

Trabajos del Servicio de Cirugía Infantil del Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo. Profesor Dr. CÉSAR CLIVÉ GUMÁ

## UNA OBSERVACIÓN DE OSTEOMIELITIS AGUDA DEL PUBIS (\*)

por el doctor

## JOAQUÍN SALARICH TORRENTS

Cirujano del Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo,

Los procesos inflamatorios agudos de la pelvis ósea, son estudiados de una manera extremadamente concisa por los autores de las obras de Patología quirúrgica, y no hay duda que esta concisión está en razón directa del número relativamente escaso de casos observados.

Esta poca frecuencia la suscriben PROUST, SOUPAULT, OMBREDANNE, WULLSTEIN, KUTTNER, LANDERER, KIRCHNER, BROCA y otros.

La osteomielitis de la pelvis puede afectar al hueso ilíaco o el sacro. Cuando recae en el hueso ilíaco puede adquirir una forma difusa o circunscrita, en cuya última forma, por orden de mayor a menor frecuencia, la encontramos primeramente en el ileon, después en el pubis y últimamente en el isquión. La proporción entre las que recaen en el pubis y los demás huesos de la pelvis, es la de 1 : 18. De 36 casos de osteomielitis de la pelvis, 26 recaen en el ileon, 2 en el pubis, 2 en el isquión y 6 en el sacro.

Hasta abril de 1929 sólo eran 29 las observaciones de osteomielitis aguda del pubis, publicadas por los siguientes autores: SECHYRON, COLZI, DEMOULIN (dos casos), KIRCHNER, LANDERER, KAREWSKI, BERGMANN (tres casos), ESAU, THOMSCHKE (tres casos), KLEMM (dos casos), MEYER (tres casos), HONTAN, HANS PLAUT, KEYES, CIACCIA, LEVI, DELAHAYE, ZAFFAGNINI (dos casos).

Pláceme, pues, aportar a la bibliografía médica un caso que hemos tenido ocasión de estudiar en el Servicio de Cirugía de la Infancia a cargo del Profesor Dr. Olivé Gumá.

*Historia clínica:* María Angela Cortada Millán, natural de Barcelona, de 5 años de edad.

*Anamnesis:* Padres vivos, padre bronquítico crónico, madre sana; tres hermanos: uno fallecido de bronconeumonía, otros dos sanos. En la historia materna figura un aborto. Lactancia materna. Dentición normal. Tos ferina a los tres años. Hasta la enfermedad actual no ha tenido otro contratiempo. Esta comenzó de repente el 26 de enero del año 29, con temperaturas de 39 y 40, en seguida vómitos, apareciendo un abultamiento sobre el pubis, hinchándose el vientre extraordinariamente.

La primera vez que vimos esta enferma fué el día 5 de abril de 1929, en el Dispensario, cuando la enfermedad contaba ya tres meses, durante los cuales fué hospitalizada en el Servicio de Medicina Infantil a cargo del Prof. Martínez García.

El historial obtenido en este Servicio, correspondiente al comienzo de la enfermedad, dice así:

Día 23 de febrero de 1929.—Al ingresar en el Hospital llama la atención esta niña, por presentar los miembros inferiores en ligera flexión, especialmente el miembro izquierdo, provocando grandes dolores el intento de ponerlos en exten-

sión: en la región inguinal derecha presenta adenitis aguda, con grandes ganglios dolorosos a la presión.

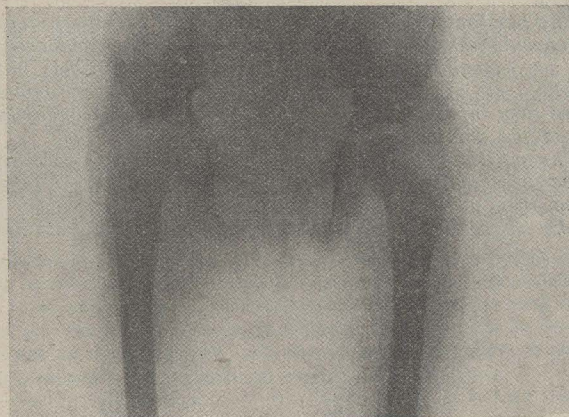
En la región hipogástrica se nota una tumoración dolorosa, de bordes irregulares, que por percusión da macidez, produciendo la sensación de que está formada por un paquete ganglionar. En la región externa del muslo se observa circulación complementaria y tumefacción.

No presenta ningún trastorno de la micción; orina transparente, sin albúmina.

Los movimientos del miembro inferior izquierdo despiertan vivos dolores, que impiden que la niña pueda andar.

Tratamiento: calor húmedo.

Día 1 de marzo.—Aumenta el abultamiento de la región inguinal izquierda, la tumefacción y la tumoración continúan, a pesar de los antiflogísticos empleados. Apirexia. Hemos procurado provocar dolores en la articulación coxo-femoral gol-



Se observa la diferencia de grosor de las ramas horizontales del pubis (clisé Comas Llaberfa).

peando enérgicamente las rodillas, siendo el resultado negativo.

Día 2 de marzo.—Ha disminuído la tumefacción inguinal, aumentando, en cambio, la tumoración, que llega a unos dos centímetros por debajo del ombligo, cada vez más dura. La niña sigue sin fiebre.

Día 4.—La tumefacción es menos dolorosa y menos tensa; se notan masas induradas que parecen ganglios.

Día 6.—Sin fiebre; la tumoración disminuye y no presenta los bordes tan bien limitados, palpándose mejor los ganglios. El fémur tiene movimientos limitados y muy dolorosos.

Día 13.—Aumenta la deformación de la articulación coxo-femoral, acentuándose la circulación suplementaria.

Día 18.—Comienza la niña a hacer deposiciones diarreicas muy fétidas.

Día 21.—Presenta un ligero aumento de temperatura, tal vez debida al Mantoux, que se le practicó el día anterior, con resultado negativo. Fluxión dolorosa en la pierna izquierda. Disminuye la diarrea.

Día 26.—Practicamos otro Mantoux, con resultado también negativo. Se queja de dolores espontáneos en la articulación coxo-femoral. Aparatos respiratorios y cardio-vascular, sanos.

El día 2 de abril se le repite el Mantoux, que también resulta negativo. El análisis de la orina da el siguiente resul-

(\*) Comunicación presentada al sexto Congreso de Médicos de Lengua Catalana.



tado: Cloruros, 762 %; albúmina, negativa; sedimentos, abundante urato de sosa y algún leucocito.

Día 5 de abril.—Como hemos dicho, éste es el primer día que la vemos nosotros. Se aprecia una tumefacción en la raíz del miembro inferior, más marcada en la región antero-interna y alrededor del pubis; pierna flexionada sobre la cadera. La enferma adopta voluntariamente el decúbito lateral; invitándola a colocarse en decúbito dorsal, mantiene la flexión con ligera rotación externa y lordosis de la columna vertebral lumbar, si intentamos poner el miembro en extensión.

Por encima del pubis se nota una tumoración del tamaño de una nuez, perfectamente palpable.

El día 18 de abril esta tumoración ha ascendido formando ya cuerpo con las partes blandas, los músculos y la piel abdominal anterior; ésta es de color rojo y presenta en el punto central una pequeña zona de esfacelo y empastamiento, en particular en la parte izquierda de la región umbilical y vacío izquierdo. No hay que decir que los infartos ganglionares no curaban y que los movimientos de la cadera se hacían más difíciles.

Se practicó la incisión, saliendo unas gotas de pus amarillillo-verdoso y cremoso, no encontrándose ninguna cavidad, resultando ser un núcleo carnoso.

La radiografía demostró un aumento del volumen de la rama horizontal del pubis y comienzo de la descendente, con una irregularidad manifiesta de los límites de la misma rama.

Un mes después, esta enferma, muy mejorada, salió del hospital y pasó a curarse al dispensario.

Reingresó en el Hospital de San Pablo, y en el mismo sitio en que se había practicado la incisión queda una pequeña fistula, notando con el estilete, al explorarla, un ligero resalto que produce la sensación de un cuerpo extraño.

La operación consiste en la extracción de dos secuestros que tienen el aspecto de tabla externa del hueso, bastante largos, correspondiendo a lo que por radiografía podemos observar enfermo o destruido.

Por lo que hace referencia a su etiología, hemos de confesar que no hicimos un examen del pus.

La mayoría se atribuyen al estafilococo dorado, descubierto en 1880 por Pasteur, precisamente en el pus de un ósteomielítico; pero hemos de tener presente que éste no es el agente exclusivo de esta enfermedad, demostrado claramente por LANNELONGUE y ACHARD, que en 37 casos, 7 eran debidos al estafilococo albo y 4 al estreptococo. Los casos de ESAU, KLEMM y CIACCIA de ósteomielitis del pubis, eran debidos tres al estafilococo albo y tres al estreptococo.

Algunos autores como RODET, COURMONT y LUSTIG, consideran que el estreptococo dorado, albo y cítreo, son variedades de un mismo tipo y se les atribuye distinta virulencia, que disminuye del dorado al cítreo.

Más raramente son debidas al neumococo, colibacilo y Eberth.

La puerta de entrada de la infección en este caso es desconocida. No es siempre posible demostrar la vía de entrada del agente microbiano para infectar la médula ósea. Puede atribuirse a cualquiera lesión supurativa de la piel, puede además atravesar la piel sana como ha demostrado GARRÉ. La faringe, especialmente las amígdalas, que en esta época de la vida son tan frecuentemente infectadas, representan para algunos autores la puerta peculiar de ingreso del germen de la ósteomielitis. También KOCHER y COLZI señalan como puerta de entrada el aparato digestivo, otros las vías respiratorias, y en alguna ocasión también podemos acusar al microbismo latente de VERNEIL.

Por lo que se refiere a la edad, bien podemos decir que en este caso ha aparecido en el primer año que los autores mencionan como posible aparición de esta enfermedad, es decir, a los 5 años.

Aparece de 5 a 10 años según KRAUS, y de 10 a 17 según FORGUE.

De los 29 casos que he encontrado en la bibliografía, sólo el de GOULLAT era más joven que el que nosotros presentamos; todos los demás eran de edad superior.

Es más frecuente en los niños que en las niñas, en la proporción de 5:1. A pesar de esta frecuencia a favor del sexo masculino, nuestro caso, como hemos dicho, pertenece al sexo femenino.

Si tenemos en cuenta el proceso de osificación del hueso de la pelvis, que se efectúa por tres puntos principales y muchos otros secundarios, y considerando que los primeros aparecen en los primeros meses de la vida hasta antes de la pubertad, y los otros después de la misma, podemos calificar con GOULLAUD, este caso que presentamos, de ósteomielitis *prepúber*, pudiéndose comprobar por radiografía que ha atacado todo el pubis izquierdo (generalmente éste es afectado con más frecuencia), esto es, desde el isquión al ileon, haciendo el cartílago de conjunción de verdadera barrera entre dichos huesos.

Los procesos ósteomielíticos comienzan siempre en la zona de proliferación fisiológica, y por esto en los casos *prepúberes* las lesiones son extensísimas, al contrario de los *post-púberes*, de pura localización en los puntos complementarios.

Por esta razón, la gravedad de un proceso ósteomielítico será muy diferente antes o después de la pubertad.

No nos detendremos en describir las fases evolutivas del proceso ósteomielítico (inflamatoria, supurativa o destructiva y de reparación); pero en este caso particular hemos de hacer notar que, teniendo la naturaleza tendencia a eliminar los secuestros, lo hace en estas formas por vía pre-vesical (nuestro caso), o perineal, por la cara interna del muslo, hacia la fosa ilíaca, y aun se han dado casos de eliminación por vía inguinal y crural.

El diagnóstico de la ósteomielitis aguda del pubis es a veces difícil. Los casos de ósteomielitis hipersépticos casi siempre pasan con el diagnóstico de septicemia. En las formas menos sépticas, el diagnóstico no se hace hasta la fase supurativa. Al principio puede confundirse fácilmente con una lesión articular o con una lesión ósteomielítica de la metafisis superior del fémur, y aun la radiografía, al principio, puede no poner en evidencia ninguna alteración. Es precisamente al entrar en escena el proceso destructivo y de reparación cuando la imagen no da lugar a dudas.

El tratamiento empleado ha sido mencionado a propósito de la historia clínica, suficiente con la extirpación del secuestro; pero no siempre hemos de limitarnos a esta técnica, pues será distinto en los agudos que en los crónicos, en los recientes que en los antiguos, en los benignos que en los graves; pero sí afirmamos con GERMANN BRUNS, que el tratamiento de la ósteomielitis del pubis sólo puede ser quirúrgico.