

De la sospecha al diagnóstico precoz: la imagen como herramienta clave en la osteomielitis pediátrica

Robert Navarro Galarza¹, Marta Abadal Prades¹, Aroa Bueno Rodenas¹, M^a Teresa Fernández Planas¹, Kathleen Ramirez Tucas¹, Neus Torra Ferrer¹, M^a Montserrat Duh¹, Ana Miriam Staite Gali¹

¹Consorti Sanitari del Maresme (Hospital de Mataró), Barcelona.

Objetivo docente

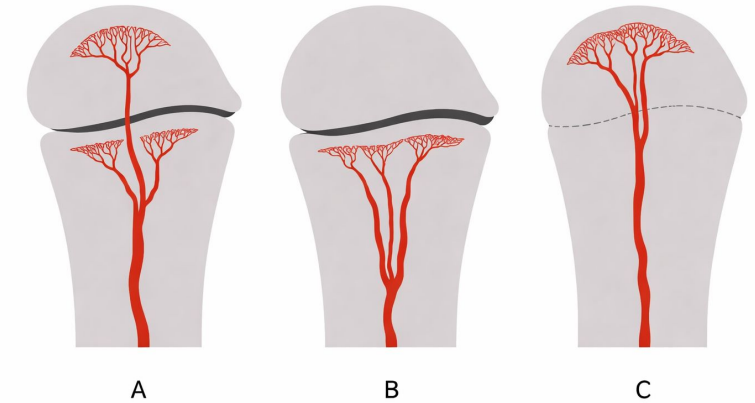
Mostrar la utilidad de las técnicas de imagen en el diagnóstico y seguimiento de la osteomielitis en edad pediátrica, destacando el papel fundamental de la resonancia magnética (RM) precoz ante la mínima sospecha clínica, con el fin de facilitar al clínico el mejor diagnóstico posible.

Introducción

- La osteomielitis aguda hematógena (OAH) es una infección del hueso y médula ósea causada por diseminación bacteriana, con una incidencia de 8-20 casos por 100.000 niños/año en países desarrollados, siendo considerablemente mayor en países de bajos recursos.
 - Los varones se afectan el doble que las niñas.
 - La distribución es bimodal, con picos a los 30 meses y 150 meses de edad.
 - La mediana de edad es de 2.9-7.7 años.
 - En niños, la OAH ocurre más frecuentemente en huesos largos (fémur, tibia, húmero), pero el 10-25% afecta huesos cortos o no tubulares (pelvis, vértebras, clavícula, calcáneo).
-

Fisiopatología básica

- La metáfisis es el sitio más frecuente de afectación en huesos largos debido a los vasos nutricios en asa que no atraviesan la fisis.
- En niños ≤ 18 meses, la presencia de vasos transfiseales permite la diseminación de la infección a la epífisis.
- Estudios recientes demuestran que la afectación transfiseal ocurre en el 81% de los casos, mucho más frecuentemente de lo clásicamente enseñado.



Distribución de la vascularización en los huesos largos según la edad:

- **(A) Menores de 18 meses:** existen vasos que conectan la metáfisis y la epífisis, lo que facilita que una infección pase de una zona a otra.
- **(B) Entre 18 meses y 16 años:** la placa de crecimiento (fisis) actúa como una barrera, por lo que la infección suele quedarse en la metáfisis.
- **(C) Adultos:** cuando la fisis se cierra, pueden volver a formarse conexiones vasculares, permitiendo que la infección alcance la epífisis.

Cuadro clínico típico

- Fiebre y dolor son las manifestaciones más comunes.
 - En lactantes, el dolor puede expresarse sólo como pseudoparálisis o rechazo a la carga de peso.
 - La mayoría se presenta dentro de la primera semana de síntomas, aunque algunos casos son más indolentes.
 - La tríada clásica de fiebre, dolor y movilidad disminuida se reporta en solo el 50% de los casos.
-

Patogenia y Etiología

Vías de infección y mecanismos

- **Hematógena** (más frecuente en pediatría): diseminación desde bacteriemia primaria.
- **Inoculación directa**: traumática o procedimientos.
- **Extensión contigua**: desde tejidos blandos o líquido sinovial adyacentes.

Factores predisponentes

- Edad temprana (vulnerabilidad vascular metafisaria).
- Traumatismo previo.
- Inmunodeficiencias.
- Enfermedad de células falciformes (mayor riesgo de Salmonella).
- Catéteres venosos centrales (neonatos).

Microorganismos más frecuentes en niños

- **Staphylococcus aureus**: el más común en todas las edades (61-87% de cultivos positivos).
- **Kingella kingae**: predominante en niños <4 años (87.7% en este grupo etario), actualmente reconocido como el principal patógeno en lactantes y preescolares.
- **Streptococcus pneumoniae** y **Streptococcus pyogenes**: patógenos respiratorios.
- **Neonatos**: Streptococcus agalactiae (grupo B) y bacilos gramnegativos (E. coli).
- **Salmonella spp.**: en países en desarrollo y pacientes con drepanocitosis.

El rendimiento de cultivos es bajo (28-46.8%), por lo que las técnicas de PCR mejoran significativamente el diagnóstico microbiológico.

Técnicas de imagen

Radiografía convencional

- Primer estudio.
- Hallazgos tempranos vs tardíos.

Ecografía

- Rol en fases tempranas y evaluación de partes blandas.

Tomografía computarizada (TC)

- Utilidad y limitaciones.

Resonancia magnética (RM)

- Técnica de elección para extensión medular y complicaciones.

Medicina nuclear / PET

- Indicaciones en caso dudoso.

¿Cómo se correlacionan con la evolución clínica?

PCR sérica: marcador sensible que declina con respuesta favorable al tratamiento, más útil que VSG para monitorización.

RM de seguimiento: puede mostrar mejoría de edema medular y resolución de colecciones con tratamiento adecuado.

Persistencia de hallazgos: sugiere complicaciones (abscesos no drenados, osteomielitis crónica, resistencia antibiótica).

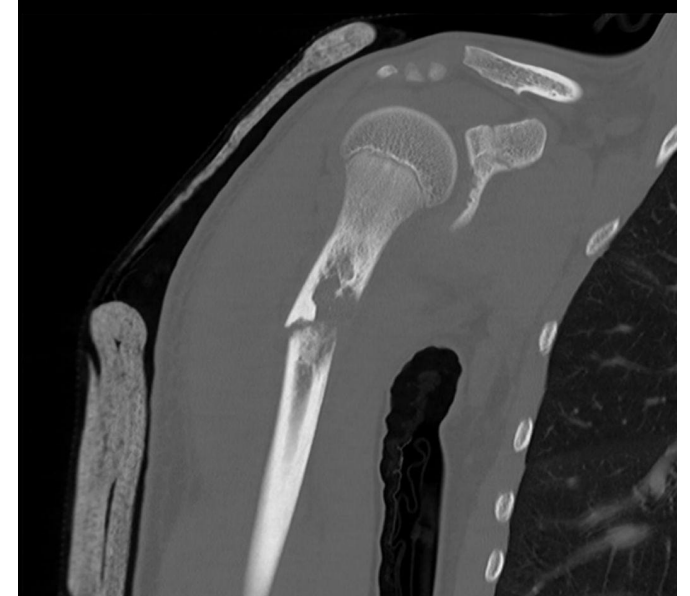
Hallazgos radiológicos por modalidad

Modalidad	Hallazgos tempranos (2 semanas)	Hallazgos tardíos (>2 semanas)	Sensibilidad	Especificidad
Radiografía	Tumefacción partes blandas, borramiento planos grasos	Reacción perióstica, osteopenia, destrucción cortical, lesión lítica	Baja (cambios visibles 7-14 días)	Moderada
Ecografía	Líquido subperióstico, derrame articular, edema tejidos blandos	Irregularidad cortical (>1 semana síntomas)	66.7% (osteomielitis) 80% (absceso)	100%
TC	Reacción perióstica sutil, cambios erosivos tempranos	Secuestros, involucro, abscesos bien definidos	Mayor que Rx	Moderada
RM	Edema medular (hipo T1, hiper T2/STIR), líquido subperióstico, realce post-contraste	Abscesos, afectación fiseal, artritis séptica, necrosis	82-100%	75-96%
Gammagrafía Tc-99m	Captación aumentada en metáfisis	Captación persistente, extensión	Alta	Baja inespecífica
PET/CT	Captación FDG aumentada en foco infeccioso	Captación persistente, complicaciones	81-100%	87-100%

Diagnóstico diferencial

Tumores óseos

- **Sarcoma de Ewing:** el más importante a diferenciar.
 - RM: márgenes bien delimitados en T1, masa de tejidos blandos prominente, afectación cortical.
 - Edad: típicamente niños mayores y adolescentes.
- **Osteosarcoma:** destrucción ósea, masa de tejidos blandos, reacción perióstica tipo "sol naciente".
- **Leucemia aguda:** dolor óseo multifocal, alteraciones hematológicas.
- **Neuroblastoma metastásico:** niños pequeños, lesiones múltiples.
- **Histiocitosis de células de Langerhans:** puede simular osteomielitis en RM.



TC hombro derecho. Fractura diafisaria de húmero derecho que provoca una angulación del eje longitudinal del hueso. La fractura está localizada en relación a una lesión de base ósea heterogénea, con un área más lítica en la parte inferior y un patrón permeativo en la parte más superior y se asocia a reacción perióstica interna. Dada la morfología de la lesión no se permite descartar una lesión agresiva.

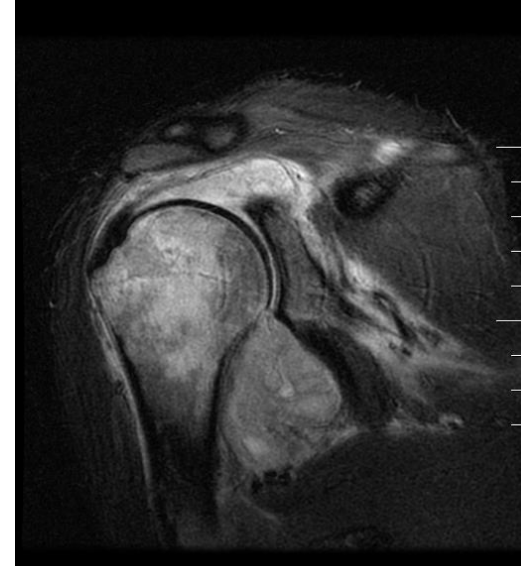
Diagnóstico diferencial

Artritis séptica

- Frecuentemente **coexiste** con osteomielitis (>50% de casos).
- RM: derrame articular con realce sinovial, disminución del realce de cabeza femoral en fases tempranas (específico de artritis séptica vs sinovitis transitoria).

Traumatismos

- **Fractura**: historia de trauma, línea de fractura visible en Rx o TC.
- **Fractura por estrés**: niños deportistas, captación lineal en gammagrafía.
- **Trauma no accidental**: considerar en lactantes, fracturas múltiples en diferentes estadios.



RM hombro derecho (COR STIR).
Engrosamiento importante de la sinovial del hombro con masa compatible con proceso inflamatorio erosivo; probable artritis séptica.

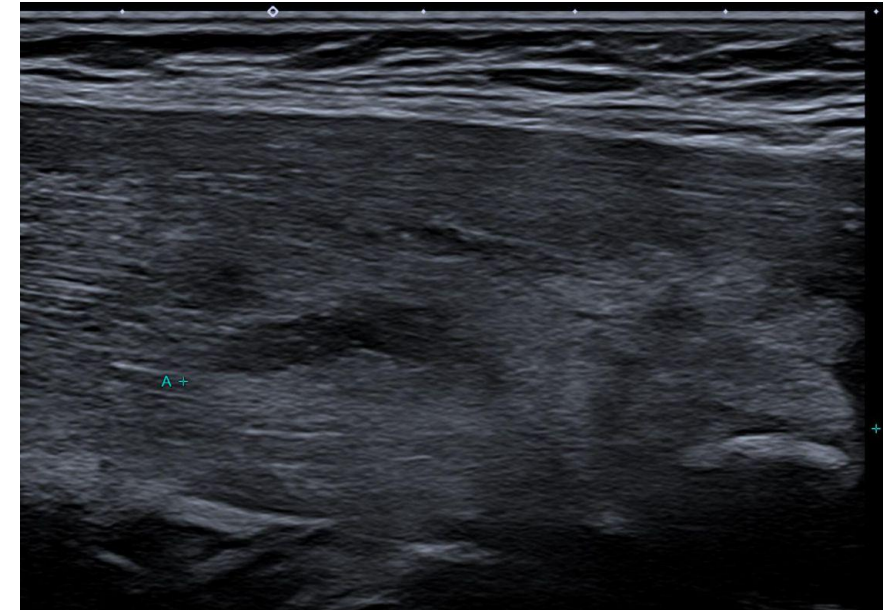


RM pierna derecha (COR T2 frFSE FS).
En tercio proximal de la diáfisis tibial derecha se objetiva una imagen lineal, hipointensa en T1 y T2, con edema óseo adyacente, y con trayecto transversal, que se asocia a engrosamiento cortical, probable callo óseo, así como edema de los tejidos blandos adyacentes. Cambios sugestivos de fractura de la diáfisis proximal de la tibia.

Diagnóstico diferencial

Otras entidades infecciosas/inflamatorias

- **Sinovitis transitoria:** derrame articular sin afectación ósea, realce femoral normal.
- **Osteomielitis crónica recurrente multifocal (CRMO):** autoinflamatoria, no infecciosa, lesiones múltiples.
- **Artritis idiopática juvenil:** afectación articular predominante, curso crónico.
- **Fiebre reumática aguda:** poliartritis migratoria, criterios de Jones.
- **Piomiositis:** afectación muscular sin compromiso óseo primario.



Realizamos ecografía de la cara interna del muslo derecho, observando la presencia de una alteración de la ecoestructura y ecogenidad que afecta a las fibras del aductor mayor en un segmento de aproximadamente 30 x 46 mm, con presencia de mínima cantidad de líquido entre las fibras y múltiples imágenes de calcificaciones en la parte más excéntrica de músculo 38 mm de diámetro máximo.

Diagnóstico diferencial

Patología vascular/hematológica

- **Crisis vasooclusiva** (drepanocitosis): difícil diferenciación; líquido subperióstico sugiere osteomielitis.
- **Necrosis avascular**: Legg-Calvé-Perthes, epifisiolisis femoral proximal.

Otras

- **Osteocondritis disecante**: adolescentes, localización articular.
- **Osteoma osteoide**: dolor nocturno que mejora con AINEs, nidus característico en TC.



TC de pelvis. Se observa la presencia de una reacción esclerosa en la cortical interna del trocánter menor del fémur derecho, que mide unos 30 x 23 milímetros y que muestra una zona lítica interna, que mide 6 x 12 mm con una pequeña calcificación marginal. Los hallazgos corresponden a un osteoma osteoide.

Complicaciones

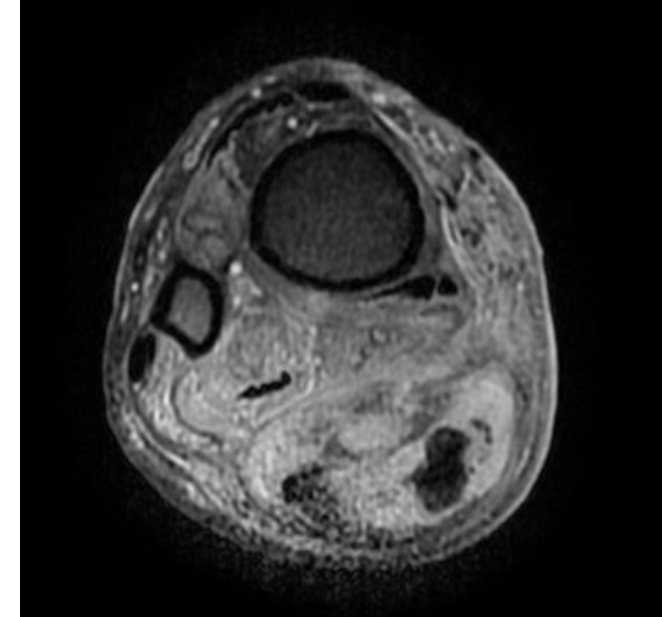
Complicaciones agudas

- **Abscesos subperiósticos:** pueden causar isquemia y necrosis ósea, requieren drenaje quirúrgico.
- **Abscesos de tejidos blandos:** extensión a compartimentos musculares.
- **Artritis séptica concomitante:** presente en >50% de casos de osteomielitis metafisaria.
- **Trombosis venosa profunda:** detectable por ecografía Doppler o RM.
- **Sepsis/shock séptico:** 5.5% requieren ingreso en UCI, mortalidad del 9% en casos graves.

Infección crónica

- **Osteomielitis crónica:** 0.4-5.7% de casos
- **Secuestros óseos:** fragmentos de hueso necrótico.
- **Fístulas cutáneas:** drenaje crónico.
- **Daño en la placa de crecimiento (fisis).**

La **osteomielitis transfiseal (OTF)** afecta al 15-25% de pacientes con osteomielitis hematógena.



RM tobillo derecho (AX PD FSE FS). Reticulación y edema del subcutáneo del compartimento medial y posterior del tobillo, sobretudo este último, con signos de celulitis, en el que se evidencia la presencia de colección medial al tendón de Aquiles de unos 15 x 139 x 18 mm con comunicación a exterior mediante úlcera en compartimento medial del tobillo, a unos 5 cm craneal del maleolo y con compromiso parcial de dicho tendón, desestructurándolo en su mitad distal, en un tramo de unos 6,7 cm. No se observan signos de osteítis ni compromiso articular.

Papel del radiólogo en el manejo clínico

Diagnóstico precoz y caracterización

- Selección de la **modalidad de imagen apropiada** según edad, presentación clínica y disponibilidad.
- Identificación de **hallazgos que requieren intervención urgente** (abscesos grandes, artritis séptica, compromiso vascular).
- **Diferenciación** de entidades que simulan osteomielitis (tumores, trauma, patología inflamatoria).

Guía de procedimientos intervencionistas

- **Aspiración/biopsia guiada** por ecografía o TC para:
 - Obtención de muestra microbiológica (cultivo, PCR).
 - Confirmación diagnóstica en casos dudosos.
 - Diferenciación de neoplasia vs infección.
- **Drenaje de abscesos** subperiósticos o de tejidos blandos.
- **Aspiración articular** en sospecha de artritis séptica concomitante.

Monitorización de respuesta al tratamiento

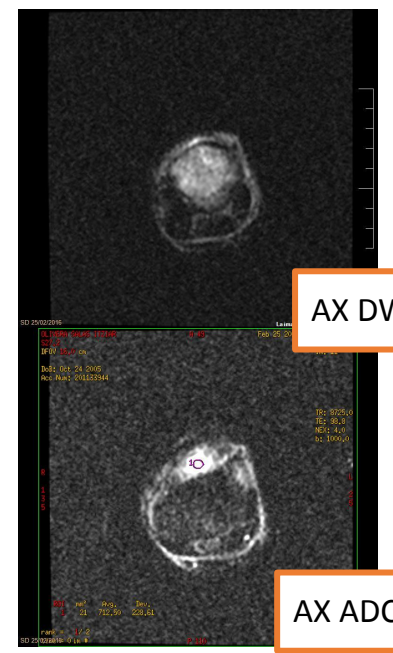
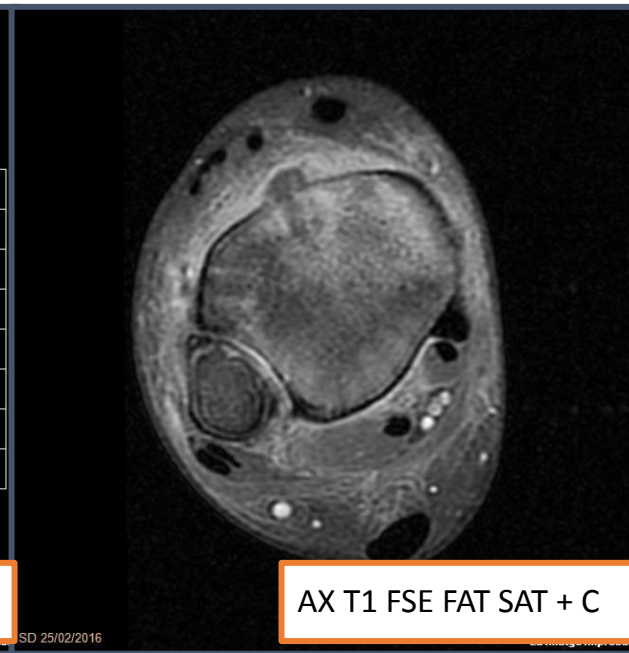
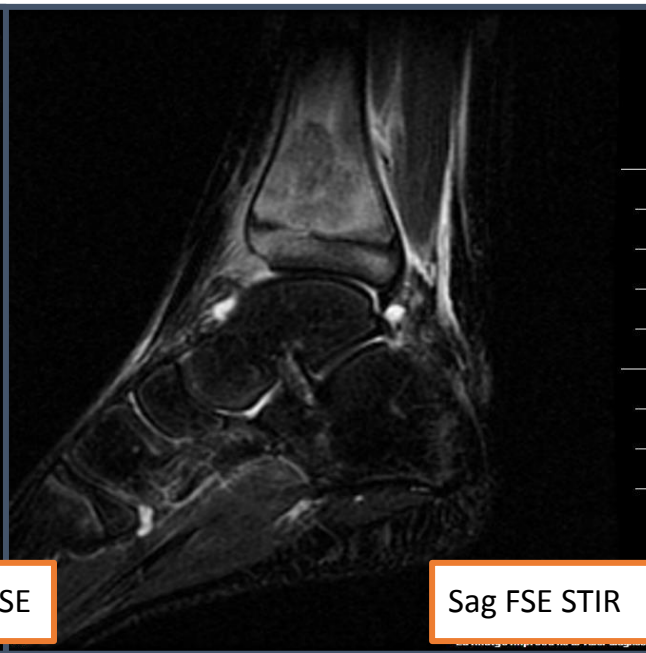
- **Evaluación de complicaciones** durante el tratamiento (nuevos abscesos, extensión de infección).
- **Seguimiento de afectación fiseal** en casos de osteomielitis transfiseal para detectar precozmente alteraciones del crecimiento.
- **Correlación con marcadores clínicos** (PCR, fiebre, síntomas) para ajustar duración del tratamiento.
- **Detección de osteomielitis crónica** o recurrencia.

Comunicación con el equipo multidisciplinario

- **Informes estructurados** que incluyan:
 - Localización precisa y extensión de la infección.
 - Presencia/ausencia de complicaciones.
 - Afectación de estructuras críticas (fisis, articulaciones).
 - Recomendaciones para manejo (necesidad de drenaje, seguimiento).
- **Participación en comités** de infecciones osteoarticulares pediátricas.
- **Correlación radiológico-patológica** en casos complejos.

Caso 1: Tibia distal (I)

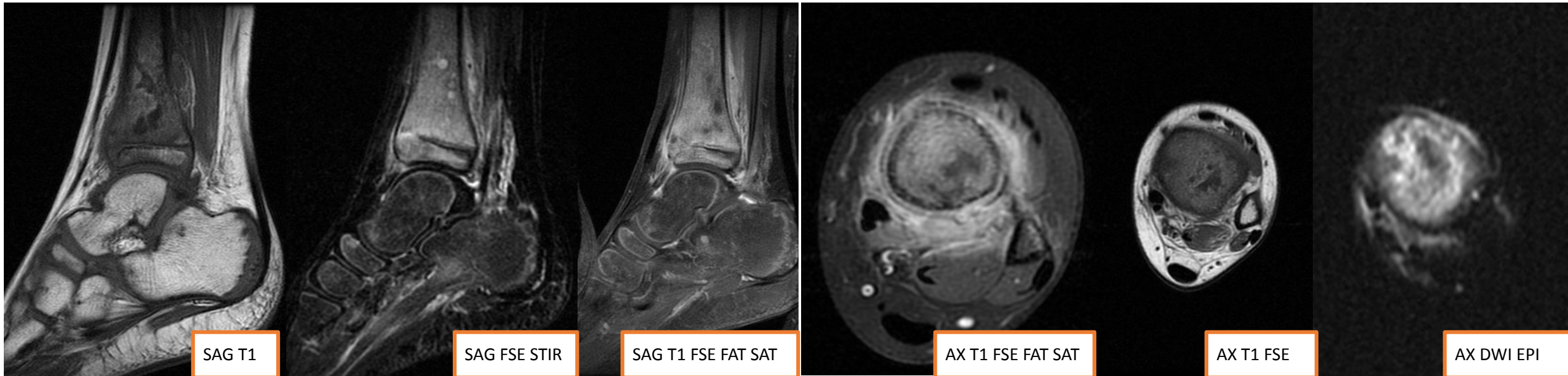
Niña de 10 años que es llevada a urgencias por fiebre de hasta 39.5°C de 4 días de evolución precedida por dolor en tobillo derecho que se inició a las 24h previas y se ha mantenido durante todo el proceso apareciendo progresivamente inflamación del tobillo en las últimas 48h. Consulta en el CAP donde se realiza analítica que evidencia PCR de 4.23 mg/dl con leucocitos de 8710 (60%N/26%L).



Cambios de señal en la articulación tibioastragalina, asociados a edema de partes blandas y derrame articular. Se identifica una pequeña colección en la región tibial anterior, con trayecto fistuloso dirigido hacia la fisis anterior de la tibia, en relación con osteomielitis tibial. La colección no presenta restricción en difusión y muestra realce periférico tras la administración de contraste. Asimismo, se observa captación de contraste en la epífisis y en la diáfisis distal tibial, en relación con osteítis asociada, y edema subcutáneo acompañante.

Caso 2: Tibia distal (II)

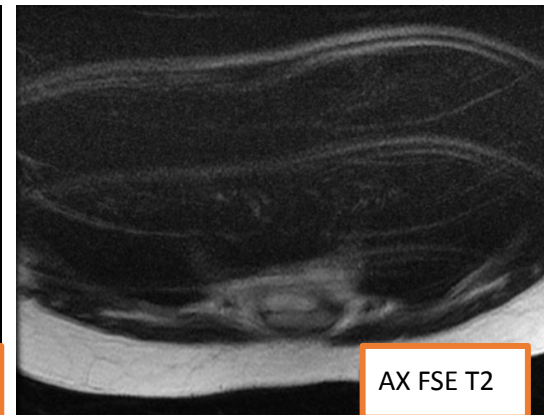
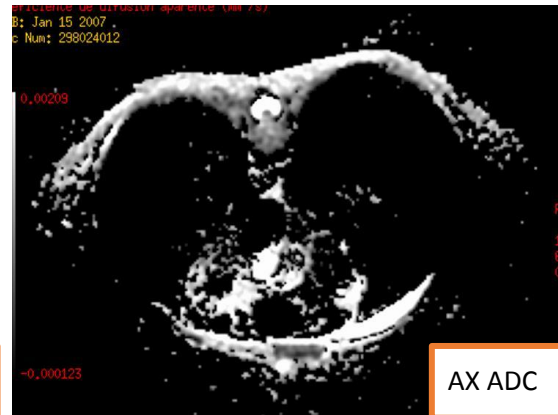
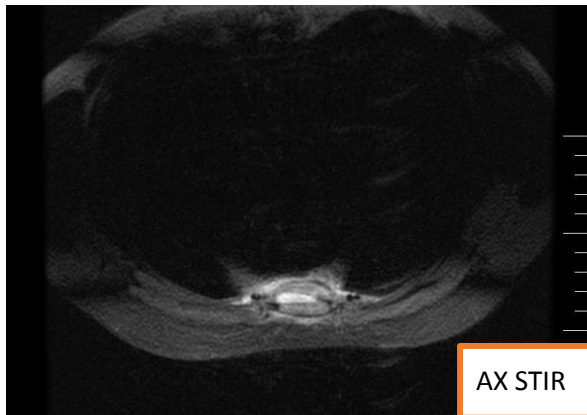
Niño de 8 años que consulta por dolor en tobillo y pie izquierdo asociado a fiebre de hasta 39 °C de 6 días de evolución tras antecedente reciente de traumatismo con diagnóstico inicial de esguince de tobillo. Presenta dolor progresivo y tumefacción en región distal tibial, con aumento de temperatura local y gran sensibilidad a la palpación. Ante la sospecha clínica de infección osteoarticular se decide ingreso para estudio y tratamiento antibiótico.



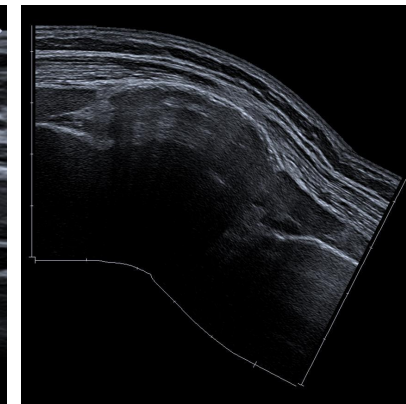
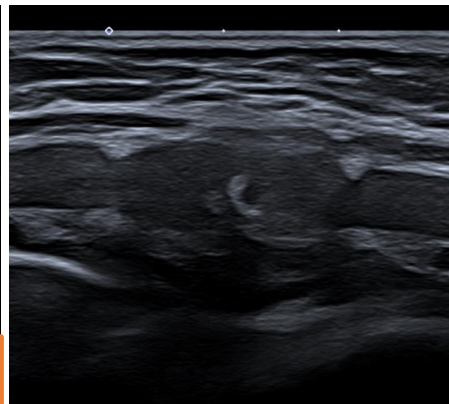
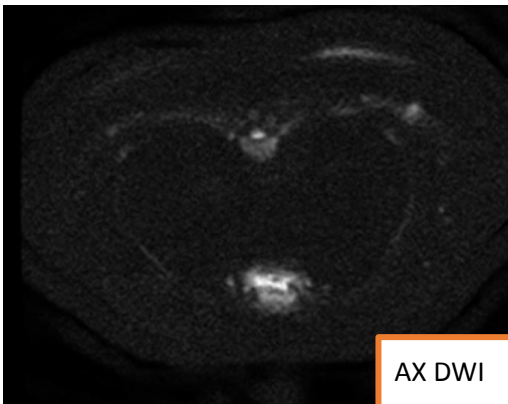
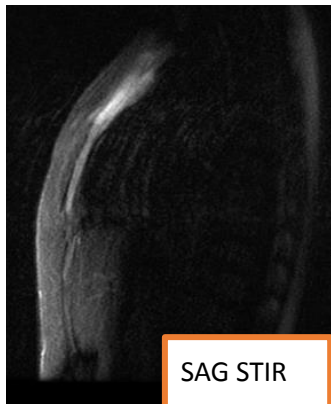
Señal parcheada hiperintensa en T2 e hipointensa en T1 de la médula ósea en toda la tibia distal visualizada, con áreas de aspecto semi-líquido incluyendo la fisis y la zona perióstica alrededor de la tibia distal. Tras administración de contraste e.v., dichas áreas intramedulares se presentan hipocaptantes, observándose hipercaptación intensa del resto de la médula ósea, de las estructuras periósticas y de las partes blandas adyacentes. Se trata de hallazgos RM compatibles con osteomielitis con varias áreas intramedulares sugestivas de abscesos así como absceso perióstico circular. Además se aprecia discontinuidad en la cortical en la cara posterior y comunicación del componente abscesificado óseo con las partes blandas adyacentes observándose una colección semilíquida perióstica y en las partes blandas en esta zona.

Caso 3: Esternón

Niño de 13 años que consulta por dolor torácico de características pleuríticas asociado a disnea y fiebre de hasta 39,8 °C de 48 h de evolución. Presentaba dolor a la palpación esternal y elevación progresiva de reactantes inflamatorios (PCR hasta 25,6 mg/dL). La radiografía de tórax, ECG seriados y angio-TC torácica no mostraron alteraciones significativas ni tromboembolismo pulmonar. Ante la persistencia del dolor y la fiebre se decide ingreso para estudio etiológico y control clínico.



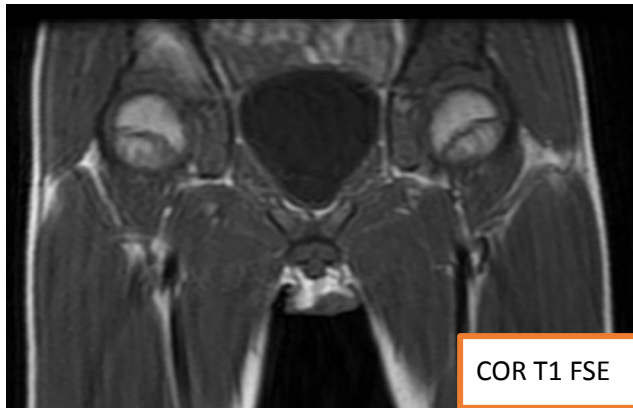
Cambios de señal que afectan a la parte más alta del cuerpo y al manubrio esternal, con una imagen de pequeña colección retroesternal, adyacente al hueso (probablemente perióstica) que mide 5 x 22 x 24 mm (AP x LL x CC) situada por detrás de la parte más alta del cuerpo esternal. Muestra hiperseñal en T2 y Difusión, con valor ADC bajo.



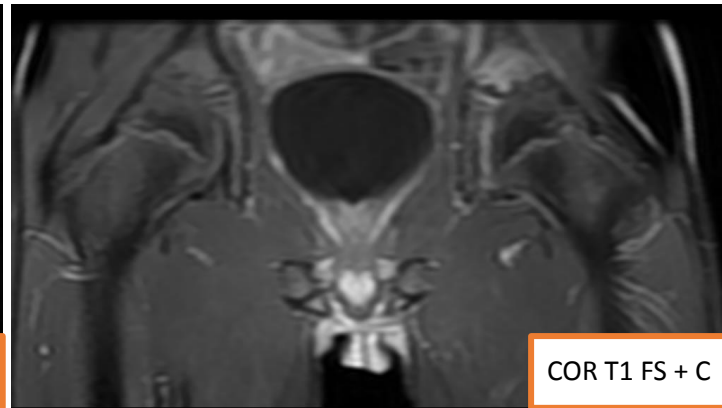
Ampliamos estudio con ecografía dada la presencia de tumoración externa, sin observar la colección descrita puesto que es retroesternal y no se observa afectación de las partes blandas de la zona preesternal. Tampoco se observan cambios en las articulaciones esternoclaviculares

Caso 4: Ilíaco

Niño de 11 años con fiebre persistente tras infección por COVID-19 y dolor en cadera izquierda con cojera. Exploración con dolor a la movilización de cadera sin hallazgos radiológicos iniciales. Analítica con reactantes de fase aguda elevados y leucocitosis. Ingreso para estudio y seguimiento ante sospecha de proceso infeccioso osteoarticular.

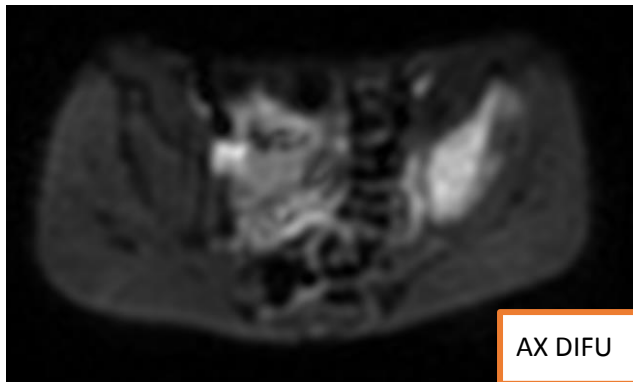


COR T1 FSE

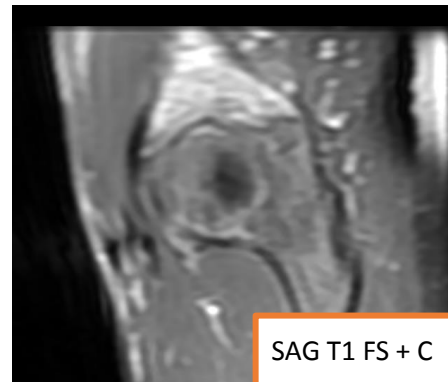


COR T1 FS + C

Se evidencia alteración de señal difusa en médula ósea del hueso iliaco izquierdo que se extiende a acetábulo superior anterior/hueso púbico, afectado en todas las secuencias y con marcada restricción en secuencias de difusión así como intenso realce en estudio contrastado, todo ello compatible con osteomielitis. No se observan signos de disrupción de cortical ni desestructuración ósea. No se observan colecciones.



AX DIFU



SAG T1 FS + C



COR T2 FSE STIR

Caso 5: Muñeca

Paciente con cuadro febril y antecedente de traumatismo, que presenta dolor, inflamación y signos inflamatorios en muñeca izquierda. Analítica con elevación marcada de reactantes de fase aguda y leucocitosis. Diagnóstico de artritis séptica, requiriendo ingreso y tratamiento quirúrgico urgente con desbridamiento.



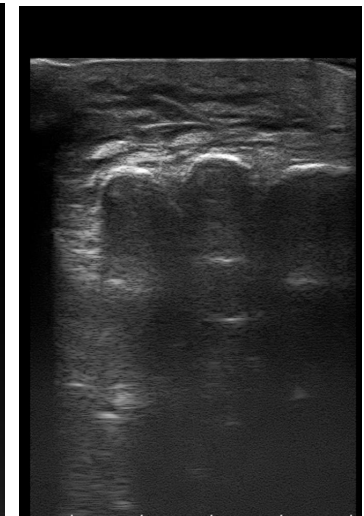
COR 3D T2 GRE



COR T1



COR T2 FS



Hiperecogenicidad de la grasa de tejido celular subcutáneo de región radio-cubital distal del aspecto dorsal y volar, compatible con celulitis.

Líquido en vaina peritendinosa de retináculo extensor sugestivo de tenosinovitis. No se observan colecciones.

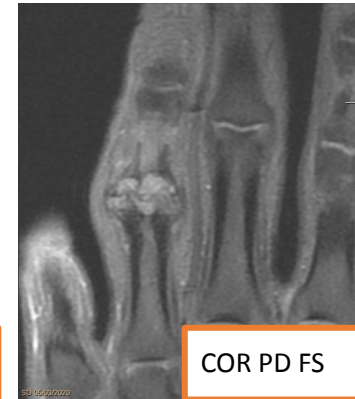
Aumento de la intensidad de señal en plano muscular de cara ventral del antebrazo que restringe en difusión compatible con edema e hiperseñal en músculo pronador cuadrado de aspecto inflamatorio.

Colección subperióstica de 16 x 7 x 13 mm en cara medial del radio en la diáfisis proximal.

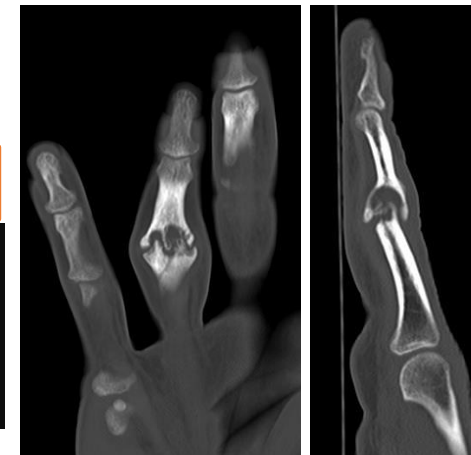
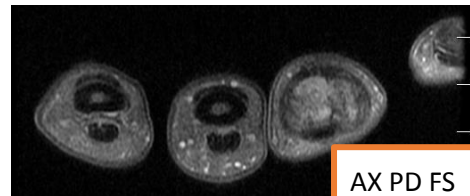
Alteración de la señal del hueso de aspecto parcheado en metáfisis y diáfisis proximal. Estos hallazgos son sugestivos de osteomielitis con absceso subperióstico y afectación de partes blandas musculares, grasa subcutánea y vaina tendinosa de la cara palmar del antebrazo y muñeca. No se observan otras alteraciones.

Caso 6: Dedo

Paciente con cuadro febril y antecedente de traumatismo, que presenta dolor y signos inflamatorios en muñeca izquierda. Analítica con elevación marcada de reactantes de fase aguda y leucocitosis. Diagnóstico de artritis séptica, requiriendo ingreso y tratamiento quirúrgico urgente con desbridamiento.



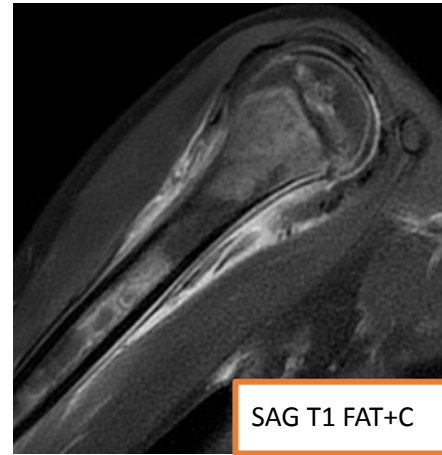
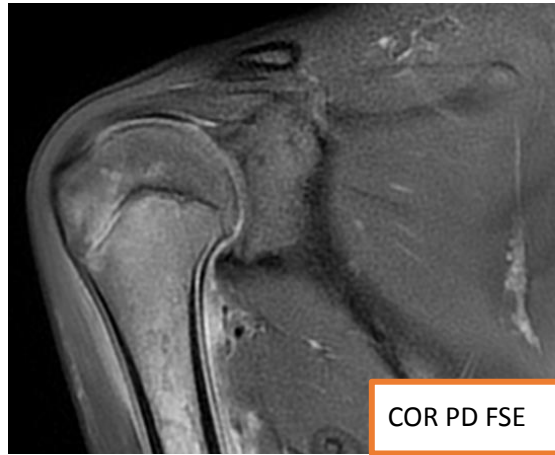
Cambios de señal en el 4º dedo de la mano derecha, hipointensos en T1 e hiperintensos en T2, que corresponden a destrucción de la articulación con múltiples lesiones en la base de la falange media y la cabeza de la falange proximal. Los hallazgos sugieren cambios por artritis erosiva/destructiva.



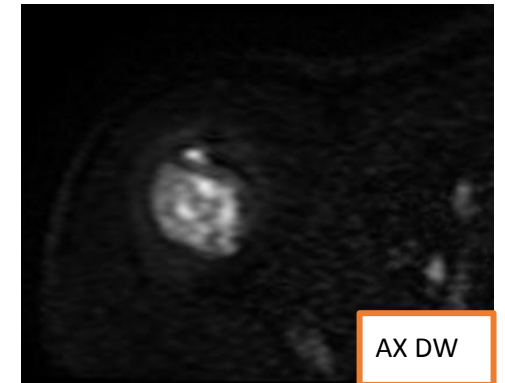
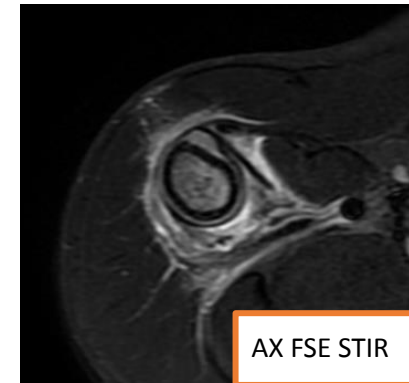
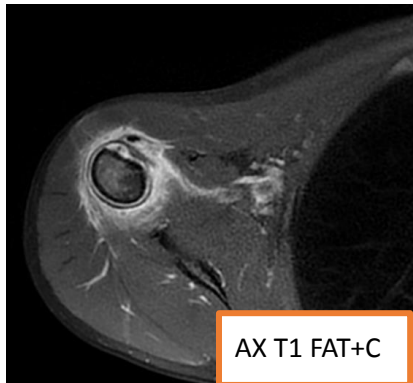
Signos de artropatía erosiva que afecta a la articulación IFP del 4º dedo de la mano derecha con destrucción ósea y erosiones articulares en las dos superficies articulares, observando lesiones quísticas subcondrales, con desaparición de la interlínea articular. Dados los antecedentes y que la única articulación afecta, probablemente se trata de una artritis infecciosa y menos probable inflamatoria o erosiva/degenerativa.

Caso 7: Húmero

Niño de 9 años con fiebre prolongada y dolor progresivo en hombro derecho. Hemocultivo positivo para *S. aureus* y elevación de reactantes de fase aguda, con pruebas de imagen iniciales sin hallazgos. Ante la sospecha de osteomielitis con bacteriemia, se inicia antibioterapia intravenosa y se amplía estudio con resonancia magnética.



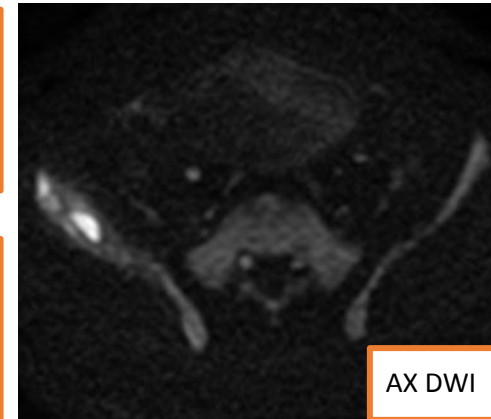
Cambios de señal que afectan a la diáfisis proximal y media del húmero derecho, con cambios edematosos en la medular y periósticos, con imagen de colección de 1 mm que rodea toda la diáfisis y colección subperióstica fusiforme en la cara anterior, por debajo de la porción larga del bíceps de 8 x 4 mm que se extiende a lo largo de 33 mm.
No hay líquido articular.
Líquido envolvente de la diáfisis humeral y entre fascias entre la porción larga del tendón del bíceps y el vientre muscular de la porción corta.



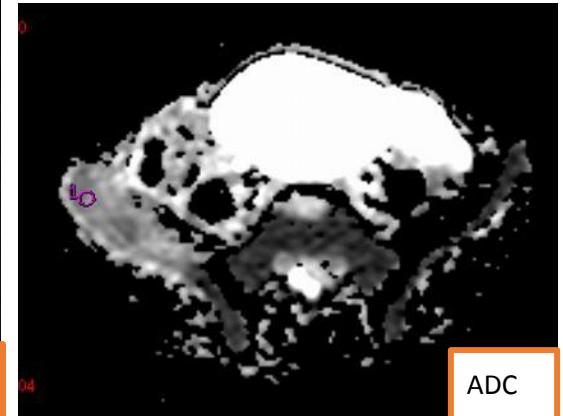
Caso 8: Pelvis

Niña de 10 años con drepanocitosis que consulta por dolor inguinal derecho inicialmente orientado como crisis vaso-oclusiva. Persistencia del dolor y elevación de reactantes de fase aguda orientan a infección osteoarticular. La RM confirma osteomielitis del ala ilíaca derecha con absceso subperióstico, requiriendo drenaje quirúrgico, antibioterapia intravenosa y transfusión.

Cambios de señal que afectan al ala ilíaca derecha y a los tejidos blandos de alrededor, de predominio en el músculo ilíaco, con presencia de una colección perióstica de 17 x 23 mm que impronta en el músculo ilíaco y varias pequeñas colecciones en la medular de la cresta iliaca de pocos milímetros. Los hallazgos corresponden a una osteomielitis con absceso perióstico.



AX DWI



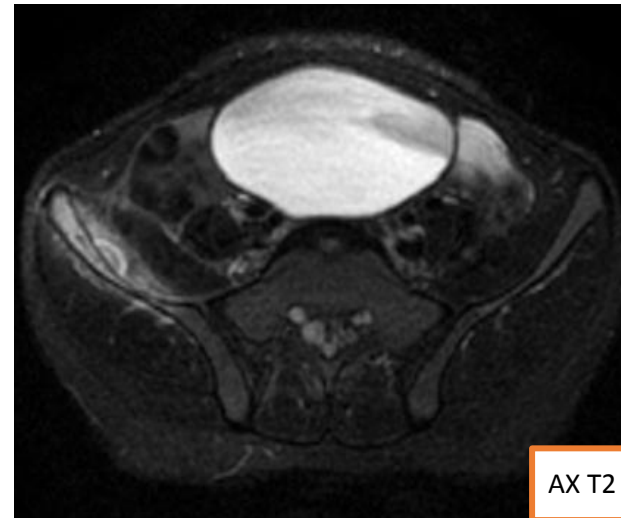
ADC



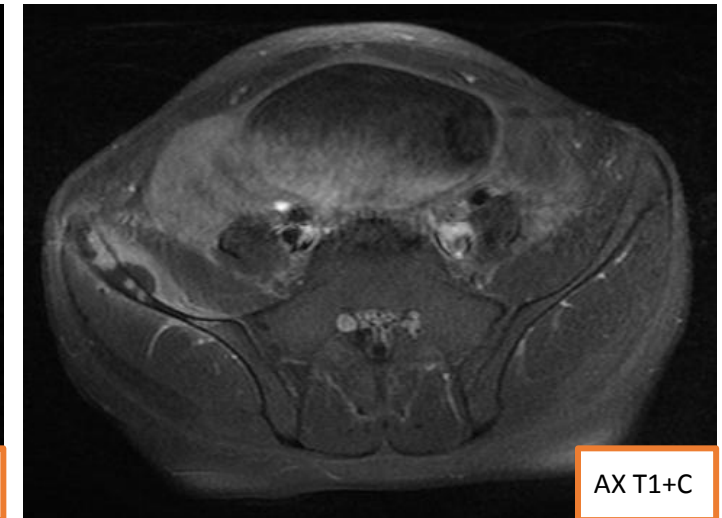
COR T1 FAT SAT



COR 2D MERGE



AX T2



AX T1+C

Caso 9: Metatarsiano

Niña de 9 años, sin antecedentes relevantes, que consulta por dolor intenso, tumefacción y signos inflamatorios en el dorso medial del pie derecho, de evolución progresiva tras actividad en la nieve. Presenta limitación funcional y elevación de reactantes de fase aguda, con sospecha de proceso infeccioso osteoarticular asociado a epifisiolisis del primer metatarsiano.

Área mal definida de alteración de señal en base y diáfisis del 1er metatarsiano (MTT), que compromete fisis en su porción dorsal, desestructurándola focalmente. Se rodea de alteración de señal en partes blandas adyacentes envolviendo 360º dicho hueso, afectando tanto planos musculares (interóseos hacia plantar, contactando con tendón flexor del 1er dedo) como tejido subcutáneo (dorsal), visualizado como hiperseñal en T2, de hasta 6 cm de extensión.

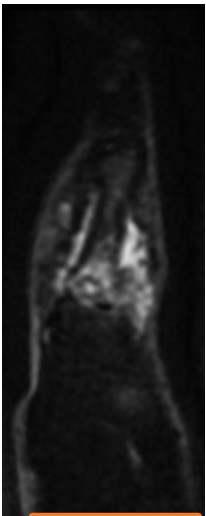
Tras la administración de contraste se observa ausencia de captación de la base del MTT excepto epífisis de base, que se visualiza hiperémica y con captación periférica de contraste. Todo ello muestra restricción de secuencias de difusión. Además se observa alteración de señal heterogénea en huesos cuneiforme medial y escafoides, sin restricción en secuencias de difusión y captación heterogénea de contraste.



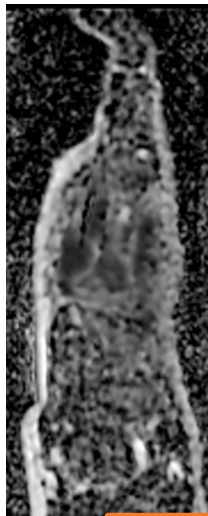
COR PD FSE



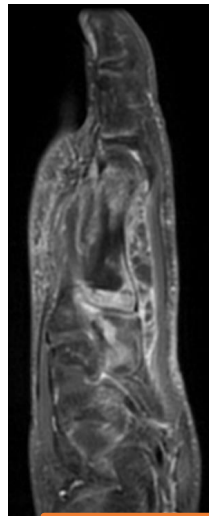
COR T1



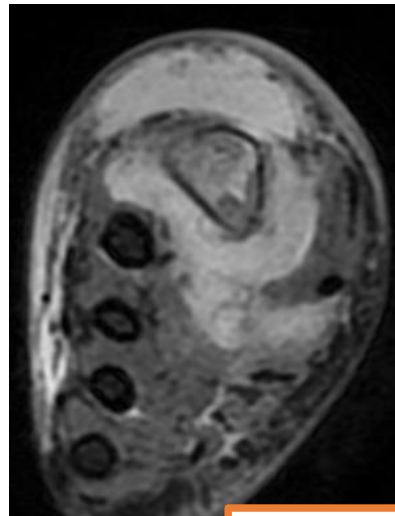
COR DWI



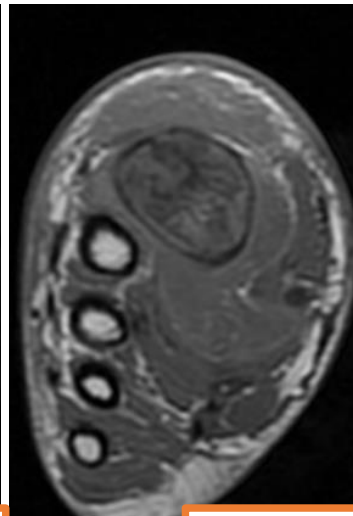
ADC



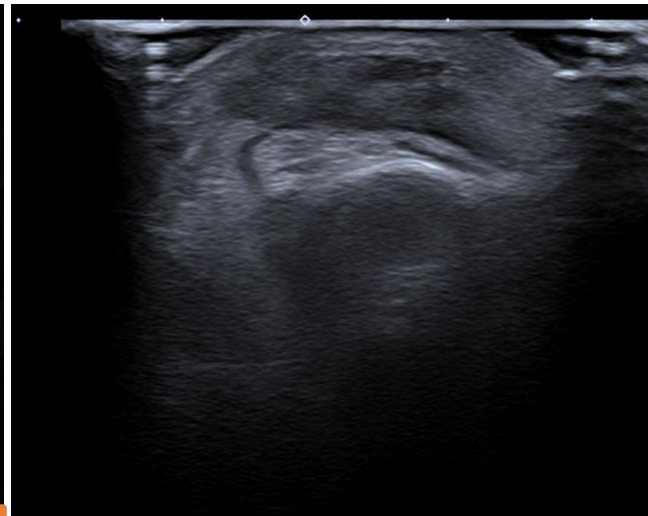
COR T1+C



AX PD FSE



AX T1 FSE



Conclusiones

1. La **RM es la técnica de elección** para el diagnóstico de osteomielitis pediátrica, con sensibilidad del 82-100% y especificidad del 75-96%.
 2. La **radiografía simple** sigue siendo el estudio inicial para excluir otras patologías, aunque tiene baja sensibilidad en fase aguda (cambios visibles solo después de 7-14 días).
 3. La **ecografía** es excelente para detectar colecciones subperiósticas y guiar procedimientos, pero no evalúa la médula ósea
 4. La **osteomielitis transfiseal** es mucho más frecuente (81%) de lo clásicamente enseñado, con riesgo de secuelas en el 13-16.8% de casos.
 5. **Kingella kingae** es actualmente el patógeno predominante en niños <4 años, superando a *S. aureus* en este grupo etario
 6. Más del **50% de casos de osteomielitis metafisaria** tienen artritis séptica concomitante, por lo que debe evaluarse sistemáticamente.
 7. El **contraste gadolinio** es especialmente importante en niños <6 años para detectar condritis (infección del cartílago de crecimiento no osificado).
 8. La **medicina nuclear** tiene un rol limitado en la era de la RM, reservándose para casos de enfermedad multifocal no localizable o cuando la RM no está disponible.
-

Conclusiones

El análisis de casos de osteomielitis pediátrica muestra que, aunque se trata de una entidad poco prevalente, es la infección ósea más frecuente en este grupo etario, con predilección por la tibia distal y casos menos comunes en localizaciones atípicas como el esternón. La clínica suele ser errática y el diagnóstico clínico difícil, por lo que la RM, especialmente mediante secuencias de difusión, resulta imprescindible para confirmar la enfermedad, determinar su extensión a partes blandas y detectar complicaciones, permitiendo un manejo clínico y/o quirúrgico más preciso y precoz.

Bibliografía

1. Acute Osteomyelitis in Children. The New England Journal of Medicine. 2014. Peltola H, Pääkkönen M.
 2. ACR Appropriateness Criteria® Osteomyelitis or Septic Arthritis-Child (Excluding Axial Skeleton). Journal of the American College of Radiology : JACR. 2022. Shet NS, Iyer RS, Chan SS, et al.Guideline
 3. An Update on Pediatric Acute Hematogenous Osteomyelitis in New Zealand - A Decade On. Journal of Pediatric Orthopedics. 2023. McDonald ACE, Julian J, Voss LM, Boyle MJ, Crawford HA.
 4. Prevalence of Complications Due to Transphyseal Hematogenous Osteomyelitis. The Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume. 2024. Cochard B, Ciprani A, Cirillo M, et al.
 5. A 10-Year Retrospective Survey of Acute Childhood Osteomyelitis in Stockholm, Sweden. Journal of Paediatrics and Child Health. 2020. von Heideken J, Bennet R, Eriksson M, Hertting O.
 6. Clinical Practice Guideline by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America: 2021 Guideline on Diagnosis and Management of Acute Hematogenous Osteomyelitis in Pediatrics. Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society. 2021. Woods CR, Bradley JS, Chatterjee A, et al.Guideline
 7. Transphyseal Involvement of Pyogenic Osteomyelitis Is Considerably More Common Than Classically Taught. AJR. American Journal of Roentgenology. 2014. Gilbertson-Dahdal D, Wright JE, Krupinski E, McCurdy WE, Taljanovic MS.
 8. Guide to Utilization of the Microbiology Laboratory for Diagnosis of Infectious Diseases: 2024 Update by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the American Society for Microbiology (ASM). Clinical Infectious Diseases : An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America. 2024. Miller JM, Binnicker MJ, Campbell S, et al.Guideline
 9. Bacterial Osteomyelitis in Pediatric Patients: A Comprehensive Review. Skeletal Radiology. 2024. Restrepo R, Park HJ, Karakas SP, et al.
 - 10.The Contemporary Bacteriologic Epidemiology of Osteoarticular Infections in Children in Switzerland. The Journal of Pediatrics. 2018. Juchler C, Spyropoulou V, Wagner N, et al.
-