



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^a, L. Hernández Vélez^b, L. Díaz Estévez^c y F. Suárez Pinilla^d

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada.

^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Interna. Centro de Salud Albaycín-Granada. Motril. Granada. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gran Capitán. Granada. ^dMédico 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^o día posquirúrgico, la herida sigue drenando líquido seropurulento. PCR 186. Se continúa con antibioterapia IV. 7^o día postquirúrgico: mejoría clínica y descenso de PCR. Alta con levofloxacino + rifampicina VO hasta completar las 3 semanas. 4^o 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.