

Artritis séptica de hombro. Caso clínico en varón joven.

GARCÍA LAGUARTA VJ, SANGÜESA NEBOT M^a J, DARDER PRATS A.

SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA DE VALENCIA.

Resumen. La artritis séptica de hombro en adultos es poco frecuente, representando aproximadamente un 3% de todas las artritis sépticas. Con frecuencia se diagnostica tardíamente con lo que se compromete el resultado final. Se presenta el caso de un varón de 15 años de edad que acudió a urgencias hospitalarias por dolor intenso e impotencia funcional del hombro izquierdo, tumefacción y aumento de la temperatura local. Como antecedente refería haber realizado un esfuerzo físico unos días antes. Pese a la inespecificidad de los resultados de las pruebas realizadas en urgencias, clínicamente se sospechó una artritis séptica de hombro, confirmándose el diagnóstico mediante RM y punción, y realizándose tratamiento antibiótico precoz y limpieza artroscópica. El paciente evolucionó satisfactoriamente con recuperación completa. A propósito del mismo revisamos las claves para el diagnóstico y tratamiento actuales de esta patología.

Septic arthritis of the glenohumeral joint. Clinical case in a young man.

Summary. Septic arthritis of the shoulder in adults is an unusual disease (only 3 % of all septic arthritis). Diagnosis is usually made too late, thus interfering in the last result. We report a clinical case in a fifteen years old man who went to the emergency room relating a great pain and difficult movement in his left shoulder, which was swelling and warm. He had made an effort some days before. The initial studies results in the emergency room were normal but clinically we suspected a septic arthritis of the glenohumeral joint. This diagnosis was ratified with RM and puncture of the joint. We carried out a treatment consisting of early antibiotic therapy and arthroscopic cleaning. The patient goes on satisfactorily with complete recovery. Thereafter we review the present diagnosis and treatment of this entity.

Correspondencia:

V.J. García Laguarda

Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica.

Hospital Arnau de Vilanova de Valencia.

C/ San Clemente nº 27

46015, Valencia

e-mail: vijagala@ono.com

Introducción.

La artritis séptica de hombro es relativamente infrecuente (1-3) y suele asociarse a una patología de base. Su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha (2,3), ya que el diagnóstico precoz es fundamental para obtener buenos resultados tras el tratamiento, que debe incluir tanto el uso de antibióticos como el drenaje de la articulación, siendo la artroscopia un método eficaz con el que se obtienen buenos resultados.

Presentamos aquí un caso en un varón de 15 años sin factores predisponentes.

Caso Clínico.

Varón de 15 años de edad que acudió a puertas de urgencias por dolor intenso e impotencia funcional del hombro izquierdo. A la exploración inicial se apreciaba tumefacción y aumento de la temperatura local del hombro. Como antecedente, refería haber estado realizando un esfuerzo físico 5 días antes (transportando unas puertas). Pese a la toma de analgésicos, el dolor había ido en aumento, con picos de fiebre de 38-38,5°, aunque en el momento de la exploración en urgencias la temperatura era de 36,9°. Aunque el paciente también contaba dolor en oído izquierdo, no se detectaron alteraciones en esta zona a la exploración.

En urgencias se le realizó estudio mediante radiología simple sin alteraciones y analítica sanguínea con Hb 12.8 gr/dl, Htco 37,9% y 12.700 x10⁹/l leucocitos, resto normal. La ecografía señalaba la existencia de derrame articular y engrosamiento del tendón del bíceps. Se puncionó el hombro no logrando obtener líquido para estu-



Figura 1. Imagen ecografía.

dio. Ante la sospecha clínica de artritis de hombro se decidió ingreso para completar estudio iniciando tratamiento antibiótico empírico con Cloxacilina 500 mg iv cada 6 horas y Ceftriaxona 1 gr iv cada 12 horas.

A las 12 horas tras su ingreso se realizó nueva analítica siendo hallazgos significativos: VSG 78, PCR 184 y ASLO 823. Se realizó entonces punción-biopsia bajo control ecográfico, extrayendo 20 cc de líquido amarillento, que se remitió a estudio.

En el estudio citológico del líquido sinovial se evidenciaban 30.000 hematias/mm³ y 1.900 células nucleadas/mm³, con 80% de polimorfonucleares y 20% de lin-

focitos. En la bioquímica: proteínas 5.60 g/dl, glucosa <10 mg/dl, LDH>15.900 U/l; no se observaban cristales. La microbiología del líquido sinovial era positiva para *Streptococo B Hemolítico gr C*; iniciando en este momento tratamiento antibiótico según sensibilidad del antibiograma: Ampicilina 1.250 mg i.v. cada 6 horas.

En la resonancia nuclear magnética se observaba un importante derrame articular en todos los recesos y vaina del tendón de la porción larga del bíceps, con marcado engrosamiento sinovial difuso, a modo de extensa colección probablemente purulenta, intraarticular. Así mismo, se observa edema óseo tanto en epífisis humeral como glenoides escapular; y muscular, sobre todo subescapular (Fig. 2 y 3). Tras la administración de contraste hay una elevada captación difusa (Fig. 4).

Con el diagnóstico de artritis glenohumeral se realizó lavado y limpieza artroscópica, comprobándose la existencia de líquido purulento y reacción sinovial hiperémica e hipertrófica. El cultivo del líquido obtenido por artroscopia, llevando ya el paciente varios días de tratamiento antibiótico, fue negativo y la biopsia sinovial así obtenida informaba de inflamación crónica y aguda.

El paciente evolucionó satisfactoriamente. Durante 10 días se mantuvieron los antibióticos intravenosos, pasando posteriormente a antibioticoterapia oral hasta la tercera semana. Inició programa de rehabilitación de hombro para recuperación del balance articular y muscular, inmediatamente tras la artroscopia, y consiguió a la tercera semana una movilidad completa e indolora.

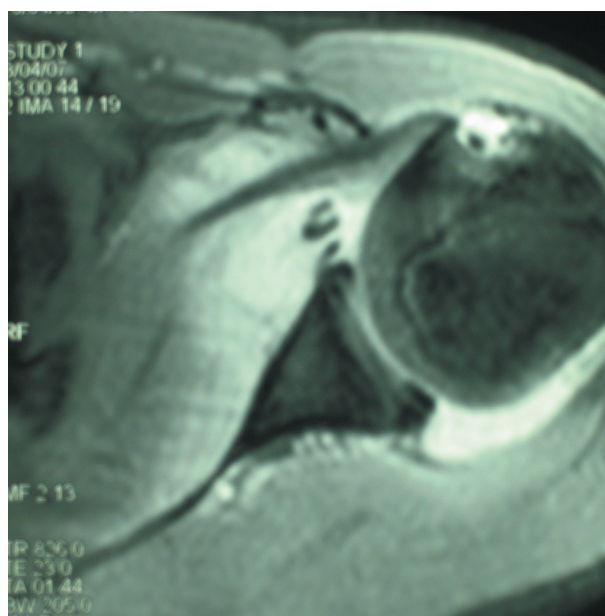
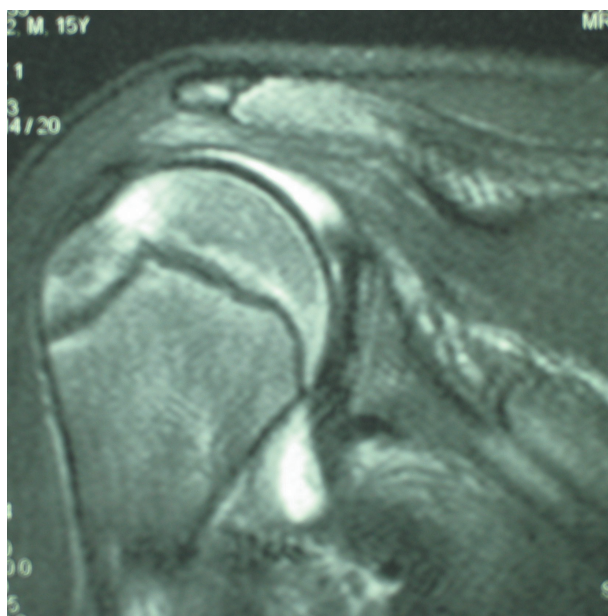


Figura 2 y 3. Imagen RMN.

Discusión.

La artritis séptica de hombro es relativamente infrecuente (1-3), ocurre aproximadamente en el 3 % de todos los casos de artritis séptica, aunque se ha sugerido un aumento en la incidencia relativa de la misma (4,5).

La vía de acceso más habitual a la articulación es la diseminación hematogena (4,5) y el patógeno más frecuentemente aislado en los cultivos es el *Staphylococcus aureus*, en el 41% de los casos según algunos autores (2) llegando hasta el 76% según otros (3).

Su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha (2,3) Inicialmente el diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas, las técnicas de imagen y el examen del líquido sinovial. El diagnóstico definitivo se establece por el aislamiento del microorganismo en el líquido sinovial o en el tejido sinovial (4).

La mayoría de los pacientes con artritis séptica de la articulación glenohumeral presentan por lo menos un factor predisponente; incluyéndose entre estos factores predisponentes la diabetes, defectos del sistema inmune, lupus, artritis reumatoidea, adicción a drogas por vía parenteral, alcoholismo, tumores malignos y procesos crónicos debilitantes (1,5-7). En algunas publicaciones se han identificado un 60% de factores médicos asociados (2).

Los factores relacionados con los peores resultados son el retraso en el comienzo del tratamiento, la virulencia del organismo causante de la infección y una grave patología subyacente (4,6). Aquellos pacientes en los que el tratamiento comenzó 4 semanas o menos desde el comienzo de los síntomas obtuvieron un resultado fun-

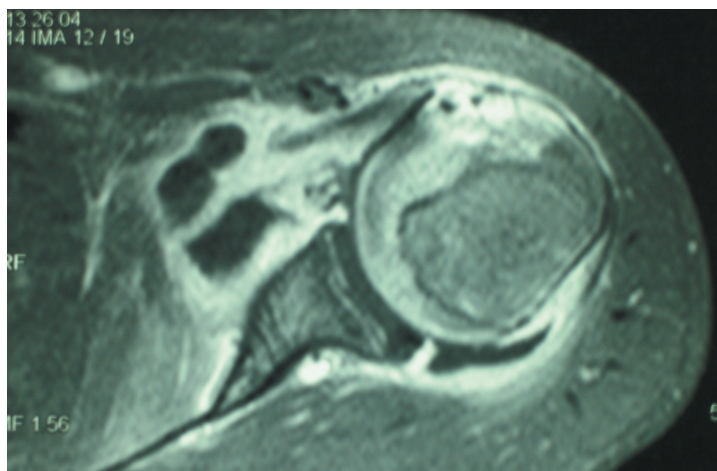


Figura 4. Imagen RMN con contraste.

cional satisfactorio, mientras que aquellos que fueron tratados después de un retraso de más de 4 semanas tuvieron peores resultados (1,6); se reafirma así que el diagnóstico temprano es fundamental para obtener un resultado óptimo con el tratamiento (2,3,5).

El tratamiento de la artritis séptica requiere el uso de antibióticos y el drenaje del líquido purulento de la articulación (4). El tratamiento inicial debería ser empírico con antibióticos intravenosos que fueran efectivos no sólo contra el staphylococo (2), sino también contra gérmenes Gram-negativos (3), hasta que el germen causante sea identificado (1). El desbridamiento artroscópico resulta seguro y eficaz, especialmente en las fases tempranas de la enfermedad (7).

Bibliografía.

1. Leslie BM, Harris JM, Driscoll D. Septic arthritis of the shoulder in adults. *J Bone Joint Surg Am.* 1989; 71:1516-22.
2. Lossos IS, Yossepowitch O, Kandel L. et al. Septic arthritis of the glenohumeral joint. A report of 11 cases and review of the literature. *Medicine.* 1998; 77:177-87.
3. Metha P, Schnall SB, Zalavras CG. Septic arthritis of the shoulder, elbow and wrist. *Clin Orthop Relat Res.* 2006; 451:42-5.
4. Carreño L, Lopez FJ. Revisión y actualizaciones: Enfermedades del sistema inmune. Artritis séptica. *Medicine.* 2001; 8:1819-25.
5. Val del Amo N, Erasquin C, Blanco R. et al. Estudio de 112 pacientes con artritis séptica por piógenos y hongos: cambios en el espectro clínico durante las dos últimas décadas. *Rev Clin Esp.* 1997; 197:540-4.
6. Gelberman RH, Menon J, Austerlitz MS. et al. Pyogenic arthritis of the shoulder in adults. *J Bone Joint Surg Am.* 1980; 62:550-3.
7. Jeon IH, Choi CH, Seo JS. et al. Arthroscopic management of septic arthritis of the shoulder joint. *J Bone Joint Surg Am.* 2006; 88:1802-6.