
Artritis séptica: a propósito de un caso

Septic arthritis: case report

Martha Roxanna García González *
Xavier Sánchez Alarcón *
Carlos Correa Zea **

Resumen

En el presente trabajo se expone un caso clínico sobre artritis séptica, considerando demostrar la importancia de las normas de asepsia en cirugía menor, que pueden obviar complicaciones y secuelas como las reportadas en este caso.

Palabras claves: asepsia, artritis séptica, venodisección.

Summary

The present study exposes a clinical case on septic arthritis, which objective is to demonstrate the importance of asepsia in minor surgery to avoid future complications and sequels as the ones presented in this case report.

Introducción

La artritis séptica es un proceso inflamatorio agudo articular, producido por la invasión y multiplicación de microorganismos piógenos (1, 2).

El agente causal más frecuente es el **estafilococo**, sin embargo, en recién nacidos y lactantes hay una mayor incidencia de *Escherichia Coli*, *pseudomona*, *Proteus* y *serratia*, llegando a la articulación por diferentes vías como la hematógena, por vía directa (herida penetrante a la articulación, inyección articular infectada o infección quirúrgica) y por contigüidad, debido a la extensión de un foco osteomielítico hacia la cavidad articular.

Las articulaciones más comprometidas son la rodilla en niños y adolescentes, y cadera en lactantes y niños menores.

Dentro de las características clínicas, generalmente el cuadro es de comienzo agudo, se instala con síndrome febril: hipertermia, escalofríos, postración e inapetencia. Se acompaña de compromiso articular con dolor espontáneo, enrojecimiento cutáneo, aumento del calor local. Puede haber una clara puerta de entrada (Infección cutánea) o ser producto de una enfermedad

infecciosa (septicemia, neumonía, amigdalitis, etc).

Caso clínico

Se realiza la presentación de un caso clínico de artritis séptica como secuela de una venodisección de emergencia, en la que no se tomaron las medidas básicas de asepsia, lo que originó un cuadro de deformidad ósea en miembros inferiores.

Se trata de un neonato masculino obtenido por cesárea, con un Apgar de 4 al minuto y de 8 a los cinco minutos, con un peso de 3.3 Kg, sin antecedentes maternos prenatales.

A la tercera semana de vida se reporta palidez generalizada, fiebre, candidiasis bucal, esplenomegalia, acrocianosis, razón por la que es hospitalizado presentando una venoclisis mal perfundida y ante la dificultad de canalizar otras vías periféricas, se realiza venodisección. Después de varias horas se observa enrojecimiento cutáneo y aumento del calor local (ingle izquierda) razón por la que recibe antibioterapia, respondiendo aparentemente bien. A los 2 meses de edad se realizó artrocentesis en la rodilla derecha por presentar tumefacción articular, además de otros síntomas como hipertermia, inapetencia e irritabilidad; en la punción se obtuvo líquido sinovial purulento (Artritis Séptica) (3).

A los 7 meses y en estas condiciones se le realiza nuevos exámenes:

1. **De laboratorio:** Leucocitos 10.350 por mm³, eosinófilos 4%, mientras que los valores de ASTO, R.A. Test y P.C.R. no se encontraban alterados.
2. **De imágenes:** Rx de cadera no se observó asimetría pélvica, pero en miembros inferiores se observó deformidad en varo en tibia derecha.

Al año tres meses se hizo un estudio ecográfico de control (**Doppler color**) (figura 1) para ver el flujo sanguíneo arterial y venoso del miembro inferior derecho, en el que se visualizó todo dentro de los límites normales. Ante la presencia de un Genu Varum bilateral se le confecciona un *brace* con barras internas y botas ortopédicas de las siguientes características: aorta redondo, contraorta resistente, taco Thomas, caña externa 1mm bilateral, alza total en medio centímetro en suela izquierda, caña alta, horma normal, volado alrededor, rotación externa de 20°.

Figura 1

Fig. 1: Ecografía Doppler Color y pulsado de arterias y venas de miembro inferior derecho. Se visualiza flujo normal.

A los 2 años 3 meses de edad y ante la presencia de continuo dolor de cadera izquierda, acude a una exploración radiológica (figura 2 A) donde se observó rarefacción ósea de la cabeza femoral izquierda y pequeñas formaciones osteolíticas en el extremo distal del fémur del mismo lado por lo que se le realizó **gammagrafía ósea** (figura 2 B) en la que se observó reforzamiento de la actividad osteoblástica en la cabeza femoral, sin alteraciones significativas en el extremo distal del fémur izquierdo, ni en cadera y en cuanto a los cartílagos de crecimiento, con una actividad acorde a la edad del paciente.

Figura 2A

Fig. 2A: Radiografía A-P de pelvis: se visualiza rarefacción ósea de la cabeza femoral izquierda.

Figura 2B

Fig. 2B: Patrón gammagráfico compatible con lesión benigna ósea sin reacción osteoblástica.

Al momento el paciente se encuentra corrigiendo su deformidad en el miembro inferior (genu varum bilateral) (Figura 3).

Figura 3

Fig. 3: Corrección del genu varum bilateral con brace, barras internas y botas ortopédicas.

Discusión

La osteoartritis séptica en lactantes y niños menores es más frecuente en la cadera donde el foco osteomielítico del cuello femoral, que es intracapsular puede invadir rápidamente la articulación. Los gérmenes llegan a la articulación por vía hematógena o a través de una herida penetrante a la articulación, por una inyección articular, una infección quirúrgica o por contigüidad del foco osteomielítico.

En la revisión de este caso observamos claramente las etapas en que evolucionó este cuadro, una *primera etapa* que tiene el carácter de sinovitis con tumefacción e hiperemia y una *segunda etapa* con derrame intrarticular sero-purulento.

Este estado pudo evolucionar hasta hacerse un flemón capsular y si hay alteración del cartílago articular el daño es irreparable. Finalmente, si hay compromiso óseo con condrolisis y osteolisis se determina daño definitivo de la articulación. La desaparición del cartílago articular pondrá en contacto los dos extremos óseos que se fusionaran, constituyéndose un anquilosis ósea y, en caso de interponerse tejido fibroso reparativo se producirá una anquilosis fibrosa como secuela definitiva (4, 5).

Conclusiones

1. La osteoartritis de cadera tiende a presentarse en niños menores y lactantes con factores predisponentes como infecciones generalizadas y déficit nutricionales.

2. Los gérmenes llegan a una articulación con cualquier procedimiento invasivo, como una inyección articular infectada, a través de una venodisección mal realizada o una infección quirúrgica.
3. El diagnóstico de artritis séptica esta basado en los criterios clínicos y en la presencia del exudado purulento obtenido por la artrocentesis, además se realizaron otros exámenes complementarias de gran importancia como: radiografía simple, eco doppler color y gammagrafía ósea para ratificar la presencia o ausencia de deterioro del cartílago articular.

Referencias bibliográficas

1. Andrish J: Infecciones articulares. Rev Orthopedy Clinic North Am 16: 273, 1985
2. López E: Osteoartritis séptica en niños. Rev Esp Pediatrics 49: 481-486, 1998
3. Mazzi E: Artritis séptica neonatal. Perinatología, UNICEF 184-185, 1993
4. Nelson W: Tratado de Pediatría. 15ª ed, Ed Interamericana Mc Graw Hill, México D.F., 1995
5. Ramos A: Infecciones óseas y articulares. Artritis séptica. Rev Arch Med Ped 31: 234-236, 1999

Dra. Martha García González
Teléfono: 593-04-2297999



UNIVERSIDAD CATÓLICA
 DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL