

Artritis Séptica de tobillo: Caso Clínico

Flores Victoria Rosana¹

¹Estudiante de la Carrera de Medicina - Universidad Mayor de San Andrés

Septic arthritis of the ankle: Clinic case

RESUMEN

Se presenta un caso de artritis séptica de tobillo en un paciente pediátrico, atendido en el hospital Materno Infantil de la ciudad de La Paz. El cuadro clínico debuta con una faringitis la cual no recibió el tratamiento adecuado, una semana después el paciente presenta dolor en tobillo derecho, aumento de volumen, impotencia funcional y alzas térmicas, no se hallaron alteraciones laboratoriales. Es sometido en 2 ocasiones a limpieza quirúrgica de la articulación afectada, y también recibió tratamiento farmacológico.

La artritis séptica se considera una urgencia médica ortopédica, esta puede producirse por: siembra hematógena, diseminación local de una infección vecina, trauma o infección quirúrgica. El tiempo de evolución de la enfermedad constituye un factor pronóstico, la demora en el tratamiento puede llevar a la destrucción de cartilago articular.

Palabras claves: artritis séptica, pediatría, artrocentesis, artrotomía.

ABSTRACT

A case of septic arthritis of the ankle in a pediatric patient, treated at the Materno Infantil hospital in La Paz city. The clinical picture appears with a sore throat which did not receive proper treatment, one week after the patient has pain in his right ankle, increased volume, and loss of function, there were no laboratory abnormalities. It is submitted on 2 occasions to surgical cleaning of the affected joint, and also received drug treatment. Septic arthritis is considered a medical emergency orthopedic, this may occur by: hematogenous spread, local spread of infection neighbor, surgical trauma or infection. The evolution time of the disease is a prognostic factor, the delay in treatment may lead to the destruction of articular cartilage.

Keywords: septic arthritis, pediatric arthrocentesis arthrotoomy.

INTRODUCCIÓN

La Artritis Séptica es una infección articular de urgencia terapéutica, debido al daño y secuelas que ocasiona junto con el compromiso sistémico que puede involucrar, progresando incluso hasta la muerte. Es más frecuente en la infancia que en la edad adulta, presentando una relación 2:1 (hombre: mujer respectivamente). Se afectan con mayor frecuencia las articulaciones de miembros inferiores. Hay factores que predisponen a esta infección, como son: traumatismo previo, procedimientos quirúrgicos de las articulaciones, e infecciones cutáneas.

En cuanto a su etiología puede ser variada pero el *Staphylococcus aureus* es el patógeno más común^(3,4). El aumento en la velocidad de sedimentación globular y la positividad en la proteína C reactiva apoyan al diagnóstico.

Respecto al tratamiento, depende tanto de la sospecha precoz como también del acertado diagnóstico e identificación de la etiología. Los aseos quirúrgicos con el correspondiente drenaje y toma de cultivos de la articulación son un pilar esencial para el manejo con el fin de evitar todo tipo de secuelas y complicaciones.

El tratamiento inicial con antibióticos es por vía intravenosa. El diagnóstico se confirma con artrocentesis y valora realizar artrotomía.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, de 4 años de edad ingresa al servicio de emergencias por presentar dolor en tobillo derecho, aumento de volumen, e impotencia funcional del mismo miembro y alza térmica.

Cuadro clínico se inició hace aproximadamente una semana caracterizado por presentar alzas térmicas, dolor en epigastrio tipo cólico de moderada intensidad, este cuadro fue atendido en el servicio de emergencias del Hospital Materno Infantil, donde fue tratado con ibuprofeno al creer que se trataba de una laringitis, días más tarde al cuadro se añade, somnolencia, irritabilidad, disminución de apetito,

Recibido: Abril de 2011

Aceptado: Junio de 2011

Correspondencia: Flores Victoria Rosana

E-mail: getty_roust@hotmail.com

dolor de gran intensidad en tobillo derecho dificultando la ambulación, con aumento de volumen y calor a nivel local.

EXAMEN FÍSICO

Paciente lúcido, consciente, orientado en las tres esferas mentales con piel y mucosas hidratadas normo coloreada. Relación cráneo cara 2:1 a la palpación sin depresiones, ni abombamientos, cavidad bucal con piezas dentarias completas en regular estado, tórax con movimientos respiratorios conservados murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares, corazón con ruidos cardiacos normofoneticos, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación superficial y profunda, RHA (+) normoactivos. Extremidades con tono y trofismo conservado, pierna derecha con férula de yeso, dolorosa a la palpación con impotencia funcional.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Se realizó estudios imagenológicos: Radiografía AP y lateral (ver Figura 1,2) de ambos tobillos, ecografía en ambos tobillos.

Figura N° 1: Radiografía Preoperatoria



Figura N° 2: Radiografía Preoperatoria



Laboratorio: El día de su ingreso se encontró GR: 4180000; Hto: 38; Hb:12.6; VES: 35; GB: 8300 (Segmentados:60; Linfocitos: 36; Monocitos: 4; PCR: 12.8mg/Dl)

Diagnóstico pre- operatorio: Atritis séptica de tobillo derecho.

Tratamiento quirúrgico: Se realizó Artrotomía de tobillo Derecho, donde se obtuvo debito seropurulento de 4cc aproximadamente, durante el procedimiento no se hallaron complicaciones, se deja un drenaje laminar, se inmoviliza con férula de yeso suroperoneo.

Indicaciones post-operatorias: además de las básicas se indicó, Metamizol 500 mg IV c/ 6 horas; Cloxacilina 250mg IV c/ 6 horas.

Cultivo - antibiograma: del débito obtenido en la artrotomía. El cual reporte: Tinción Gram : Leucocitos polimorfonucleares 10 -12 p/c; Flora bacteriana ocasional coco Gram (+)

Al 6to día Post-operatorio de realizada la artrotomía de tobillo derecho, el paciente presentó picos febriles de 38.7°C, motivo por el cual se inicia tratamiento con cefotaxima 700mg IV c/ 8 horas, pese al resultado del cultivo negativo. Ante persistencia de dolor, llanto y presencia de febrículas se decide realizar una nueva limpieza quirúrgica con artrocentesis de rodilla derecha no se encontrando ningún tipo de débito purulento, y se inmoviliza con férula de yeso suropedico.

Laboratorio: GR: 3850000; Hto: 35 %; Hb:11.5; VES: 18; GB: 8300 (Segmentados:55; Linfocitos: 39; Monocitos: 4; PCR: 3.2mg/Dl)

El paciente tras la segunda limpieza quirúrgica y artrocentesis que se le practica, presenta una evolución favorable y se realizan controles seriados de parámetros inflamatorios, además se solicita radiografía AP y lateral de tobillos (Ver figura 3,4). No presenta fiebre, PCR y VES presentan franca regresión.

Figura N°3: Radiografía post-operatoria



Figura N°4: Radiografía post-operatoria



DISCUSIÓN

Presentamos el caso de una artritis séptica de tobillo derecho en un paciente pediátrico de 4 años de edad, la etiología de esta patología es variada, en el presente caso podría atribuirse al proceso infeccioso que presentó 7 días antes de su ingreso, el cual no tuvo un manejo adecuado. Es de vital importancia reconocer este tipo de procesos, sobre todo en pacientes pediátricos, donde se poner en practica la habilidad el medico de reconocer la patología, ya que al tratarse de un menor de edad, la manifestación de los síntomas no llegan a ser descritos de forma adecuada, haciendo que el medico demore en llegar a un diagnóstico y en la aplicación del tratamiento adecuado.

La artritis séptica es una verdadera urgencia médica ortopédica, existen tres posibles rutas de invasión bacteriana al espacio articular: siembra hematogena, diseminación local de una infección vecina, trauma o infección quirúrgica. La duración de los síntomas antes del tratamiento constituye el factor pronóstico más importante. La artritis séptica puede ser diagnosticada y tratada a tiempo. Una falla en el diagnóstico produce alteración permanente de la función por destrucción del cartilago articular El diagnóstico diferencial incluye sinovitis transitoria, fiebre reumática, hemartrosis, celulitis, osteomielitis, hemofilia, leucemia, sinovitis nodular y artritis reactiva. La aparición de síntomas iniciales en una articulación debe alertar acerca de una artritis séptica. Al diagnóstico debe llegarse por descarte.

El mayor problema surge al realizar el diagnóstico diferencial entre la artritis séptica y la sinovitis transitoria, ya que el cuadro clínico en ambas puede tener una presentación similar, pero el tratamiento de estas dos entidades es diferente. Un niño irritable agudamente enfermo, con signos y síntomas progresivos como fiebre, cojera, imposibilidad para el apoyo limitación de los arcos de movimiento y hallazgos anormales de laboratorio, tiene artritis séptica hasta que se demuestre lo contrario.

Las radiografías simples usualmente son normales. Los cambios son sutiles y pueden incluir aumento del espacio articular, que sugiere mayor presencia de líquido intraarticular que puede generar subluxación, luxación, necrosis isquémica del cartilago articular, inflamación de los tejidos blandos y después de 14 días puede llegar a destrucción ósea. Las radiografías simples ayudan a descartar patologías frecuentes como fracturas o tumores.

El papel de la ecografía es controvertido; sin embargo, es más sensible que la radiografía en determinar la presencia de líquido articular aunque no proporciona datos confiables en cuanto a las características del líquido sinovial .La gamagrafia es útil en áreas donde la localización es difícil, y puede mostrar múltiples sitios de infección en neonatos. La tomografía axial computadorizada y la resonancia magnética nuclear Proporcionan información acerca de la localización topográfica exacta de la lesión.

El examen de elección para confirmar el diagnóstico es la aspiración de la articulación con aguja, procedimiento que no debe ser diferido si existe sospecha clínica de artritis séptica Todo líquido aspirado debe enviarse al laboratorio para análisis, el cual debe incluir

coloración de Gram, cultivo, recuento de leucocitos con conteo diferencial, determinación de glucosa sérica.

El aspirado de zonas infectadas es positivo en 54-68% de los casos.

La tinción de Gram demuestra gérmenes hasta en 30-40% de los pacientes.

El tratamiento de la artritis séptica no debe comenzar antes de que se hayan tomado las muestras pertinentes para cultivo porque los antibióticos disminuyen la posibilidad de obtener gérmenes en los hemocultivos y aspiraciones. Es necesario el lavado y aspiración de la articulación para remover los microorganismos, las enzimas bacterianas y las partículas y detritos libres en la articulación. El desbridamiento abierto se requiere en pacientes con compromiso articular de la cadera, excepto en los pacientes con artritis gonocócica porque en estos casos la aspiración es suficiente. El uso de la artroscopia es controvertido; sin embargo, el lavado y desbridamiento articular se puede realizar adecuadamente por vía artroscópica. El tratamiento con agentes antimicrobianos intravenosos debe iniciarse tan pronto se haya obtenido las muestras para cultivos, y análisis del fluido sinovial.

Los resultados que ofrece la tinción Gram son la mejor guía para la toma de decisiones. Si la tinción no identifica gérmenes, el antibiótico debe ser escogido con base en: edad del paciente, la inmunocompetencia, la articulación comprometida y la epidemiología local.

El tratamiento empírico inicial deber incluir un antibiótico que cubra el estafilococo, como oxacilina o una cefalosporina de primera generación. Estos medicamentos también cubren neumococo y estreptococo beta-hemolítico del grupo B. Debe darse tratamiento que cubra contra microorganismos Gram negativos, especialmente en recién nacidos y en adolescentes para asegurar protección contra el gonococo. En pacientes inmunocomprometidos o en niños en los cuales se aislan microorganismos infrecuentes puede usarse oxacilina y ceftriaxona. La antibioticoterapia se mantiene por tres a cuatro semanas. La gran mayoría de los pacientes responden adecuadamente al tratamiento. Los factores que afectan el resultado son la demora en instaurar el tratamiento apropiado a pacientes menores de seis meses, prematuros y pacientes con osteomielitis concomitante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jaime Pedraza, MD Departamento de Ortopedia Fundación Santa Fe de Bogotá Artritis séptica Capitulo XIX.
2. Daniel Salgado M.1, Dr. Ricardo Corrales F.220 de julio de 2009. Artritis Séptica de Cadera Secuelada: Caso Clínico de Resolución Quirúrgica.
3. Valls, Perruelo, Aiello, Kohn, Carnevale Ortopedia y Traumatología 5ta edición
4. Ramos Vertiz Traumatología segunda edición.
5. Duplat JL, Nossa SA, Artritis séptica de cadera en niños, Univ. Med. Bogotá (Colombia), 50 (1): 77-90, enero-marzo de 2009