



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

421/52 - MONOARTRITIS AGUDA Y PETEQUIAS EN VARÓN JOVEN

N. Gallardo Aguilar¹, M. Chong Zhao¹, J. Cumarrín Solozano², L. Nin Mojica², M. Rey Seoane¹

¹Médico de Familia. Centro de Atención Primaria El Prat de Llobregat. Barcelona. ²Médico de familia. Centro de Urgencias Atención Primaria. Prat de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso/Descripción del caso: Paciente varón de 27 años, con antecedentes de leucemia y meningitis en la infancia (no informes). Acude a urgencias por cuadro clínico de 24 horas de evolución de dolor intenso e impotencia funcional de muñeca izquierda, lesiones cutáneas rojizas en piernas y fiebre de 39 °C. Hace 10 días presentó cuadro catarral con fiebre, tos seca, artromialgias generalizadas y vómitos. Niega antecedentes recientes de enfermedades reumatólogicas.

Exploració i proves complementàries/Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable, febril 38,5 °C, muñeca izquierda aumentada de volumen, dolor intenso a la digitopresión de línea articular, balance articular limitado por dolor, buen trofismo neurovascular distal. En piernas presenta máculas rojizas puntiformes que no desaparecen a la presión. En analítica de urgencias destaca leucocitosis $14,4 \times 10^9/L$ y neutrofilia 73,5%. Sin plaquetopenia y función renal conservada. La Rx de muñeca no muestra lesiones óseas agudas ni condrocalcinosis.

Judici clínic/Juicio clínico: Ante la sospecha de artritis séptica se deriva a Urgencias Hospitalarias. Allí, los profesionales del servicio de Traumatología realizan artrocentesis de carpo izquierdo. Obtienen 1cc de líquido articular espeso, no purulento. Se descarta intervención quirúrgica urgente por Gram – y cultivo de líquido articular a las 24h negativo.

Diagnòstic diferencial/Diagnóstico diferencial: Por el empeoramiento del paciente, es visitado por Infectología y se orienta como infección meningocócica (por fiebre, mialgias, artritis y petequias) pese a no tener síndrome meníngeo. Se inicia tratamiento con corticoides y antibiótico. Tras 24 horas el paciente presenta clara mejoría, disminución de signos flogóticos y desaparición de petequias. Días después los resultados son: hemocultivos negativos, frotis faríngeo: N. gonorrhoeae +, líquido articular: PCR para N. gonorrhoeae +. Finalmente es diagnosticado de artritis gonocócica.

Comentari final/Comentario final: La artritis infecciosa es una reacción inflamatoria secundaria a la invasión directa de la articulación por microorganismos patógenos que origina dolor, inflamación y limitación de la movilidad articular. Las bacterias, hongos, parásitos y virus pueden ser responsables de dicha invasión articular. Aunque en los últimos años la incidencia de la artritis infecciosa está en descenso, continúa siendo un problema médico con una morbilidad y mortalidad importantes. La artritis gonocócica suele afectar a jóvenes sexualmente activos, tiene una baja incidencia en España. Presenta lesiones cutáneas evanescentes y artralgias migratorias previas. La infección primaria ocurre una o dos semanas antes de la clínica articular, por lo que se deben recabar antecedentes de uretritis o secreción uretral, disuria, proctitis, tenesmo, dolor anal

o faringitis. Escasos días tras la infección, en el contexto de una bacteriemia, pueden aparecer poliartralgias migratorias acompañadas de fiebre, tenosinovitis y pequeñas pústulas cutáneas que desaparecen a los tres o cuatro días.

Bibliografia/Bibliografía

Goldenberg DL, Reed JI. Bacterial arthritis. N Engl J Med. 1985;312:764-71.

Kaandorp CJ, Krijnem P, Moens, HJ, et al. The outcome of bacterial arthritis. A prospective community - based study. Arthritis Rheum. 1997;40:884-92.

González Ferrández JA, Noguera Pons JR, Tovar Beltrán JV, Navarro Blasco FJ. Capítulo 20: Artritis Infecciosas. En: Castellano Cuesta J, Román Ivorra J, Rosas Gómez de Salazar J Enfermedades reumáticas. Valencia: Sociedad Valenciana de Reumatología; 2008; p. 348.