

OSTEOMIELITIS EN UN CUADRO DE OSTEOPATÍA PÚBLICA

OSTEOMYELITIS PUBIS IN A OSTEITIS PUBIS CASE

CASO CLÍNICO

Jugador profesional de fútbol de 23 años, que se presenta en nuestra consulta con la siguiente sintomatología clínica: dolor y malestar púbico y suprapúbico y fiebre de hasta 40° en las 24 horas previas.

Se practicó exploración clínica que reveló hipogastrio doloroso con defensa abdominal, sin otros signos clínicos valorables. Los valores hematológicos analíticos se hallaron alterados, así, la VSG de la primera hora fue de 28 mm y el fibrinógeno fue de 60,9 g/l. La fórmula leucocitaria fue de 13200/mm con un 80,4% de neutrófilos. La exploración radiológica abdominal fue normal. El tacto rectal fue normal. El sedimento de orina fue negativo cursándose cultivo, la exploración ecográfica fue normal. Tras tratamiento analgésico se reevaluó al paciente mostrando disminución del dolor abdominal. Rehistoriando al enfermo con más detalle, éste explicó que había iniciado un cuadro de dolor púbico hacía una semana y que se sometió a una sesión de acupuntura de la zona, complementariamente a la toma de antiinflamatorios no esteroideos.

Se practicó una radiografía de pelvis que mostró esclerosis y destrucción de los márgenes de la sínfisis púbica sugiriendo osteitis púbica. Se cursó gammagrafía ósea con leucocitos marcados con Tecnecio⁹⁹ que mostró hiperactividad bilateral de la sínfisis púbica.

El siguiente paso fue la obtención de una biopsia de la región para su análisis microbiológico. Se practicó biopsia guiada por escopia, que tras su cultivo mostró crecimiento de *Staphylococcus aureus* con sensibilidad a oxacilina, clindamicina, metilmicina, amikacina, cotrimoxazol, minociclina, ofloxacino y resistente a penicilina.

Se inició tratamiento mediante fluoxacilina, en combinación con antiinflamatorios no esteroideos. El cuadro de fiebre, dolor y alteración de las variables hematológicas se normalizó tras una semana de tratamiento endovenoso con antibióticos. Se remitió al paciente a su domicilio y se pautó tratamiento durante treinta días más mediante ofloxacino oral.

El paciente fue visitado semanalmente en consultas externas durante las diez semanas posteriores, normalizándose todas las variables y

Juan Carlos González González,
Luís Payán Martín

Servicio Medicina Deportiva.
CE L'Hospitalet



FIGURA 1.- Radiografía de pelvis realizada en fase aguda que muestra esclerosis y destrucción de los márgenes de la sínfisis púbica

CORRESPONDENCIA:

Dr. J.C. González González. C/ Industria 169 4º1º. 08025. Barcelona.

Aceptado: 10.10.2002

GONZÁLEZ, JC.
y Cols.



FIGURA 2.-
Radiografía de pelvis
realizada a las dos
semanas
postratamiento que
muestra signos de
condensación en los
márgenes destruidos
de la sínfisis púbica



FIGURA 3.-
Radiografía de pelvis
realizada a las tres
semanas
postratamiento que
muestra mejoría
radiológica del
cuadro

modificándose la exploración radiológica. No se practicaron más exploraciones por la ausencia de síntomas. El jugador volvió a su actividad completa a las doce semanas al mismo nivel competitivo al previo a la lesión.

DISCUSIÓN

La osteopatía u osteitis púbica es la típica lesión por sobrecarga, exclusiva del ámbito deportivo, localizada en el pubis que está causada por microtraumatismos repetitivos, originados en la tracción muscular divergente que se da a dicho nivel.

Para entender mejor la patología debemos recordar que la sínfisis púbica es una anfiartrosis no sinovial sujeta por un ligamento interóseo y un ligamento periférico. Clásicamente se define a la sínfisis púbica como una rueda de molino donde se insertan músculos a modo de aspas (recto anterior, piramidal, oblicuo mayor, adductor mediano, adductor menor, adductor mayor y recto interno).

En cuanto a su etiopatogenia debemos recordar que todos estos músculos por medio de sus inserciones tiran del pubis de una manera sincrónica y débil en las actividades diarias, lo que no ocurre en algunos deportes. Si a esto añadimos que con determinados gestos deportivos, la sollicitación muscular es más elevada de lo que se puede soportar y que se da una repetición abusiva de dichos gestos puede entenderse la producción de la misma. Entre estos gestos sin duda destacaríamos el acto del chut en el fútbol donde se produce un movimiento de anteversión + adducción implicando a diferentes grupos musculares como el psoas-iliaco, responsable del 70% de la anteversión completada por la contracción del recto anterior del cuádriceps y finalmente, participan el aductor mediano y pectíneo, responsables de la adducción final.

Desde esta base común, existen 4 teorías etiopatogénicas que intentan explicar la producción de la osteopatía de pubis. En primer lugar, por un mecanismo de entesitis por sobre-

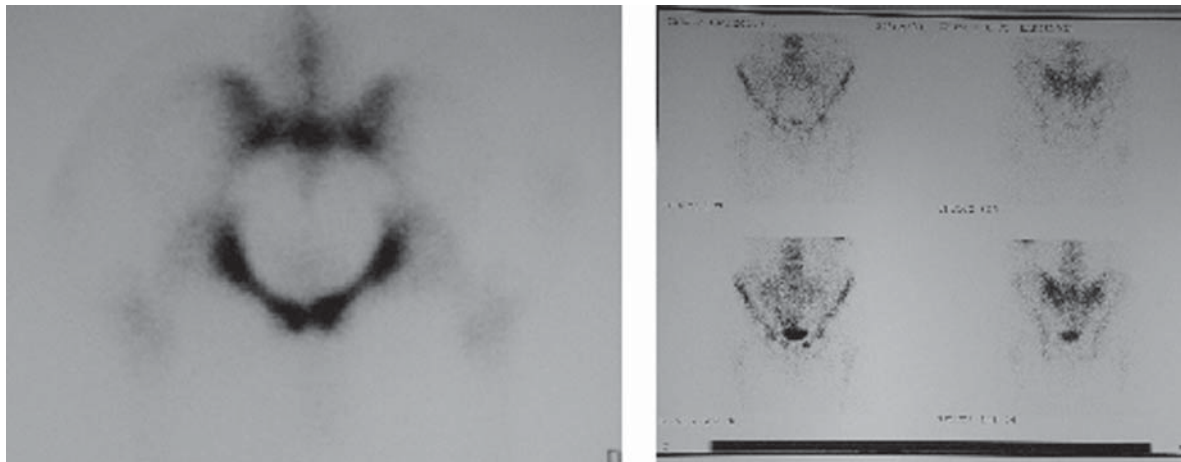


FIGURA 4.-
Gammagrafía ósea
marcada con Tc^{99}
que muestra
hiperactividad
bilateral de la sínfisis
púbica

carga de las inserciones musculares. En segundo lugar, se postula que un desequilibrio pélvico puede provocar hipermovilidad a nivel de la sínfisis y por tanto, sobrecarga en la misma. El tercer factor favorecedor son las especiales características vasculares de la región pubiana (sólo recubierta de fascia parietal que lo deja desprotegido al traumatismo repetido de esta región). Por último, se postula que por una acción divergente agonista-antagonista (debilidad abdominales respecto a aductores) puede favorecer la aparición de esta patología.

La osteopatía dinámica de pubis no es un cuadro agudo sino que el futbolista refiere dolor cuando finaliza los partidos y al día siguiente. Cede con el reposo y después nos refiere dolor incluso en entrenamientos, llegando a la incapacidad para la práctica deportiva. Radiológicamente, se observan imágenes de radiotransparencias, geodas, o incluso en casos avanzados se observa el pubis corroído, en imagen de “mordida de ratones”.

Por otro lado, la osteomielitis presenta la misma clínica pero su naturaleza es obviamente infecciosa y no inflamatoria. Para distinguirlas se precisa biopsia y cultivo. El agente más común es *S. Aureus*, seguido de *P. Aeruginosa*, *E. Coli*, y otras. La causa más frecuente de osteomielitis es por inoculación postoperatoria.

El tratamiento antibiótico es la clave en el manejo de las osteomielitis dependiendo de la

etiología del cuadro. El resto del tratamiento es el mismo que en la osteopatía de pubis, descanso y antiinflamatorios no esteroideos. El desbridamiento quirúrgico y curetaje está indicado en casos complicados como la presencia de necrosis ósea, diseminación o falta respuesta al tratamiento.

En nuestro caso existiendo una posible puerta de entrada en relación con el tratamiento de acupuntura, y evaluando las pruebas realizadas debemos recomendar el estricto cumplimiento de las normas de asepsia en tratamientos de este tipo ya que la osteopatía de pubis con su proceso inflamatorio, es el lugar ideal para el crecimiento bacteriano causando finalmente una osteomielitis piógena.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de osteomielitis de pubis debe ser considerado en pacientes con clínica de pubalgia que se exacerba en movimiento, acompañado de cuadro séptico. La biopsia y el cultivo son necesarios para el diagnóstico diferencial entre osteopatía de pubis y osteomielitis a pesar de que ambos pueden aparecer juntos en un mismo paciente. *S. Aureus* es el agente patógeno más frecuente. Por último, si se retarda el diagnóstico y tratamiento el paciente puede sufrir complicaciones, como inestabilidad pelviana, diástasis púbica e incluso perforación de la vejiga urinaria.

B I B L I O G R A F I A

1. Pauli S, Willemsen P, Declerck K, Chappel R, Vanderveken M. Osteomyelitis pubis versus osteitis pubis: a case presentation and review of the literature. *Br J Sports Med* 2002;36:71-73.
2. Gamble JG, Simmons SC, Freedman M. The symphysis pubis. Anatomic and pathologic considerations. *Clin Orthop* 1986;203:261-73.
3. Karpos PA, Spindler KP, Pierce MA, et al. Osteomyelitis of the pubic symphysis in athletes: a case report and literature review. *Med Sci Sports Exerc* 1995;27:473-9.
4. Burns JR, Gregory JG. Osteomyelitis of the pubic symphysis after urologic surgery. *J Urol* 1977;118:803-5.
5. Sexton DJ, Heskestad L, Lambeth WR, et al. Postoperative pubic osteomyelitis misdiagnosed as osteitis pubis: report of four cases and review. *Clin Infect Dis* 1993;17:695-700.
6. Michiels E, Knockaert DC, Vanneste SB. Infectious osteitis pubis. *Neth J Med* 1990;36:297-300.
7. Rutherford A. Osteomyelitis of the symphysis pubis. *N Z Med J* 1983;96:332-3.
8. Mader R, Yeromenco E. Pseudomonas osteomyelitis of the symphysis pubis after inguinal hernia repair. *Clin Rheumatol* 1999;18:167-9.
9. Barry NN, McGuire JL. Acute injuries and specific problems in adult athletes. *Rheum Dis Clin North Am* 1996;22:531-49.
10. Holt MA, Keene JS, Graf BK, et al. Treatment of osteitis pubis in athletes. Results of corticosteroid injections. *Am J Sports Med* 1996;24:248.
11. Fricker PA, Taunton JE, Ammann W. Osteitis pubis in athletes. Infection, inflammation or injury?. *Sports Med* 1991;12:266-79.
12. Grace JN, Sim FH, Shives TC, et al. Wedge resection of the symphysis pubis for the treatment of osteitis pubis. *J Bone joint Surg (Am)* 1989;71:358-64.