



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/3527 - UN CASO SOBRE EL ESTAFILOCOCO QUE SE HOSPEDÓ EN UNA RODILLA

Z. Viejo Maya<sup>a</sup>, L. Hernández Vélez<sup>b</sup>, L. Díaz Estévez<sup>c</sup> y F. Suárez Pinilla<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada.

<sup>b</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Interna. Centro de Salud Albaycín-Granada. Motril. Granada. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Gran Capitán. Granada.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 45 años, antecedente de fractura tibial izquierda hace 13 años por accidente automovilístico, tratada con clavo universal. Remisión sin secuelas, sin revisión posterior por traumatología. Fumador de 20 cigarrillos/día, sin otros hábitos tóxicos. Acude a su MAP por fiebre, dolor e impotencia funcional en rodilla izquierda de 3 días de evolución. Refiere que hace 5 días acudió a urgencias por traumatismo directo sobre dicha rodilla. Presentaba buena movilidad, signos inflamatorios, sin derrame articular; PCR: 164; en la placa no se apreciaban lesiones óseas agudas. Tratamiento: frío local e ibuprofeno.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afectación del estado general, temperatura axilar: 37,6 °C, rodilla izquierda con signos flogóticos; dolorosa a la palpación y colección fluctuante prepatelar. Se aprecia herida quirúrgica, con lesión de continuidad costrosa, puntiforme y secreción purulenta. Se deriva a Urgencias de Traumatología para valoración especializada ante la sospecha de artritis séptica/osteomielitis.

**Orientación diagnóstica:** En urgencias se realizó artrocentesis y drenaje del absceso prerrotuliano, con salida de abundante líquido purulento espeso. Toma de muestras para estudio microbiológico. Analítica: PCR 336, leucocitosis. Ingreso para control y antibioterapia empírica IV con amoxicilina-clavulánico y metronidazol. Cultivo artrocentésico: SAMS. Interconsulta a Infecciosas: aconsejan cloxacilina y valorar la retirada del clavo tibial. Se programa limpieza quirúrgica y toma de muestras. En quirófano se objetiva bursitis prerrotuliana con abundante líquido purulento. No comunicación intraarticular ni directa con el clavo tibial. Se realizan: bursectomía, desbridamiento intensivo y múltiples tomas para análisis microbiológico. Se pauta cloxacilina + ceftriaxona. Al descartar comunicación con clavo tibial, aconsejan antibioterapia 2-3 semanas, pudiendo cambiarse a levofloxacino + rifampicina oral a la mejoría clínica. Cultivos intraoperatorios: SAMS. 5<sup>o</sup> día posquirúrgico, la herida sigue drenando líquido seropurulento. PCR 186. Se continúa con antibioterapia IV. 7<sup>o</sup> día postquirúrgico: mejoría clínica y descenso de PCR. Alta con levofloxacino + rifampicina VO hasta completar las 3 semanas. 4<sup>o</sup> semana: PCR en rango normal y remisión completa de la clínica infecciosa, se da por resuelto el proceso.

**Diagnóstico diferencial:** Artritis séptica. Osteomielitis. Infección de implante.

**Comentario final:** Importancia de sospechar la artritis séptica ante una monoartritis precedida de un traumatismo sobre la articulación.

### **Bibliografía**

1. Towheed TE, Hochberg MC. Acute monoarthritis: a practical approach to assessment and treatment. *Am Fam Physician*. 1996;54(7):2239-43.

**Palabras clave:** Artritis séptica.