

Fiebre y dolor inguino-púbico de cinco meses de evolución

Luis Angel Sánchez, Oscar Luis Ferrero, Josu Baraia-Etxaburu, Zuriñe Zubero, Ramón Teira, Josefa Muñoz, Ramón Cisterna^a y Juan Miguel Santamaría

Sección de Enfermedades Infecciosas y ^aServicio de Microbiología. Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya.

Caso clínico

Varón de 69 años de edad, exfumador, con antecedentes de agenesia renal izquierda y síndrome prostático, que acude a nuestro centro por cuadro de 5 meses de evolución de fiebre y dolor inguinal y pélvico. Dos semanas antes del inicio del cuadro al paciente se le había realizado biopsia prostática transrectal. Inicialmente la fiebre era vespertina y diaria, y la intensidad del dolor inguinal bilateral causaba impotencia funcional; en el último mes y medio la febrícula era intermitente y el dolor había disminuido y se localizaba en la región pélvica. Había recibido tratamiento antibiótico ambulatorio con cotrimoxazol oral y posteriormente con gentamicina por vía intramuscular sin mejoría de los síntomas.

En la exploración física destacaba un paciente afebril con dolor a la presión selectiva de región pélvica, sin limitación ni dolor a la abducción de caderas. El hemograma, perfil bioquímico general, sedimento de orina, coagulación, radiografía de tórax y electrocardiograma fueron normales. La velocidad de sedimentación globular (VSG) fue de 70/80 mm/h. El proteinograma mostró hipoalbuminemia (3,5g/dl), hiperalfa2 (1,04g/dl) e hipergammaglobulinemia (1,8g/dl). En la radiografía de abdomen se observó ensanchamiento de la articulación pélvica, con desflecamiento del extremo distal de ambas ramas pubianas a nivel de la unión (fig.1). Un enema opaco reveló una diverticulosis colónica. Se realizó una tomografía computarizada (TC) pélvica que mostró erosión de la cara izquierda de la síntesis del pubis, con aumento de partes blandas (fig.2). En una gammagrafía con leucocitos marcados con In¹¹¹ se evidenció captación patológica en la síntesis del pubis. La serología de *Brucella* spp., urocultivo, baciloscopía y cultivo para micobacterias en esputo y orina fueron negativos. No se extrajeron hemocultivos al permanecer afebril durante todo el ingreso.



Figura 1. Radiografía de abdomen: se aprecia ensanchamiento de la articulación pélvica, con desflecamiento del extremo distal de ambas ramas pubianas en su unión.



Figura 2. Tomografía computarizada pélvica: se observa erosión de la cara izquierda de la síntesis del pubis, con aumento de partes blandas.

Correspondencia: Dr. L.A.Sánchez Muñoz.
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Basurto.
Avda Montevideo, 18. 48013 Bilbao (Vizcaya).

Manuscrito recibido el 31-1-1999; aceptado el 23-2-2000.

Enferm Infect Microbiol Clin 2001; 19: 77-78

Evolución

Dada la sospecha diagnóstica de osteomielitis pubiana secundaria a biopsia prostática transrectal, se procedió a la realización de una limpieza quirúrgica y «curetaje» de la zona, obteniéndose muestras para cultivos microbiológicos y anatomía patológica. Todas las muestras remitidas para cultivo fueron positivas para *Streptococcus agalactiae*; la baciloscopia, cultivo para micobacterias, anaerobios y hongos fueron negativos. Las biopsias tomadas correspondían a tejido fibroso con cambios regenerativos.

Con el diagnóstico de certeza de osteomielitis pubiana por *S. agalactiae*, se pautó tratamiento con penicilina G intravenosa (3×10^6 U/4h) durante 4 semanas, después con ceftriaxona intramuscular (1g/día) 2 semanas más, y finalmente con amoxicilina oral (1g/8h) 6 semanas más, hasta completar un total de 12 semanas de tratamiento antibiótico. En una TC pélvica de control, al finalizar el tratamiento, se apreciaban cambios postquirúrgicos: ensanchamiento, esclerosis y erosiones en los márgenes de la articulación, y aumento de partes blandas prepúberas, compatible con tejido de granulación-cicatrización residual. El paciente ha sido seguido en consultas externas hasta 6 meses después de la finalización del tratamiento, y ha permanecido afebril, con mejoría de la sintomatología, y con normalización de la VSG (5 mm/h).

Comentario

La biopsia transrectal de próstata es el procedimiento de elección para el diagnóstico del cáncer prostático. Es una técnica segura, pero en un 0,1%-6,2% de casos aparecen complicaciones infecciosas (infecciones urinarias y con menor frecuencia sepsis), dependiendo del número de muestras tomadas y de la profilaxis antibiótica pautada¹. La osteomielitis de la sínfisis pública es una complicación infrecuente de la biopsia prostática.

La osteomielitis de la sínfisis pública puede originarse por vía hematogena (como ocurre en niños, atletas y usuarios de drogas por vía parenteral [UDVP]), y por contigüidad, como complicación tras procedimientos urológicos u obstétricos recientes, en abortos, en cateterismo cardíaco, en punción vesical suprapública, en herniorrafia y tras traumatismo directo pélvico²⁻⁷. Los microorganismos más frecuentes son *Staphylococcus aureus* en niños, atletas y UDVP, y *Pseudomonas aeruginosa* en UDVP y tras cirugía abdomino-pélvica o urológica^{4,5,7}. El género *Streptococcus* es poco habitual, aunque se han comunicado aislamientos de *S. anginosus*⁸, *S. pneumoniae*⁹, *S. faecalis*¹⁰ y *S. agalactiae*¹¹, como en nuestro caso. Cursa con fiebre y dolor en área pública, inguinal y caderas que empeora a la movilización, aunque la intensidad y momento de aparición de los síntomas varía. Es frecuente la elevación de la VSG. Dos a cuatro semanas después del inicio de los síntomas suelen aparecer los cambios

radiológicos típicos (adelgazamiento perióstico, osteonea focal, osteólisis, secuestros)^{2,5,12}. La TC y la gammagrafía (con Tc^{99m}, Ga⁶⁷, o con leucocitos marcados con In¹¹¹) permiten un diagnóstico más precoz^{2,7,12,13}.

La osteítis pública es la afección inflamatoria más frecuente de la sínfisis pública, y por definición no es infecciosa¹³. Se debe descartar la osteomielitis antes de realizar un diagnóstico de osteítis pública, ya que ambas entidades pueden coincidir en: a) causas desencadenantes, b) manifestaciones clínicas (dolor público y ausencia de fiebre) y radiológicas, c) elevación de VSG, d) largo intervalo entre el procedimiento invasor y la aparición de síntomas, e) falta de respuesta aparente a tratamiento antibiótico y f) aparente cura espontánea^{2,13,14}. El diagnóstico de osteomielitis descansa en una clínica compatible junto a hemocultivos o cultivos de tejido óseo positivos⁵. En los casos de aparente osteítis pública postoperatoria, si los hemocultivos son negativos, es aconsejable realizar punción-biopsia guiada por TC de la sínfisis del pubis^{2,5,6,14}. Si se aisla el patógeno se realiza tratamiento antibiótico según antibiograma; si la respuesta no es adecuada se realizará desbridamiento y «curetaje». Si el cultivo de las muestras biopsiadas no es diagnóstico, es recomendable realizar biopsia abierta con desbridamiento de la sínfisis del pubis, y tratamiento antibiótico posterior. El tratamiento antibiótico debe ser mantenido durante al menos 4 semanas^{2,7,12,14}.

Bibliografía

- Rodríguez LV, Terris MK. Risks and complications of transrectal ultrasound guided prostate needle biopsy: a prospective study and review of the literature. J Urol 1998; 160: 2.115-2.120.
- Ukwu HN, Graham BS, Latham RH. Acute pubic osteomyelitis in athletes. Clin Infect Dis 1992; 15: 636-638.
- Sexton DJ, Hesketh L. Acute pubic osteomyelitis. Clin Infect Dis 1993; 16: 828
- Karray S, Karray M, Zlitn M, Bahri H, Litaiem T, Douik M, et al. Ostéite pubienne après cure de hernie inguinale. A propos de 2 cas. Ann Chir 1995; 49 (1): 78
- Mader R, Yeromenko E. Pseudomonas osteomyelitis of the symphysis pubis after inguinal hernia repair. Clin Rheumatol 1999; 18: 167-169.
- Rigual ME, Corbella X, Montero A, Marrón A, Carratalá J. Osteítis pública por *Pseudomonas aeruginosa* en un paciente adicto a drogas por vía parenteral. Enferm Infect Microbiol Clin 1997; 15 (4): 223
- Miguel J, Collazos J, Ayarza R, Abaitua JM, Quilez J. Pubic osteomyelitis due to *Pseudomonas aeruginosa*. Clin Infect Dis 1993; 17: 515-516.
- Gil-Garay E, Fernández-Baillo N, Martínez-Piñeiro L. Osteomyelitis of the pubic symphysis due to *Streptococcus anginosus*. A case report. Int Orthop 1993; 17 (1): 51-53.
- Van Dalen J, Horne G. Pneumococcal osteomyelitis of the superior pubic ramus: case report. N Z Med J 1989; 102 (881): 632
- Nolla JM, Rodríguez-Moreno J, Mateo L, Rozadilla A, Roig-Escofet D. Infection of the symphysis pubis by *Streptococcus faecalis*. J Rheumatol 1990; 17 (6): 864-865.
- Rutherford A. Osteomyelitis of the symphysis pubis. N Z Med J 1983; 96 (731): 332-333.
- Cruz J, Fernández C, Medraño JC, Morano LE. Osteomielitis pública. Med Clin (Barc) 1995; 105 (1): 37
- Lentz SS. Osteítis pubis: a review. Obstet Gynecol Surv 1995; 50 (4):310-315.
- Sexton DJ, Hesketh L, Lambeth WR, McCallum R, Levin LS, Corey GR. Postoperative pubic osteomyelitis misdiagnosed as osteitis pubis: report of four cases and review. Clin Infect Dis 1993; 17: 695-700.