



Clínica cotidiana

Osteomielitis. Una infección olvidada en atención primaria

Carolina del Cisne Moreno Camposano^{a,*}, Valeria Cedeño Zambrano^b,
 Eldymar Gutiérrez Martín^c, María Leonor Quintana Cantón^d

^aCentro de Salud San Agustín. Burgos. ^bCentro de Salud Cristóbal Acosta. Burgos. ^cCentro de Salud Las Huelgas. Burgos.

^dCentro de Salud Santa Clara. Burgos.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 1 de septiembre de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Osteomielitis

Fiebre

Celulitis

Úlcera

Keywords:

Osteomyelitis

Fever

Cellulitis

Ulcer

R E S U M E N

La osteomielitis es la infección y destrucción que afecta al tejido óseo. El diagnóstico debe realizarse en base a la historia clínica, examen físico y pruebas complementarias. Es muy importante sospecharlo en pacientes con dolor óseo persistente y localizado, acompañado de supuración a través de fistulas. Sin embargo, los síntomas generales están presentes en menor medida¹. La osteomielitis es una infección muy relevante que puede diseminarse rápidamente sin tratamiento, es por esto que debemos incluirla entre los diagnósticos diferenciales para ofrecer tratamiento precoz y mejorar el pronóstico de los pacientes.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Osteomyelitis. A forgotten infection in primary care

A B S T R A C T

Osteomyelitis is an infection and destruction that affects bone tissue. Diagnosis should be based on medical history, physical examination, and additional tests. It is very important to suspect it in patients with persistent and localized bone pain, accompanied by suppuration through fistulas. However, general symptoms are present to a lesser extent. Osteomyelitis is a very serious infection that can spread rapidly without treatment, which is why we must include it among the differential diagnoses in order to offer early treatment and improve the prognosis for patients.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by E-Medfarma 2020, S.L.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carolinamorenocci@gmail.com (C.C. Moreno Camposano).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.030>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Descripción del caso clínico

Varón de 83 años de edad acude a su centro de salud por presentar hace 5 días herida a nivel de cabeza de quinto metatarsiano de pie derecho. Refiere que hace 2 meses aproximadamente le pasó lo mismo, le trataron con antibiótico y mejoró parcialmente. Niega traumatismos previos. Ha estado con fiebre de hasta 38 °C que ha controlado con paracetamol. Como antecedentes patológicos de interés es hipertenso, dislipémico e hiperuricémico. No tiene hábitos tóxicos. Su tratamiento habitual es con enalapril 5 mg y simvastatina 20 mg.

A la exploración se evidencia úlcera profunda a nivel de cabeza de quinto metatarsiano de pie derecho, supuración activa, eritema y edema hasta región de tobillo (figura 1). Presenta dolor a la palpación de los últimos dedos del pie, movilidad y sensibilidad conservada.

Se realiza cura de herida, y se decide no cubrir con antibiótico dada la profundidad de dicha úlcera y la clínica del paciente; Por lo que se deriva a urgencias para determinar causa.

A su llegada al hospital se realiza analítica sanguínea con los siguientes resultados: Hb 11,9 g/dl, leucocitos 13.000/μl. Coagulación sin alteraciones. Glucosa: 104 mg/dl. Proteína C reactiva 105 mg/L, procalcitonina 3,5 ng/ml.

Se realiza radiografía anteroposterior y lateral de pie derecho (figura 2) evidenciando destrucción cortical de cabeza de 5° metatarsiano. Se contacta con el servicio de traumatología por sospecha de osteomielitis, por lo que el paciente queda ingresado.

En el ingreso se procede a realizar limpieza y se coloca drenaje para favorecer la supuración. Bajo condiciones estériles se toman muestras y se realiza interconsulta con el servicio de infecciosas.

Se realiza RMN que confirma el diagnóstico. Con todo esto, y tras pasar por el protocolo preoperatorio, se procede a intervención quirúrgica para lavado profuso y realizar estudios microbiológicos e instaurar tratamiento antibiótico específico.

Durante su ingreso el paciente evolucionó de forma favorable y se autoriza alta a domicilio realizándose curas de herida en su centro de salud.

Comentario

Ante el caso expuesto, es muy fácil pensar que estamos ante la presencia de una infección de tejidos blandos y dar inicio a tratamiento antibiótico, pero la historia clínica y el examen físico nos orientan a pensar en diagnósticos diferenciales.

En personas mayores que tengan antecedentes de infecciones localizadas (eritema, edema, calor y dolor a la palpación) que no mejoren con antibioticoterapia y que presenten además síntomas sistémicos se debe tener en cuenta a la osteomielitis como diagnóstico diferencial. También se debe sospechar en pacientes diabéticos con úlceras que penetran el hueso o que no cicatrizan a pesar del cuidado adecuado de la herida. En general en personas mayores que tengan alteraciones vasculares, ya que tendrán limitaciones para la cicatrización que pueden complicarse y conllevar a esta infección?

En atención primaria no es muy común que nos enfrentemos a este tipo de patologías, pero estamos tratando cada vez más a pacientes de mayor edad, con múltiples enfermedades que, ante cualquier agresión externa, que tiene solución fácil en un adulto no inmunocomprometido puede llevarnos a infecciones mucho más grandes.

Existe controversia si iniciar o no, antibioticoterapia empírica. Podemos optar por un antibiótico con actividad anties-



Figura 1 –
Úlcera profunda
a nivel de
cabeza de 5°
metatarsiano.



Figura 2 –
Destrucción
cortical de
cabeza de 5°
metatarsiano.

tafilocócica, de elección cloxacilina³. Pero hay que tomar en consideración que cuando sospechemos que estamos frente a un posible caso de osteomielitis se debe remitir al servicio de urgencias para que se realicen las diferentes pruebas complementarias y de esta manera dar tratamiento antibiótico específico y evitar complicaciones.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fistera. Osteomielitis [Internet]. Fecha de revisión: 05 dic 2024 [citado 28 jul 2025].
2. Lalani T. Osteomyelitis in the absence of hardware: Approach to diagnosis in adults [Internet]. En: Nelson S, Hall KK, eds. UpToDate. Waltham (MA): UpToDate; actualizado junio de 2025 [citado 28 jul 2025].
3. Barbero Allende JM, García Sánchez M, Arranz Caso A. Osteomielitis [Internet]. Elsevier; abril 2022;13(52):3041-9. [citado 28 jul 2025].