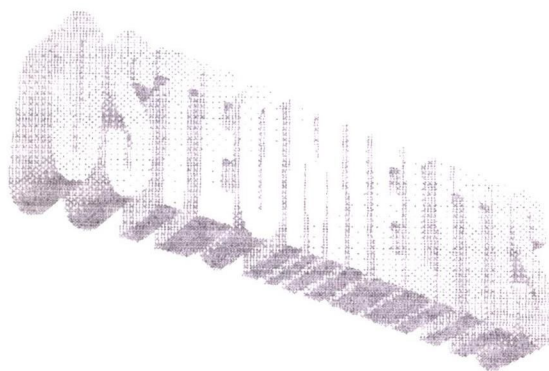


UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON  
FACULTAD DE MEDICINA

XV  
tesis  
R 4540



**DOCENTE:** Dr. Ricardo Zabala.

**MATERIA:** Traumatología.

**ALUMNOS:** Anai Revuelta S.

Roberto Reyes S.

40.

Cochabamba - Bolivia

86

## OSTEOARTRODITIS

**DEFINICION** - Es el proceso infeccioso inflamatorio del hueso, proceso que se extiende a la totalidad de los tejidos que lo componen y que tiene como agente causal distintos tipos de bacterias y micosis.

**ETIOLOGIA** - Los más frecuentes son:

- *Stafilococos Aureus*.
- *Estreptococos*.
- *Meningococos*.
- *Enterobacterias*.
- *Neumococos*.
- *Pseudomonas*.
- *Salmonela Tiphys*.
- *Hongos*.
- *Parásitos*.

**CAUSACION** - Son las siguientes:

- 1.- Endógena o Hematógena.
- 2.- Por implantación directa.
- 3.- Por vecindad o extensión.

**FACTORES PREDISPONENTES**.-

- 1.- Edad.
- 2.- Sexo.
- 3.- Estado inmunológico.
- 4.- Condiciones ambientales.

**PAATOGENIA**.-

1.- **ENDOGENA O HEMATOGENA**.- A partir de un foco infeccioso primario como por ejemplo: abscesos superficiales, tonsilitis, faringitis, piodermitis, otitis, bronquitis, faringitis, neumonitis.

El germen pasa al torrente sanguíneo y se convierte en una bacteremia y de allí por el hueso, se instala de preferencia en los metástasis donde existe una lentificación del flujo sanguíneo que permite la instalación del germen.

**La preferencia se debe a tres factores :**

- A la gran actividad formadora durante el crecimiento.
- Retardo de la circulación a nivel de los capilares.
- Fagocitosis menos activa y ph mas ácido.

**2.- OSTEOMIELITIS POR IMPLANTACION DIRECTA.-** En la osteomielitis por vía directa, el germen llega al hueso a travez de una herida que se infecta ( contante , contusa, punzante, por proyectil, por procedimiento quirúrgico, fractura expuesta ) .

Esto depende la:

- Virulencia y tipo de infección.
- Cantidad de tejido destruido.
- Penetración de partículas extrañas.
- Edad y estado inmunológico previo.
- Asociaciones bacterianas.
- Trazo de la fractura y su comunicación

**3.- POR VECINDAD O EXTENSION.-** Se produce por estar cerca de un foco y se contamina por la proximidad.

**FISIOPATOLOGIA.-** El hueso es.un tejido de metabolismo activo con procesos de síntesis y de resorción, que dependen de un riego vascular adecuado. La osteomielitis hematógena se localiza con mayor frecuencia en áreas con mas actividad de crecimiento oseó, las características de la vascularización metafisisaria proxima al cartilago de crecimiento explica esta vascularización. Diferencias de diámetro entre vasos aferentes y eferentes condiciona turbulencias circulatorias y mayor lentitud en el hueso.

**ANATOMÍA PATOLÓGICA.-**

**A.- OSTEOMIELITIS AGUDA.-** Proceso supurativo con abundante polimorfos, edema, congestión vascular , trombosis de pequeños vasos que llevan a una micronecrosis del hueso (aumento del volumen, calor, rubor)

**B.- OSTEOMIELITIS CRONICA.-** La infección se extiende por los canales de Volkman y Havers, hay un compromiso vascular más serio que causa macronecrosis,

con áreas de tejido óseo muerto llamados secuestros, alrededor de un hueso nuevo reactivo involucro.

**CUADRO CLINICO.-** La gravedad de la sintomatología depende:

- Virulencia del germen
- Defensa del paciente
- Tiempo de producción de la infección

**Tiene dos periodos:**

- a) De inicio o agudo.
- b) De estado o crónico.

**PERIODO DE INICIO AGUDO:-** En un niño generalmente sano, a veces después de un traumatismo, angina, furunculosis, aparece fiebre alta, escalofríos, cefalea, lengua saburral, vómitos, postración, delirios, sed, adinamia, a veces convulsiones. A estos síntomas se agregan otros locales; a nivel de metafisis de un hueso largo aparece dolor sordo, espontáneo, intermitente, continuo, exacerbado al menor contacto y más intenso durante la noche. La piel que cubre el foco óseo, presenta una dilatación venosa, signos de tumefacción, tensión de color blanco rojiza, a la palpación pastosidad dura y profunda que indica el sitio exacto del foco. Al examen clínico se evidencia la puerta de entrada de herida, escoriaciones, forúnculos e impétigo.

En los estudios de laboratorio demostrarán eritrosedimentación acelerada y leucocitosis con polinucleosis.

**PERIODO DE ESTADO.-** La tumefacción se reblandece, se hace perceptible una fluctuación, el absceso se abrirá espontáneamente dando salida a un pus cremoso y amarillento.

**FORMAS CLINICAS DE LAS OSTEOMIELITIS HEMATOGENA.-**

Se reconocen :

- Osteomielitis hiperaguda del lactante.
- Osteomielitis aguda.
- Osteomielitis crónica.

**OSTEOMIELITIS HIPERAGUDA.-** Provoca muchas veces la muerte sin llegar a sospechar la lesión ósea. Son estafilocócicas, estreptocócicas, neumocócicas, se inicia un cuadro grave con fiebre alta delirio, deshidratación, erupciones de piel y mucosas.

**OSTEOMIELITIS AGUDA.-** Presentan los síntomas del cuadro típico: Iniciación rápidamente progresiva, con carácter de estado infeccioso, irritabilidad, escalofríos, fiebre en agujas, taquicardia, convulsiones, cefalea, vómitos, extremidades en flexión, espasmo, resisten al dolor que causan al movimiento, aumento de la temperatura local, dolor sobre un determinado segmento esquelético (metáfisis ósea), cuando ello es detectado es señal que el proceso se encuentra en una etapa avanzada de su evolución. Probablemente ya ha ocurrido ruptura de la cortical ósea, absceso subperióstico o absceso subcutáneo. En una etapa posterior ocurrirá fistulización hacia el exterior.

**OSTEOMIELITIS CRONICA.-** Hay recrudescencia del cuadro agudo, con inflamación local, presencia de herida, con secreción purulenta (fistula), eliminación de pedazos de hueso, rigidez articular y deformidad.

Los síntomas son: dolor focal espontáneo y provocado, edema, aumento de la temperatura local, rubicundez de la piel de la zona, fiebre, malestar general, adinamia, leucocitosis y eritrosedimentación elevada.

#### **EXAMENES DE DIAGNOSTICO.-**

- Clínico: Hecho por el especialista, ortopédico y otras especialidades
- Radiografía de tórax y de las lesiones.

En la fase aguda no se ve nada, aveces hay rarefacción, reacción inflamatoria del periostio, pero no se compromete el hueso. Signos visibles a partir del 5º al 7º día cuando la pérdida ósea sea superior al 50%.

#### **- Laboratorio:**

- Hemograma (velocidad de eritrosedimentación elevada)
- Parcial de orina
- Cultivo y Antibiograma
- Baciloscopia