



CARTA CLÍNICA

Dolor inguinal agudo no traumático en urgencias: artritis coxofemoral en paciente joven



Non-traumatic acute groin pain in emergency departments: Hip arthritis in a young patient

La artritis séptica es una auténtica urgencia médica y constituye una entidad grave dentro del diagnóstico diferencial de las artritis. La incidencia en Europa es de 4-10 casos por 100.000 habitantes/año¹ y pese a los avances diagnósticos y terapéuticos, la séptica continua siendo la artritis más destructiva y peligrosa, con una tasa de mortalidad hospitalaria del 7-15%².

Deberemos sospecharla y tratarla cuando existe un foco infeccioso y un contexto clínico adecuado³, porque un retraso diagnóstico se asocia a una mayor mortalidad y discapacidad.

Presentamos el caso de un varón de 24 años de edad, sin antecedentes de interés, que acudió a urgencias por impotencia funcional súbita de la cadera derecha de 24 h de evolución, acompañada de dolor inguinal irradiado hacia rodilla, sin antecedente traumático previo. En la exploración física inicial destacaba una importante afectación del estado general, postura antiálgica en flexión de cadera, febrícula de 37,5 °C, e intenso dolor a la palpación de región inguinal y anterior de muslo derecho con movilidad de cadera reducida.

En la analítica se objetivó leucocitosis (23.900 mm³) con neutrofilia (19.100 mm³). La radiografía simple de pelvis reflejó un aumento de partes blandas en torno a la articulación coxofemoral derecha (fig. 1). Se extrajeron hemocultivos y se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) abdómino-pélvica que mostró una colección líquida con realce capsular en cadera derecha, compatible con proceso inflamatorio (fig. 2).

Ante la alta sospecha de artritis séptica, se inició antibioterapia empírica y se decidió ingreso hospitalario. Se realizó artrotomía con lavados y drenaje de la articulación obteniéndose 10 cc de material purulento que confirmó la sospecha inicial, remitiéndose muestras para cultivo. Durante el ingreso se halló un único foco séptico activo dentario al que se atribuyó el origen de la artritis mediante diseminación hematógena.

El paciente fue dado de alta tras 7 días de tratamiento antibiótico intravenoso con ceftriaxona 2 g cada 24 h y cloxacilina 2 g cada 4 h, que se continuó por vía oral durante 14 días más. El control radiológico y analítico realizado al mes de la finalización del tratamiento mostró una normalización total de los parámetros inflamatorios, con excelente evolución clínica y recuperación total de la funcionalidad de la cadera.

La presentación clásica de una artritis séptica es la inflamación aguda de una articulación con impotencia funcional, aunque en determinadas situaciones, el curso puede ser subagudo o crónico³⁻⁵.

En la mayoría de los casos (>75%) es monoarticular, sin embargo, cada vez es más frecuente la afectación poliarticular, sobretudo en pacientes con factores predisponentes como la existencia de una enfermedad articular previa (artritis reumatoide), prótesis articular, usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), úlceras o infecciones cutáneas, alcoholismo, diabetes, hemodiálisis, inmunosupresión, manipulación intraarticular reciente, traumatismo previo o infección a distancia^{1,3,6}.



Figura 1 Imagen correspondiente a la radiografía simple de pelvis que muestra un aumento de partes blandas en torno a la articulación coxofemoral derecha.

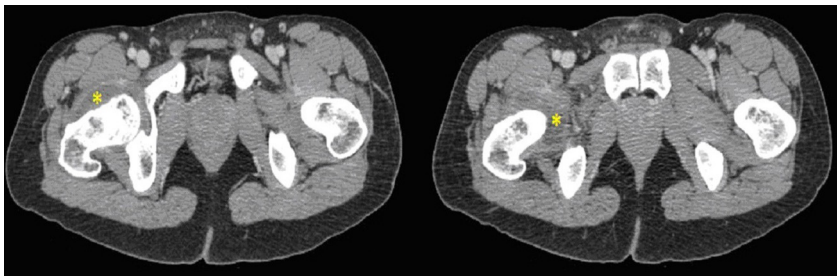


Figura 2 Imágenes correspondientes a la TAC realizada a nuestro paciente: ambos cortes muestran la colección líquida y el realce capsular en la articulación coxofemoral derecha (*).

La presentación en urgencias de este tipo de enfermedad no es frecuente. La sospecha diagnóstica debe obligarnos a realizar un correcto diagnóstico diferencial con otras enfermedades que se comportan clínicamente de forma similar.

En todas las edades y grupos de riesgo el microorganismo causante identificado más frecuentemente es *Staphylococcus aureus* seguido de estreptococos en el 91% de los casos. Cada vez es más frecuente el *Staphylococcus aureus* resistente a metilicina (SARM), especialmente en pacientes de edad avanzada, UDVP o en relación a procedimientos ortopédicos^{1,3}. Los Gram negativos son más comunes en pacientes ancianos y en inmunodeprimidos, y los anaerobios en pacientes que han sufrido un traumatismo penetrante o en UDVP^{1,3}. Tradicionalmente, *Neisseria gonorrhoea* ha sido destacado como agente causal de artritis séptica en adultos jóvenes, aunque actualmente es más habitual *Neisseria meningitidis*¹. En nuestro caso, no se llegó a aislar el agente causal.

Existen 3 posibles vías de entrada del microorganismo en la articulación: inoculación directa, diseminación hemató-

gena o por contigüidad. La vía más común es la hematógena, desencadenada durante un episodio bacteriémico a partir de un foco infeccioso preexistente^{1,7,8}, en este caso en relación con una boca séptica por caries dental.

La articulación más frecuentemente afectada es la rodilla, seguida de cadera, hombro, tobillo y muñeca^{7,9}.

No existe ningún síntoma específico para el diagnóstico de artritis séptica, los más frecuentes son el dolor articular (85-100%) y la tumefacción (78%). La fiebre únicamente está presente en la mitad de los casos^{4,6,7}.

Muy frecuentemente, los valores séricos de leucocitos, VSG y PCR se elevan^{4,7}, resultando útiles para monitorizar la respuesta al tratamiento⁷.

Se deben extraer hemocultivos de manera simultánea al cultivo del líquido sinovial, ya que son positivos en el 25-50% de los casos^{7,9}.

La prueba fundamental para el diagnóstico de artritis séptica es el estudio del líquido sinovial, siendo indispensable su cultivo, que es positivo en el 90% de los casos^{4,7}.

Tabla 1 Tratamiento antimicrobiano empírico de las artritis sépticas en adultos en función de la tinción de Gram

Tinción de Gram	Antibióticos de elección	Antibióticos alternativos
Cocos Gram positivos	Cloxacilina 2 g/4 h iv o cefazolina 2 g/8 h iv ± gentamicina 3-5 mg/kg/24 h iv o im durante los primeros 3-5 días	Vancomicina 15-20 mg/kg/8-12 h iv o linezolid 600 mg/12 h iv o vo o daptomicina 6-10 mg/kg/24 h iv ± gentamicina 5-7 mg/kg/24 h iv o im durante los primeros 3-5 días
Cocos Gram negativos	Ceftriaxona 1 g/24 h iv o im o cefotaxima 1 g/8 h iv	Ciprofloxacino 400 mg/8-12 h iv o 750 mg/12 h vo o levofloxacino 500 mg/24 h iv o vo Ciprofloxacino 400 mg/8-12 h iv o 750 mg/12 h vo + amicacina 15 mg/kg/24 h im o iv durante los primeros 3-5 días o monoterapia con tigeciclina 100 mg iv seguidos de 50 mg/12 h iv
Bacilos Gram negativos	Ceftriaxona 2 g/24 h iv o im o cefotaxima 2 g/8 h iv ± amicacina 15 mg/kg/24 h im o iv durante los primeros 3-5 días	
Ausencia de microorganismos o imposibilidad de realizar tinción de Gram	Cloxacilina 2 g/4 h iv + ceftriaxona 1-2 g/24 h iv o im o cefotaxima 1-2 g/8 h iv	Vancomicina 15-20 mg/kg/8-12 h iv o linezolid 600 mg/12 h iv o vo o daptomicina 6-10 mg/kg/24 h iv + amicacina 15 mg/kg/24 h im o iv o ciprofloxacino 400 mg/8-12 h iv o 750 mg/12 h vo

im: intramuscular; iv: intravenoso; vo: vía oral.
Fuente: tomado de Mensa et al.¹⁰.

En el líquido sinovial, un incremento progresivo de leucocitos aumenta la probabilidad de infección, siendo el diagnóstico más probable cuanto mayor sea el recuento y el porcentaje de polimorfonucleares^{4,9}. Recuentos menores de 50.000 disminuyen la probabilidad de infección, pero no la excluyen³. Debe incluirse la tinción de Gram y la investigación de microcristales.

No existe una prueba de imagen considerada *gold standard* para el diagnóstico de la artritis séptica. La radiología simple en fase aguda puede evidenciar una enfermedad articular previa o mostrar un aumento de partes blandas^{4,6}.

La ecografía detecta derrame articular muy precozmente y sirve de ayuda para la realización de artrocentesis guiada, especialmente en articulaciones profundas^{4,7}.

La TAC y la resonancia magnética (RM) pueden ser muy útiles en el diagnóstico de infecciones de articulaciones de difícil acceso (caderas, sacroilíacas)⁴.

Ante la sospecha de artritis séptica debe indicarse el ingreso hospitalario e iniciarse antibioterapia empírica de amplio espectro (tabla 1) y, posteriormente, ajustarlo en función de los resultados del cultivo y antibiograma⁶. La demora del tratamiento puede conducir a una destrucción irreversible articular y a un aumento en la morbilidad. El tratamiento ha de ser inicialmente intravenoso (1-4 semanas), y continuarse por vía oral (2-4 semanas), en función de la evolución clínica, el estado inmunitario del huésped y la presencia o no de material sintético intraarticular⁴. En nuestro caso, la duración del tratamiento antibiótico fue de 21 días por la buena evolución y la negatividad del cultivo del líquido articular.

Debe retirarse, si existe, el material purulento intraarticular^{3,4,6}, debiendo realizarse aspiraciones de líquido sinovial durante los primeros 5 días de tratamiento, o hasta que los cultivos sean negativos y el recuento leucocitario en líquido sinovial esté en descenso^{4,6}.

El pronóstico, además de depender de la precocidad del tratamiento antibiótico, también se ve influenciado por el microorganismo responsable de la infección, de manera que solo el 46-50% de los pacientes con artritis séptica por *Staphylococcus aureus* recuperan su función articular basal, mientras que el 95% de los pacientes con artritis séptica por neumococo u otros gérmenes (cuya mortalidad asciende aproximadamente al 20%) recupera su función⁷.

En el caso expuesto, el diagnóstico precoz y la temprana instauración del tratamiento antibiótico fueron determinantes para la excelente evolución del paciente en un corto periodo de tiempo, y la ausencia de secuelas después del episodio agudo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores expresan que no existen conflicto de intereses al redactar el manuscrito.

Bibliografía

- Mathews CJ, Weston VC, Jones A, Field M, Coakley G. Bacterial septic arthritis in adults. *Lancet*. 2010;375:846-55.
- Gupta MN, Sturrock RD, Field M. A prospective 2 year study of 75 patients with adult onset septic arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2001;40:24-30.
- Mathews CJ, Kingsley G, Field M, Jones A, Weston VC, Phillips M, et al. Management of septic arthritis: A systematic review. *Ann Rheum Dis*. 2007;66:440-5.
- Marras C, Lozano N, Castellón P. Artritis séptica. Rentabilidad diagnóstica y nuevos tratamientos. *Reumatol Clin*. 2008;4 Supl. 3:S24-8.
- Arruabarrena C, Castellanos S, Guhl G, Muñiz de Iriondo, Pinilla A. Monoartritis tuberculosa: a propósito de un caso. *Semergen*. 2005;31:536-40.
- Revuelta E. Monoartritis en urgencias. *Emergencias*. 2011;23:218-25.
- Horowitz DL, Katzap E. Approach to septic arthritis. *Am Fam Physician*. 2011;84:653-60.
- Marchena PJ, Saavedra J, López JM, Burillo J. Artritis séptica neumocócica de rodilla como causa de enfermedad tromboembólica venosa. *Semergen*. 2010;36:412-3.
- Carpenter CR, Schuur JD, Everett WW, Pines JM. Evidence-based diagnostics: Adult septic arthritis. *Acad Emerg Med*. 2011;18:781-96.
- Mensa J, Gatell JM, García-Sánchez JE, Letang E, López-Suñé E, Marco F, et al. Guía de terapéutica antimicrobiana 2014. Barcelona: Escofet Zamora; 2014. p. 462.

M. Casorrán Berges^{a,*}, M. Trávez Valiente^b
y B. Sierra Bergua^c

^a Servicio de Reumatología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^b Centro de Salud Delicias Sur, Zaragoza, España

^c Servicio de Urgencias, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: martacasorran87@gmail.com
(M. Casorrán Berges).