



SITUACIONES CLÍNICAS

Artritis séptica neumocócica de rodilla como causa de enfermedad tromboembólica venosa

P.J. Marchena Yglesias^{a,*}, J. Saavedra López^b, J.M. López Balaguer^b y J. Burillo Lorente^a

^aDepartamento de Medicina Interna y Urgencias, Servicio de Digestivo, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Hospital General de Sant Boi, Barcelona, España

^bMedicina Interna Urgencias, Hospital de Sant Boi, Barcelona, España

Recibido el 20 de agosto de 2009; aceptado el 11 de enero de 2010

Disponible en Internet el 18 de mayo de 2010

PALABRAS CLAVE

Artritis séptica;
Enfermedad
tromboembólica
venosa;
Neumococo

KEYWORDS

Septic arthritis;
Venous
thromboembolic
disease;
Streptococcus
pneumoniae

Resumen

La artritis séptica neumocócica es una entidad poco frecuente en adultos. Se produce por una diseminación hematogena desde algún foco infeccioso. La afectación poliarticular es menos frecuente si bien es más frecuente que en otros patógenos causantes de artritis. Presentamos el caso de una paciente con artritis séptica neumocócica en la rodilla derecha secundaria a una neumonía, la compresión de la cual causó una trombosis venosa profunda (TVP) en la extremidad ipsilateral y un tromboembolismo pulmonar.

© 2009 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

Venous Thromboembolic Disease due to septic pneumococcal arthritis of the knee

Abstract

Streptococcus pneumoniae induced septic arthritis is very rare in adults. It is produced by hematogenous spread from other infectious areas. Polyarthritits involvement is less frequent, although it is more frequent than in other arthritis causing pathogens. We report a clinical case of a woman with septic pneumococcal arthritis of the knee secondary to pneumonia, the compression of which caused deep venous thrombosis (DVT) in the ipsilateral limb and pulmonary thromboembolism.

© 2009 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Caso clínico

Paciente mujer de 38 años de edad con antecedentes de retraso mental y epilepsia connatal que conlleva un deterioro cognitivo ligero y que sigue tratamiento con neurolépticos y antiepilépticos.

*Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: Pablojavier.Marchena@hsantboi.es, pjmy1@yahoo.es (P.J. Marchena Yglesias).

Ingresa en nuestro centro por presentar de forma simultánea cuadro de deposiciones líquidas sin productos patológicos y dolor, tumefacción y rubor en rodilla y pierna derecha de 3–4 días de evolución. Además presentaba desde la semana previa al ingreso un cuadro de dolor pleurítico izquierdo con fiebre termometrada, que persistía, con tos y expectoración purulenta junto con disnea de reposo. La exploración mostró una TA 120/75, temperatura de 38 °C, SatO₂ basales de 92%, 115 latidos por minuto y unos crepitantes con aumento de las vibraciones vocales y un soplo tubárico izquierdo. Se objetivaban signos clínicos de trombosis venosa profunda (TVP) en la pierna derecha y artritis en la rodilla ipsilateral. El abdomen era normal. En ese momento se plantearon varios diagnósticos diferenciales entre los que estaban una enfermedad inflamatoria intestinal con complicación articular, artritis reactiva a una enteritis infecciosa y un proceso respiratorio infeccioso con componente de enfermedad tromboembólica asociado. La analítica mostró una leucocitosis con desviación izquierda junto con elevación de dímero D (más de 4.000 mg/dl), hipoxemia e hipocapnia. Los test de detección rápida de neumococo y legionella en orina fueron negativos. La radiografía de tórax mostró un velamiento en la base izquierda. Se solicitó un TAC torácico que confirmó la neumonía en el lóbulo inferior izquierdo con un pequeño derrame pleural asociado junto con una imagen de defecto de replección en la arteria pulmonar derecha. Un ecodoppler venoso no mostró trombosis pero ésta se confirmó en una angiorensonancia magnética realizada por persistencia de la sospecha clínica. Asimismo, confirmó que la causa de la TVP era la compresión sobre el tronco tibioperoneo por el edema de la sinovial debida a una artritis de la rodilla. Dicha articulación se drenó obteniendo un líquido de características infecciosas en la que el cultivo fue positivo para *Streptococcus pneumoniae* multisensible. Los hemocultivos extraídos bajo tratamiento antibiótico fueron negativos. Se descartó la enfermedad inflamatoria intestinal como causa de las diarreas y por ende de la artritis. Se instauró tratamiento con ceftriaxona, anticoagulación con heparina de bajo peso molecular y antiinflamatorios presentando una buena evolución clínica.

Discusión

La artritis séptica por neumococo es una entidad poco frecuente. Según las series entre un 5,5–9,7% en los niños y menos de 1% en los adultos mayores de 50 años el neumococo es el germen implicado^{1–4}. Se define por el aislamiento del germen en el líquido sinovial, por hemocultivos positivos con líquido sinovial purulento, por gram con cocos en cadena positivos en la articulación o sacroileitis demostrada por pruebas de imagen⁵. A pesar de su rareza es la quinta causa de artritis tras *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pyogenes* y *Streptococcus agalactiae*. Suelen coexistir factores crónicos predisponentes como la artritis reumatoide, alcoholismo, osteoartritis, prótesis articulares, enfermedad coronaria, uso crónico de corticoides, HIV, EPOC, neoplasias, vasculitis y enfermedades sistémicas autoinmunes, esplenectomía y mieloma múltiple^{5,6}.

La fisiopatología de la artritis es debida a una diseminación por vía hematógena. En una serie de 1003 episodios de hemocultivos positivos en el Boston City Hospital desde el 1979 hasta 1994 sólo el 0,6% presentaron una artritis séptica⁵ lo que demuestra la poca frecuencia. El antecedente de infección respiratoria en una serie de 105 adultos con artritis fue del 10%^{4,5,7} siendo la rodilla la articulación más frecuentemente afectada (32%) seguida de la cadera (7%) y el hombro (6%). La presencia de poliartritis fue del 36% de los casos⁵. Si bien la neumonía es el foco primario de la diseminación más frecuente, seguido de la meningitis, hasta en un 30% de los casos no se haya ningún foco subyacente².

El tratamiento antibiótico está recomendado durante cuatro semanas con betalactámicos de amplio espectro de forma empírica hasta tener el antibiograma. No se recomienda la terapia antibiótica intrarticular pero sí la artrocentesis o en su defecto la limpieza quirúrgica^{5,2}.

Nuestra paciente no solo no tenía ningún factor de riesgo establecido si no que además presentaba una neumonía simultáneamente al diagnóstico de artritis, la cual fue asumida como el foco primario de la misma. La determinación en orina fue negativa porque se realizó bajo tratamiento antibiótico (la punción de la articulación fue libre de antibiótico) y por la baja sensibilidad del test. El edema de la sinovial causó una compresión local sobre el tronco tibioperoneo venoso, lo que añadido a la inmovilización y a la toma de neurolépticos de forma crónica como factores de riesgo de enfermedad tromboembólica venosa condicionó la presencia de una TVP derecha y una embolia pulmonar contralateral a la condensación neumónica. En conclusión, dentro de la poca frecuencia de una artritis séptica por neumococo, presentamos un caso, sin factores de riesgo para la misma, en que el foco primario era una neumonía junto con enfermedad tromboembólica secundaria al edema sinovial que presentó una buena evolución clínica.

Bibliografía

1. Sánchez JM, Malalana MA, González TM, Carreño GP, Molina EL, Giangaspro CE, et al. Artritis sépticas causadas por *Streptococcus pneumoniae*. An Esp Pediatr. 2002;56:208–11.
2. Barrahona L, Soriano F, Fernández-Robles R, GRanizo JJ, López-Durán JC. Artritis neumocócica bacteriémica em um Hospital Universitário de Madrid (1993–2003). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2005;23:22–4.
3. Ispahani P, Weston VC, Turner DPJ, Donald FE. Septic arthritis due to *Streptococcus pneumoniae* in Nottingham, United Kingdom, 1985–1998. Clin Infect Dis. 1999;29:1450–4.
4. Morley PK, Hull RG, Hall MA. Pneumococcal septic arthritis in rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis. 1987;46:482–4.
5. Ross JJ, Saltzman CL, Carling P, Shapiro D. Pneumococcal Septic Arthritis: review of 190 cases. Clin Infect Dis. 2003;36:319–27.
6. Raad J, Peacock JE. Septic Arthritis in the adult caused by *Streptococcus pneumoniae*: a report of 4 cases and review of the literature. Semin Arthritis Rheum. 2004;34:559–69.
7. Burman LA, Norrby R, Trollfors B. Invasive pneumococcal infections: incidence, predisposing factors, and prognosis. Rev Infect Dis. 1985;7:133–42.