Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):12

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/254 - INFLAMACIÓN MONOARTICULAR CON FIEBRE SIN ANTECEDENTE TRAUMÁTICO

F.J. Pérez Delgado[a], L. Gómez Sánchez[b], E.A. López Gómez[a] y M.Á. Martín Ortega[a]

[a]Médico de Familia. Hospital de la Línea de la Concepción. Cádiz. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Monovar. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 54 años sin alergias conocidas y antecedentes previos de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y adenocarcinoma de recto intervenido hace 2 años y actualmente en remisión completa. Acude al servicio de urgencias hospitalarias remitido por su médico de atención primaria por presentar fiebre de 39 ºC, de 48 horas de evolución, sin otros signos-síntomas de interés excepto dolor y tumefacción en muñeca derecha. No refiere traumatismos ni procedimientos invasivos en la zona.

Exploración y pruebas complementarias: Se observa dolor, edema y eritema en articulación radiocubital distal del MSD, con signos de tenosinovitis. Resto de exploración anodina. Se comienza con antibioterapia de amplio espectro vía intravenosa ante la sospecha de artritis séptica. Se realiza analítica con resultados de leucocitosis con neutrofilia, 186.000 plaquetas. Reactantes de fase aguda elevados; resto sin interés. Tras radiografía de la mano-muñeca derecha sin hallazgos patológicos se realiza artrocentesis obteniéndose 2 ml de líquido sinovial de aspecto purulento con resultado de laboratorio: leucocitosis con predominio de polimorfonucleares. Resultados de microbiología: tinción Gram con abundantes leucocitos PMN cocos grampositivos intraleucocitarios sensible a cloxacilina y gentamicina. Se inicia antibioterapia intravenosa indicada ingresando el paciente en Enfermedades infecciosas. Durante el ingreso se recibe el cultivo de la artrocentesis positivo para *Streptococcus agalactiae* penicilín-sensible. El paciente evoluciona favorablemente, siendo dado de alta en pocos días.

Juicio clínico: Artritis séptica por *Streptococcus agalactiae.*

Diagnóstico diferencial: Artritis reumatoide, microcristalinas (gotosa, condrocalcinosis), psoriásica, traumática. Artritis del síndrome de Reiter. Hemartros. Celulitis. Artritis infecciosas de otras etiologías (virus, micobacterias).

Comentario final: La suma importancia del diagnóstico precoz y la instauración precoz de la antibioterapia empírica desde atención primaria nos debe hacer tener en cuenta este diagnóstico, ya que no es un cuadro clínico común por lo que supone un reto para la medicina de familia. El retraso de su diagnóstico y tratamiento pueden tener consecuencias catastróficas para nuestro paciente por lo que es necesario realizar un diagnóstico diferencial correcto en estos casos.

Bibliografía

1. Welker Y, Doco-Lecompte T, Decazes JM. Arthrites infectieuses. Pathologie Articulaire.
2. Klippel J, Dieppe P. Rheumatology, 2ª ed. Mosby, 1998.
3. Espinoza L. Infectius arthritis. Rheumatic Disease Clinics of North America. Saunders, 1998.
4. Lew DP, Walvogel FA. Osteomyelitis. Lancet. 2004;364:369-79.

Palabras clave: *Monoartritis séptica. Fiebre. Artrocentesis.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.