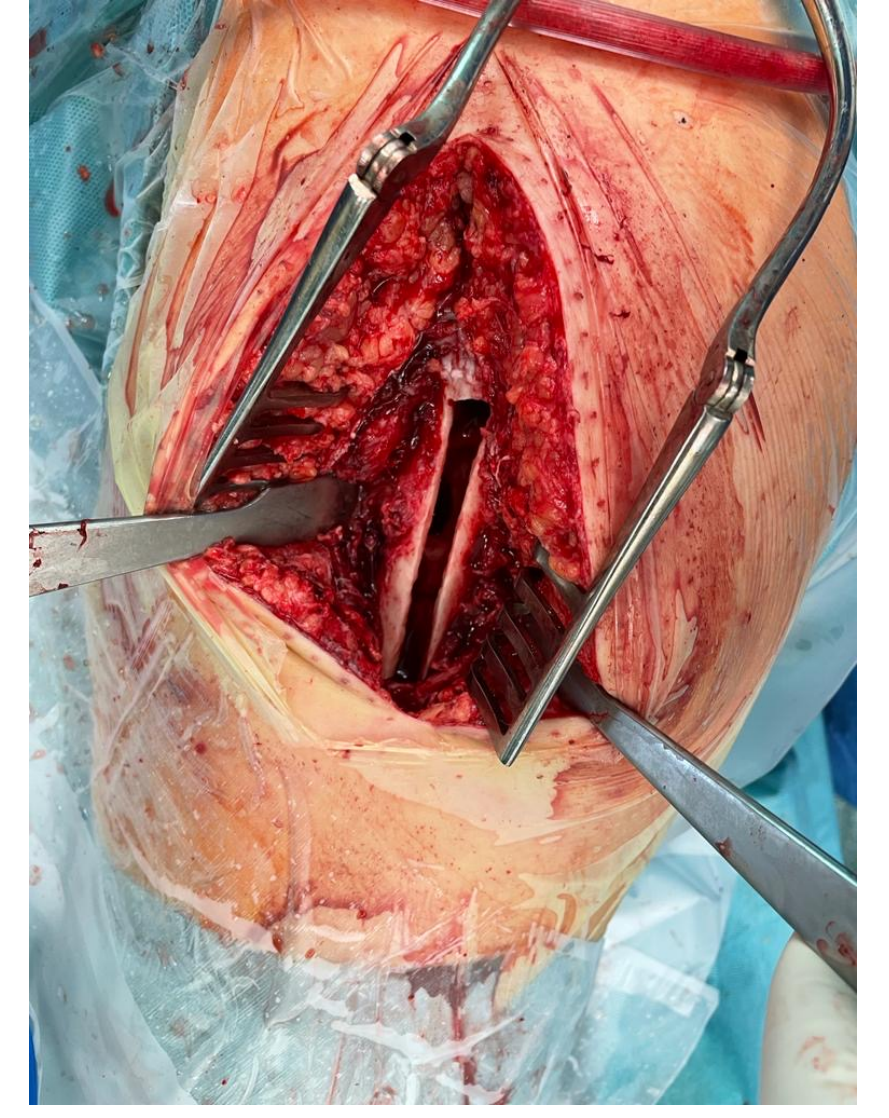
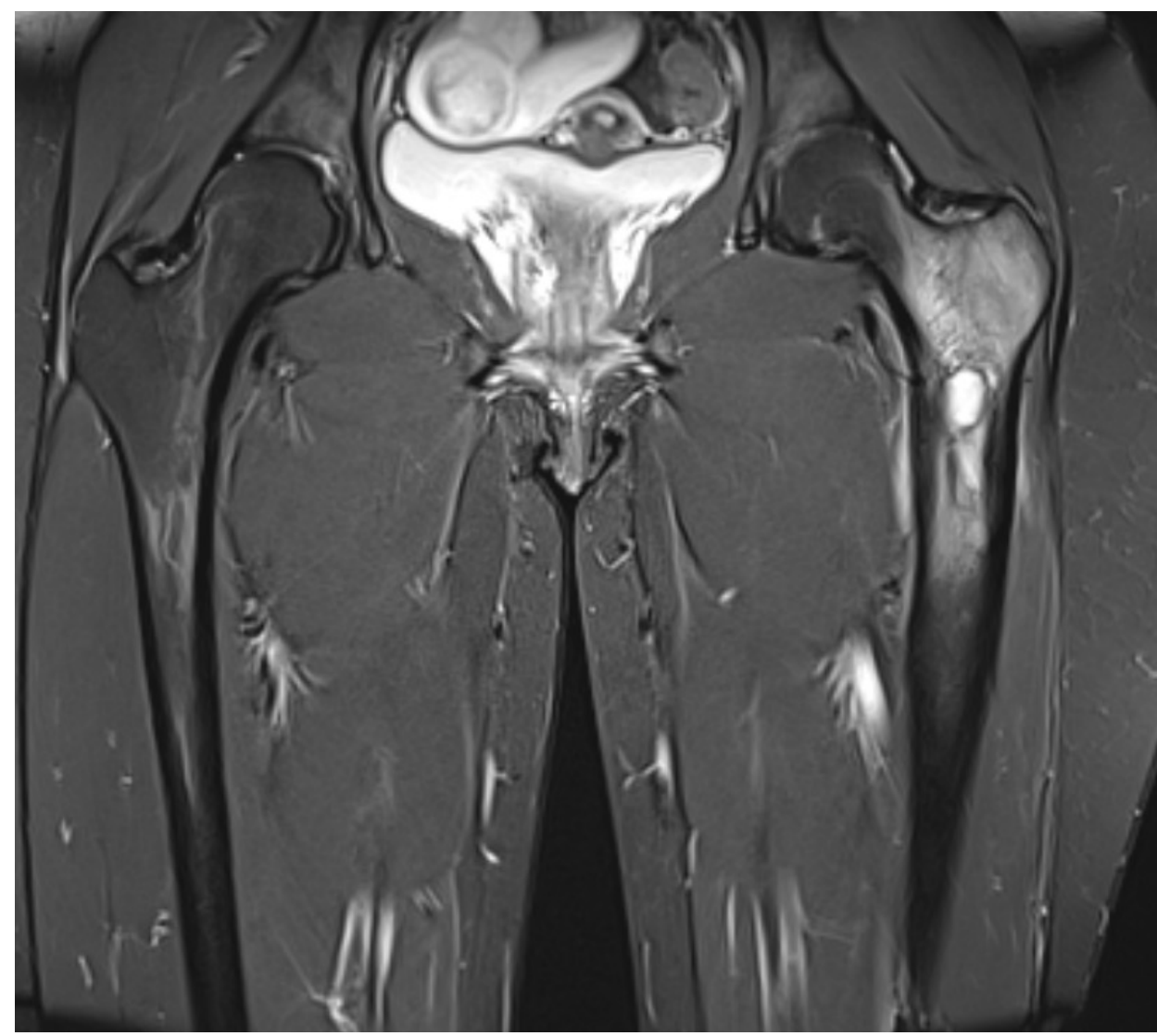
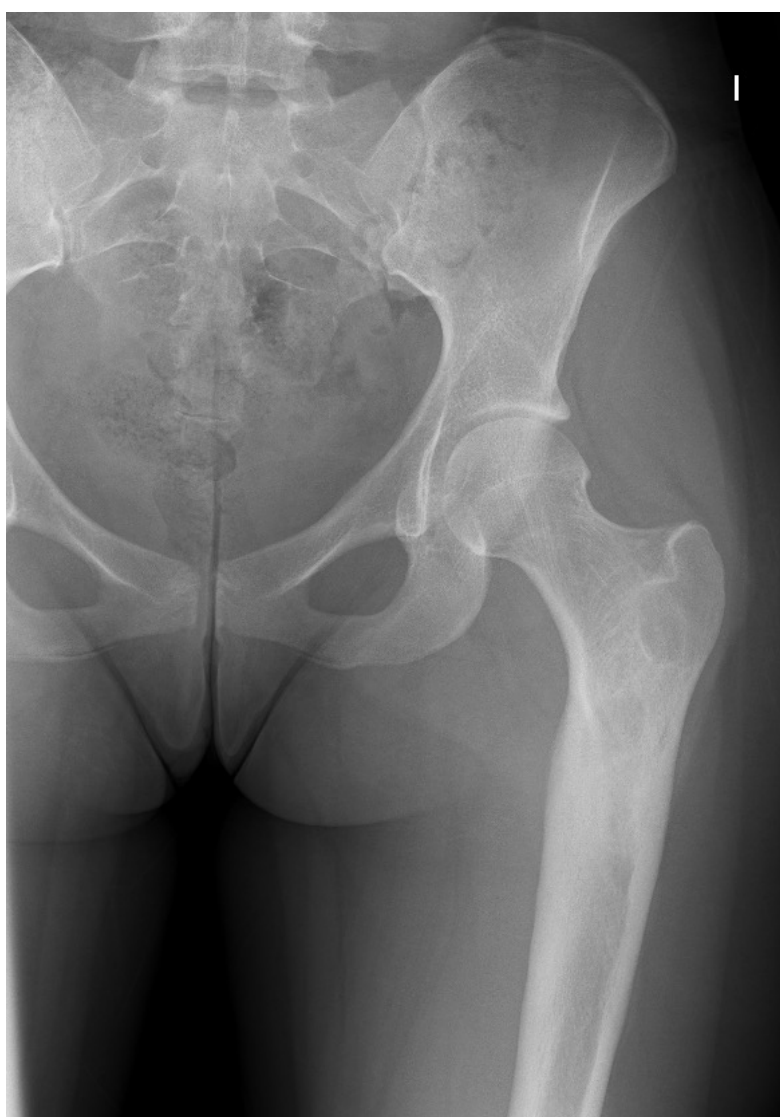


Imagen 1: RX anteroposterior de cadera izquierda donde se observa un quiste a nivel del trocánter mayor; Imagen 2: Rx en corte axial de cadera izquierda donde encontramos un segundo foco a nivel subtrocantéreo; Imagen 3: RMN en corte coronal donde aparece un segundo absceso a nivel subtrocantéreo; Imagen 4: Segunda intervención donde se observa la ventana ósea a partir de la cual se accede a la realización de curetaje y limpieza del fémur proximal izquierdo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El tratamiento de elección del absceso de Brodie es la antibioterapia oral dirigida a hueso y el drenaje de quirúrgico, existiendo poca bibliografía sobre la técnica a seguir.

En nuestra paciente se procedió mediante abordaje lateral y creación de ventana ósea en fémur proximal, desbridamiento y cruentado medular. Macroscópicamente, se observó pus y tejido patológico blando. Se extrajo muestra citológica intraoperatoria, encontrando Cocos Gram positivos. Se rellenó el defecto con gránulos de sulfato de calcio con vancomicina, y se añadió tratamiento antibiótico de amplio espectro intravenoso, modificándose a cloxacilina tras el diagnóstico de *Staphilococos Aureus Meticilinsensible*.

La paciente, tras una semana de evolución favorable, comienza con exudado de la herida y aumento de reactantes de fase aguda en sangre periférica por lo que se decide una segunda intervención. Durante la misma, se realiza exéresis de la ventana ósea con extracción de los gránulos. Nuevo curetaje y extracción de muestras que resultan negativas.

Tras la segunda intervención, la evolución es satisfactoria permitiendo modificar la antibioterapia a Levofloxacino y Rifampicina oral y manteniendo deambulación en descarga de la extremidad inferior izquierda durante 4 semanas.

CONCLUSIONES

El absceso de Brodie es un tipo de osteomielitis subaguda de carácter hematógeno localizado, típica de la edad pediátrica. Se trata de una infección propia de la metáfisis de huesos largos caracterizada por la escasez de síntomas clínicos y analíticos. A nivel radiológico, encontramos una lesión de naturaleza lítica, por lo que debemos realizar diagnóstico diferencial con tumoraciones óseas entre otras patologías.