

# OSTEOMIELITIS DE HUESO LARGO POR ACTINOMICOSIS EN CONTEXTO DE SINDROME RENDU OSLER WEBER

L. Boadas, M. Arias, G. Sàrries, I.Codony, J.J. Morales  
Consorti Hospitalari de Vic, Vic, Barcelona



### Introducción

Actinomicosis es una enfermedad granulomatosa crónica rara causada por una bacteria anaeróbica Gram positiva, que coloniza la cavidad oral. La presentación clínica más frecuente es la actinomicosis cervicofacial. La osteomielitis por diseminación distal hematógena es poco frecuente, con más incidencia en pacientes pediátricos e inmunodeprimidos. Se ha descrito pocos casos de osteomielitis por actinomicosis en pacientes previamente sanos. La telangiectasis hemorrágica hereditaria o Rendu Osler Weber es una enfermedad de herencia autosómica dominante. El diagnóstico se basa en los criterios de Curaçao: sangrados nasales recurrentes, telangiectasias en mucosas, malformaciones arteriovenosas viscerales e historia familiar. Si se cumplen estos criterios, no requieren de pruebas moleculares para el diagnóstico definitivo.

### Objetivo

Queremos describir un nuevo caso de osteomielitis de peroné causado por Actinomyces en paciente adulto inmunocompetente, en el contexto de síndrome de Rendu-Osler.

### Caso clínico

Mujer de 34 años, sin historia de traumatismo, que presenta dolor e impotencia funcional en pierna derecha. Se observa eritema y placa celulítica en cara lateral de la misma, dejando las articulaciones de rodilla y tobillo libres. No presenta síndrome febril asociado. Se sospecha inicialmente de celulitis, iniciándose antibioterapia, rotando de tratamiento según evolución, durante 7 meses. Dada evolución tórpida se realiza ecografía, dónde se observa imagen hipoecoica en cara lateral de pierna. En las radiografías se observa lesión por secuestro óseo y leve insuflación de corticales de peroné. También se realiza RMN con diagnóstico de osteomielitis crónica a nivel de peroné con cortical lateral afectada, fistulización y drenaje subcutáneo. Se interviene a la paciente, realizando osteomía de peroné (5 cm), lavados abundantes y drenaje de la lesión. Se obtienen muestras para AP y cultivos microbiológicos. Se inicia tratamiento antibiótico empírico, siendo alta a domicilio, a la espera de cultivos definitivos. Las muestras son positivas por Actinomicosisi Israelii, manteniendo antibioterapia dirigida, vía oral. A los pocos días, la paciente inicia episodio de disnea progresiva hasta ser de mínimos esfuerzos. En la gasometría arterial se observa hipoxemia severa, con el resto de la analítica dentro de la normalidad y d- Dímero negativo. Se solicita angio-TAC pulmonar descartándose TEP, pero se observan lesiones nodulares y patrones de cristal deslustrado, sugestivo a émbolos infecciosos o alteraciones vasculares telangiectásicas con hemorragia pulmonar asociada. Ingresa en unidad de Medicina Interna con orientación diagnóstica de posible infección pulmonar por Actinomyces, iniciándose tratamiento específico con Penicilina G. Se realiza nuevo TAC pulmonar de alta resolución, al mes, sin cambios significativos. En contexto de paciente con probables fístulas arteriovenosas pulmonares, epistaxis recurrente des de la infancia y antecedentes paternos de síndrome de Rendu Osler, se diagnostica a la paciente de Enfermedad Telangiectásica Hemorrágica Hereditaria o Rendu Osler. Se deriva a centro externo dónde confirman las MAV pulmonares con angiografías pulmonares y se embolizan hasta en 6 ocasiones.

### Conclusión

Se orienta el caso como paciente con osteomielitis crónica de peroné para Actinomyces y abscesos pulmonares, en el contexto de paciente con diagnóstico intercurrente de Sd. Rendu Osler. En cuando la evolución de la osteomielitis crónica del peroné, en el postoperatorio inmediato se observa deficiencia motora 4+/5 de TA y 3/5 de EPDG. Se realiza EMG que informa de axonotmesis de nervio peroneo profundo a nivel de la cicatriz, posterior a la salida la rama de tibial anterior. Se inicia rehabilitación con mejoría cuasi-total a los 8 meses de la intervención. Mejoría clínico-biológica de la infección por A. Israelii con tratamiento vía oral de Amoxicilina hasta cumplir el año.

### Discusión

Aunque poco frecuente, el Actinomyces puede causar osteomielitis, y en menor frecuencia afecta huesos largos. Se han descrito abscesos cerebrales actinomicóticos en el contexto del síndrome de Rendu Osler, siendo la flora oral el origen del foco infeccioso. En la bibliografía no hemos observado casos de osteomielitis de huesos largos por A. Israelii en el contexto de Sd. Rendu Osler. Para detectar e identificar la bacteria se requieren estudios patológicos exhaustivos. Dado la demora entre la obtención de cultivos y el diagnóstico definitivo, es de importancia iniciar tratamiento antibiótico de forma precoz.

### Bibliografía

- Könönen E, Wade WG. Actinomyces and related organisms in human infections. Clin Microbiol Rev 18 March 2015
- Ryu D, Sang Y, Yoon H, Jin S, Hoon T, Ku M. Actinomycotic osteomyelitis of a long bone in an immunocompetent adult: a case report an literature review.
- Atwaru RM. Actinomycosis of the calcaneus – a case report. SA Ortho J. 2009:59-62
- Apothéoz C. Regamey C. Disseminated infection due to Actinomyces meyeri: case report an review. Clin Infect Dis. 1996;22:621-5
- Ferry T, Valour F, Karsenty J, Breton P, Gleizal A, Braun E et al. Actinomycosis: etiology clinical features, diagnosis, treatment and management. Infect Drug Resist. 2014:183
- Chen K, Lin C. Brain abscess as an initial presentation in a patient of hereditary haemorrhagic telangiectasia caused by a novel ENG mutation. BMJ Case Rep 2013
- Kouban M Lahiani D et al Actinomycotic brain abscess as the first clinical manifestation of hereditary hemorrhagic telangiectasia – case report and review of the literature. Ann Hematol 2013 92:1141-1143

