

**Artritis séptica poliarticular
por *Escherichia coli***

Sr. Editor: La artritis séptica poliarticular (ASP) se define por el aislamiento de la bacteria en el líquido

sinovial y el rápido deterioro articular de 2 o más articulaciones, excluyendo las articulaciones sacroilíacas. Se excluyen también las infecciones secundarias a traumatismos y las producidas por gonococo, *Brucella*, *Mycoplasma* y otros microorganismos no bacterianos. Se subdividen en ASP asociadas a artritis reumatoide (AR) o lupus eritematoso sistémico (LES) y las no asociadas a otras enfermedades reumáticas. Supone alrededor del 10% de todas las artritis sépticas no gonocócicas¹⁻³. Se presenta un caso infrecuente de artritis séptica bilateral de cadera, destacando el alto riesgo de mortalidad o deterioro funcional que producen estos procesos.

Se trataba de un varón de 74 años de edad con antecedentes de neumoconiosis (silicosis de segundo grado), tuberculosis pulmonar antigua y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada ingresado 3 semanas antes por neumonía neumocócica en lóbulo, con buena respuesta clínica y radiológica tras tratamiento antibiótico. Acedió por fiebre y dolor en cadera izquierda de 5 días de evolución. En la analítica destacaba una velocidad de sedimentación globular (VSG) y una proteína C reactiva (PCR) elevada. La tomografía computarizada (TC) de pelvis mostraba un derrame articular en la articulación coxofemoral izquierda. El líquido sinovial era purulento (136.000 leucocitos/ μ l con 98% de polimorfonucleares) y los cultivos del líquido sinovial y de la sangre eran positivos para *Escherichia coli*. Se inició tratamiento antibiótico intravenoso con cefotaxima en dosis de 6 g/día y se realizó drenaje y limpieza quirúrgica. Tras una mejoría clínica inicial, presentó 2 semanas después fiebre y dolor en cadera derecha.

La TC demostró un absceso periaricular en cadera derecha, un absceso glúteo y una colección en tercio proximal de fémur derecho. Se intervino en 3 ocasiones más para capsulotomía, drenaje, limpieza quirúrgica y estudios microbiológicos que confirmaron la positividad de *E. coli*. Se completaron 6 semanas de tratamiento antibiótico intravenoso. La evolución clínica fue desfavorable con dolor en cadera derecha, impotencia funcional y aumento de los reactantes de fase aguda. Se realizó una resonancia magnética (RM) de cadera que mostró extensos signos de artritis en articulación coxofemoral derecha con edema acetabular y lesiones

osteonecróticas en cuello y cabeza femoral, y osteonecrosis menos extensa en articulación coxofemoral izquierda. Una RM realizada 1 mes después demostró mayor sinovitis, mayor osteonecrosis en cabeza y cuello femoral, mayor afectación del acetábulo y mayor inflamación de los tejidos blandos periartrulares en la articulación coxofemoral derecha (fig. 1). Se realizó nueva intervención quirúrgica y nuevos estudios microbiológicos (positivos para *Staphylococcus aureus* meticilín-resistente y *Pseudomonas aeruginosa*). Recibió tratamiento antibiótico intravenoso durante 10 semanas (vancomicina e imipenem) con estabilidad clínica, leve mejoría de la capacidad funcional y negatividad de los estudios microbiológicos. Se derivó a otro centro para tratamiento rehabilitador.

La ASP afecta generalmente a personas de mayor edad, siendo la rodilla, el codo, el hombro y la muñeca las articulaciones más frecuentemente afectadas¹. La positividad de los hemocultivos (75%), la asociación a AR y el tratamiento previo con esteroides (50%) y la mortalidad (32%) son mucho mayores que en la artritis séptica monoarticular (32, 6 y 4%, respectivamente). *S. aureus* causa más del 80% de los casos de ASP, siendo infrecuente por bacilos gramnegativos (entre el 4¹ y el 12%⁴) y, de ellos, sólo el 6% de los casos en cadera.

La artritis bacteriana tiene una mortalidad en torno al 10-15%^{5,6} y una pérdida irreversible de la función articular entre el 25 y el 50% de los que sobreviven. Suponen semanas de hospitalización, altos costes y con frecuencia múltiples intervenciones quirúrgicas. Se han asociado factores relacionados con la mala evolución: edad avanzada, enfermedad articular preexistente y la infección del material protésico⁷. En otros trabajos con menor número de pacientes, se habla también de edades muy jóvenes, AR asociada, tratamiento previo inmunosupresor, infección de la articulación de la cadera⁸, infección poliarticular^{5,9} o bacterias gramnegativas^{5,10} como factores de mal pronóstico. La mala evolución se refiere no sólo a la mortalidad, sino también al grave deterioro funcional, a la amputación, artrodesis o al recambio protésico.

La ausencia no infrecuente de fiebre y leucocitosis, la presencia de otra enfermedad asociada y la localización en articulaciones profundas como la cadera, puede retrasar el diagnóstico ocasionando una lesión irreversible de la articulación afectada.

El diagnóstico precoz, el tratamiento antibiótico prolongado, el drenaje quirúrgico y una temprana rehabilitación son claves en la buena evolución.

*García-Alcalde Fernández,
Arturo Solano Rodríguez
y Belén de la Fuente García*
Servicio de Medicina Interna.
Hospital de Cabueñas. Gijón. España.

Bibliografía

1. Dubost JJ, Fis I, Denis P, et al. Polyarticular septic arthritis. Medicine 1993;72:296-310.
2. Ang-fonte GZ, Rozboril MB, Thompson GR. Changes in nongonococcal septic arthritis: Drug abuse and methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. Arthritis Rheum 1985;28: 210-3.
3. David-Chaussé J, Dehais J, Boyer M, Darde ML, Imbert Y. Les infections articulaires chez l'adulte: atteintes périphériques et vertébrales à germes banals et à bacilles tuberculeux. Rev Rhum 1981;48:69-76.
4. Goldenberg DL, Brandt KD, Cathcart ES, Cohen AS. Acute arthritis caused by gram-negative bacilli: A clinical characterization. Medicine 1974;53:197-208.
5. Cooper C, Cawley MID. Bacterial arthritis in an english health district: A 10 year review. Ann Rheum Dis 1986;45:458-63.
6. Yu LP, Bradley JD, Hugenberg ST, Brandt KD. Predictors of mortality in non-postoperative patients with septic arthritis. Scand J Rheumatol 1992;21:142-4.
7. Kaandorp CJE, Krijnen P, Bernelot Moens HJ, Habbema JDF, Schaardenburg D. The outcome of bacterial arthritis: A prospective community-based study. Arthritis Rheum 1997;40:884-92.
8. Howard JB, Highgenboten CL, Nelson JD. Residual effects of septic arthritis in infancy and childhood. JAMA 1976;236:932-5.
9. Dubost JJ, Fis I, Soubrier M, et al. Septic arthritis in patients with rheumatoid arthritis. Rev Rhum 1994;61:143-56.
10. Goldenberg DL, Cohen AS. Acute infectious arthritis. Am J Med 1976;60:369-77.



Figura 1. Resonancia magnética de cadera.