

tejidos blandos y huesos circundantes. Además, se ha encontrado que los pacientes con osteomielitis crónica tienen un mayor riesgo de trombosis venosa profunda (DVT por sus siglas en inglés). El riesgo de DVT en pacientes con osteomielitis crónica fue el doble del de los controles en un estudio de más de 24.000 pacientes. Se debe considerar el uso de la terapia diaria con aspirina (Lin et al., 2014).

La erradicación de esta patología generalmente requiere desbridamiento quirúrgico agresivo y manejo del espacio muerto junto con tratamiento antibiótico efectivo. Sin embargo, la cirugía no es siempre la mejor opción, en especial en los pacientes más comprometidos. Se debe considerar la posibilidad de inmunocompromiso en aquellos con múltiples comorbilidades en donde también haya osteomielitis crónica en el fémur. Para estos pacientes, quienes podrían no sobrevivir al extenso estrés quirúrgico requerido para erradicar la enfermedad, se deben considerar alternativas menos agresivas. El desbridamiento quirúrgico limitado combinado con antibióticos supresores y apoyo nutricional puede limitar la frecuencia del drenaje y la presencia de dolor en estos casos difíciles. El curso de tratamiento y la definición del éxito del resultado deben individualizarse para cada paciente.

Se han reportado casos de malignización de osteomielitis crónica, no obstante, no son reportes nuevos. Aunque esta complicación está disminuyendo, todavía ocurre y se deben tener en cuenta signos como el drenaje crónico, aumento del dolor y mal olor que deben elevar el índice de sospecha, en este caso se debe considerar realizar biopsia. El carcinoma de células escamosas es la neoplasia maligna más frecuente registrada, y el tratamiento definitivo es la extirpación local amplia o la amputación combinada con quimioterapia y radio terapia.

CLASIFICACIÓN

Cierny y Mader desarrollaron un sistema de clasificación para osteomielitis crónica basado en criterios fisiológicos y anatómicos para determinar las etapas de la infección. Los criterios fisiológicos se dividen en tres clases basadas en tres tipos de organismos afectados. Los huéspedes de clase A tienen una respuesta normal a las infecciones y la cirugía. Los huéspedes de clase B están más comprometidos y tienen mecanismos deficientes con respecto a la curación de heridas. Cuando los resultados del tratamiento son potencialmente más dañinos que la condición de presentación, el paciente se considera un huésped de clase C.

Los criterios anatómicos consisten en cuatro tipos. El tipo I, la lesión medular, se caracteriza por enfermedad endóstica. En el tipo II, la osteomielitis superficial se limita a la superficie del hueso y la infección es secundaria a un defecto de cobertura. El tipo III es una infección localizada que implica una lesión estable, bien delimitada, caracterizada por un secuestro cortical completo y cavitación (en este tipo, el desbridamiento completo del área no conduciría a la inestabilidad). El tipo IV es una lesión osteomielítica difusa que crea inestabilidad mecánica, ya sea en la presentación o después del tratamiento apropiado y requiere una reconstrucción compleja (tabla 21-2 y figura 21-12).

Los criterios anatómicos y fisiológicos se combinan para designar una de las 12 etapas clínicas de la osteomielitis crónica. Por ejemplo una lesión de tipo II en un huésped de clase A se denomina osteomielitis en estadio IIA. Este sistema de clasificación es útil para determinar si el tratamiento debe ser simple o complejo, curativo o paliativo y conservador de extremidades o ablativo.

TABLA 21-2

Sistema de clasificación de Cierny y Mader para la osteomielitis crónica

TIPO ANATÓMICO		
I	Medular	Enfermedad endosteal
II	Superficial	Superficie cortical infectada debido a un defecto de cobertura
III	Localizada	Secuestro cortical que puede extirparse sin comprometer la estabilidad
IV	Difusa	Características de I, II y III más inestabilidad mecánica antes o después del desbridamiento
CLASE FISIOLÓGICA		
Hospedero A	Normal	Inmunocompetente con buena vasculatura local
Hospedero B	Comprometido	Factores locales (L) o sistémicos (S) que comprometen la inmunidad o la curación
Hospedero C	Prohibitivo	Discapacidad mínima, morbilidad prohibitiva anticipada o pronóstico deficiente para curar

Modificado de Cierny G III, Mader JT: Adult chronic osteomyelitis: an overview. In D'Ambrosia RD, Marier RL (editors): Orthopaedic infections, Thorofare, N.J., Slack, 1989.

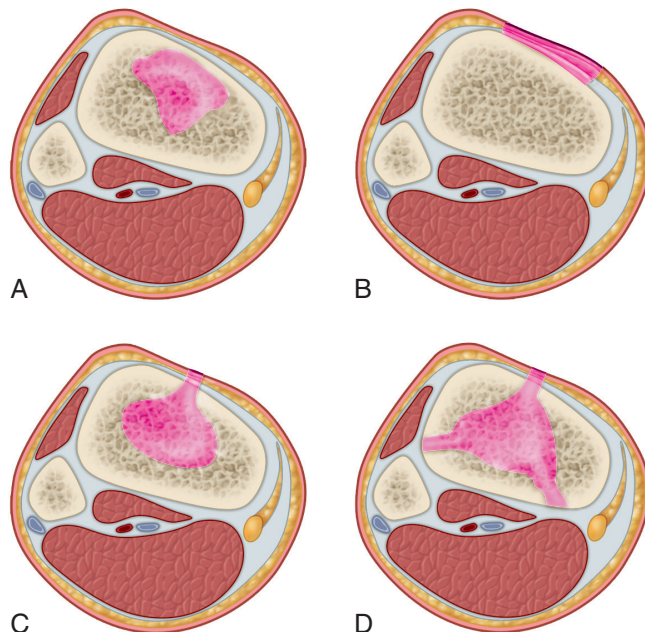


FIGURA 21-12 Clasificación anatómica de la osteomielitis en adultos. **A**, tipo I, osteomielitis intramedular. **B**, tipo II, osteomielitis superficial; limitado a la superficie del hueso. **C**, tipo III, osteomielitis localizada; espesor completo de la corteza está involucrado. **D**, tipo IV, osteomielitis difusa; toda la circunferencia del hueso está involucrada. (Redibujado de Parsons B, Strauss E: Surgical management of chronic osteomyelitis, Am J Surg 188(Suppl):57S, 2004).