



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/2210 - ¿Debemos quedarnos en PATOLOGÍA TRAUMÁTICA ante un dolor articular?

A.M. Expósito Mateo^a, A. Marcelo Martínez^b y C.A. Barona Jiménez^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz.^b Médico Familiar. Centro de Salud Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Caso clínico desarrollado en Atención Primaria y Urgencias, realizando interconsultas con especialidades hospitalarias. Caso multidisciplinar. Paciente varón de 47 años de edad el cual tras haber pasado un día en el campo inicia cuadro de dolor en rodilla derecha, sin herida inciso-contusa ni traumatismo asociado. Evolución tórpida con asistencia en varias ocasiones a Urgencias (tanto de Atención primaria como Hospitalaria). Aumento progresivo del volumen, dolor intenso, signos de flogosis y sensación febril sin termometrar con algún escalofrío. Niega antecedentes de artritis, artralgias, no diabetes mellitus, no prótesis ni inmunodepresión. Niega contacto con animales salvo caballos. Como antecedentes personales solo presenta hernias discales a varios niveles. Una de las veces que el paciente acude a urgencias se realiza artrocentesis, obteniendo líquido espeso y de aspecto purulento, tras lo cual es ingresado a cargo de Medicina Interna.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientado y colaborador. Buen estado de hidratación y nutrición, afebril, eupneico en reposo. Rodilla derecha: flogosis, aumento de volumen con signo de peloteo. Disminución del volumen tras artrocentesis de 120 ml de aspecto inflamatorio. Analítica: PCR 12,2, leucocitosis 12.030, plaquetas 418.000. Líquido articular: 61.250 células, 90% polimorfonucleares, 19 glucosa, 6,1 proteínas. Cultivo de líquido sinovial: MSSA. Hemocultivo: flora cutánea. TAC rodilla: hemartros, sospecha de rotura del cuerno posterior del menisco externo. Serología: Brucella, Treponema, Borrelia, Chlamydia, Coxiella, negativas. VIH negativo. VHC negativo, VHB negativo no vacunado. Ecocardiograma: Hipertrofia del ventrículo izquierdo ligera-moderada con función normal, dilatación ligera de raíz aórtica, resto normal. RMN rodilla derecha: abundante líquido articular en ambos retináculos patelares y bursa subcuadricipital con mínimo engrosamiento. Menisco externo derecho sugestivo de rotura, resto normal.

Juicio clínico: Monoartritis séptica de rodilla derecha por MSSA.

Diagnóstico diferencial: Artritis secundarias a tumores, traumatismos, alteraciones de la coagulación y toda patología que de clínica de inflamación de rodilla o miembro inferior.

Comentario final: Es un caso importante para el médico de atención primaria ya que es fundamental enfocar bien desde el principio una patología articular porque solemos pensar siempre que es una patología traumática cuando a veces con una simple analítica puedes hacer un diagnóstico diferencial y descartar si es infeccioso, con la importancia que ello conlleva por la evolución de este tipo de patologías (bacteriemias, sepsis, etc).

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Álvarez MM, Pie Oncins M, Gelado Ferrero MJ. Actualización en Medicina de Familia: AMF. 2010;6(7):360-71.
2. Goldenberg D. Septic arthritis. Lancet. 1998;351:197-202.
3. Alonso Ruiz A, Álvaro-García Álvaro JM, Andreu Sánchez JL, et al. Manual S.E.R. de las enfermedades reumáticas. 3^a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2000.
4. Saag KG, Choi H. Epidemiology, risk factors, and lifestyle modifications for gout. Arthritis Res Ther. 2006;8(Suppl 1):S2.