



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1613 - Me sigue doliendo la cadera...

C. Cuadrado Rouco^a, P. Vich Pérez^a, L. Buendía Carreño^b, A. Espejo González^c, C. Rodríguez Robles^c, M. López Fernández de Santos^c, A. Tentor Viñas^c, G. Izquierdo Enríquez^d y T. Martín de Rosales Cabrera^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Los Alpes. Madrid. Zona Este. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jazmín. Madrid. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alpes. Zona Este. Madrid. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alpes. Zona Este. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 69 años con AP de enlismo y síndrome ansioso-depresivo. Presenta episodio de dolor agudo muy intenso en cadera izquierda desde hace tres días, sin antecedente traumático. No fiebre. Valorado por MAP, pauta AINEs y analgésicos. Ausencia de mejoría. Acude a Urgencias de Traumatología. Diagnosticado de tendinitis de psoas y enviado a su domicilio. Valorado por su MAP de nuevo por persistencia del dolor, que objetiva dolor intenso y limitación funcional severa; se administra nuevamente analgesia intramuscular y se remite nuevamente para estudio al hospital.

Exploración y pruebas complementarias: Signo de Thomas positivo, limitación a la abducción, rotación interna y flexión dolorosa a partir de 60°. En analítica: neutrofilia (8.760/mm³ con desviación izquierda del 87,2%); PCR, 120; fibrinógeno: 840. Bioquímica, CK y coagulación normal. La radiografía simple no muestra lesiones óseas agudas. Se realizó TAC abdomino-pélvico: sin alteraciones relevantes en órganos internos, se apreció derrame y discreto realce de la sinovial de la articulación coxofemoral izquierda en probable relación con artritis. Sospecha de artritis séptica. Se realiza artrocentesis de cadera bajo anestesia local extrayendo 8 cc de líquido serohemático (estéril al cultivo) y se inicia tratamiento intravenoso con amoxicilina-clavulánico 1 g cada 8 horas durante una semana. Durante el ingreso el paciente presentó mejoría importante, permaneciendo afebril. En analítica al alta mejoraron todos los parámetros. En el domicilio siguió con amoxicilina-clavulánico 875 mg oral otras 2 semanas, con recuperación completa y sin limitaciones residuales. En seguimiento actualmente por Traumatología (pendiente de gammagrafía ósea).

Juicio clínico: Artritis séptica de cadera.

Diagnóstico diferencial: Osteomielitis, sinovitis transitoria, osteoma osteoide, tendinitis del psoas, artritis reumatoide, leucemia (algunas formas), espondilopatías.

Comentario final: La artritis séptica es un gran reto debido a la dificultad de realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado. Se considera una emergencia médica con una alta tasa de morbilidad. Su manifestación clínica más común es el dolor articular, seguido de inflamación, fiebre y rigidez articular. La velocidad y acierto en la elección del antibiótico son

determinantes (basta con la sospecha diagnóstica para iniciarlo). Un retraso en la pauta antibiótica puede provocar una destrucción articular irreversible y un aumento de la mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mathews CJ, Kingsley G, Field M, Weston VC, et al. Management of septic arthritis: a systematic review. *Ann Rheum Dis*. 2009;66:440-5.
2. Gupta MN, Sturrock RD, Field M. A prospective 2 year study of 75 patients with adult onset septic arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2001;40: 20-4.
3. Rama Seráns A, Ballina García FJ, Alperi López M, Martínez Ríos S. Artritis séptica por *Salmonella* no typhi: presentación de un caso y revisión de la bibliografía. *Rev Esp Reumatol*. 2004;31(7):435-9.
4. Tarkowski A. Infectious arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2012;20:1029-44.