



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/4525 - UNA GONARTROSIS QUE SE COMPLICA

P. Bento López^a, L. Alandete Germán^b, R. Ferrer Sorolla^b y J. Villalba García^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ensanche. Teruel. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro. Teruel. ^cFEA Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 79 años que acude a urgencias, refiriendo cuadro clínico de varias semanas de evolución (entre 6 y 8) de dolor a nivel de pierna derecha, que cursa en principio con edema, palidez y frialdad, aparición de petequias y con impotencia funcional y afectación importante del estado general; Valorada en anterioridad por Servicio de Traumatología, pautándose tratamiento analgésico vo. AP: No RAM. ACxFA paroxística, exfumadora; gonartrosis.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientada. Normohidratada y normocoloreada. Regular estado general. No adenopatías. No se palpa bocio tiroideo. Glasgow 15. ACP: ACxFA a 105 lpm. Hipoventilación difusa. MMII: Sin signos de TVP aguda. Hematomas de pequeño tamaño en pretibial en EII y ligero edema en empeine. Edema con signos inflamatorios y aumento de volumen en rodilla dcha. con edema en proximidades hacia pretibial y empeine de la EID. Pulsos periféricos presentes. Batería analítica (hemograma, bioquímica, coagulación): Leucocitos: 11.080 (neutrófilos: 85,8%), PCR: 171.

Orientación diagnóstica: Reinterrogando a la paciente, nos comenta que debido a cuadro de gonalgia intensa en rodilla derecha, de larga evolución, había decidido “por recomendación de una amiga”, acudir a acupuntura (3 sesiones semanales). La paciente es ingresada a Servicio de Traumatología, con tratamiento antibioterápico pautado, en aislamiento directo, para ver evolución por sospecha de proceso infeccioso. En planta: líquido sinovial: hematíes 21.000/mm³; leucocitos 32.221/mm³; formas polinucleares 90%; formas mononucleares 10%; glucosa 20 mg/dl; proteínas 4 g/dl. Microbiología: cultivo positivo, SARM (*S. aureus* meticilín resistente). La paciente es intervenida, para desbridamiento de tejido sinovial. Lavado abundante con suero betadínado, y drenaje mediante redón; A las 3 semanas, evolución favorable de cuadro clínico, siendo dada de alta con tratamiento rehabilitador en hospital provincial.

Diagnóstico diferencial: Artritis séptica. Celulitis. TVP.

Comentario final: Tras la valoración clínica en nuestro servicio de urgencias, la paciente fue ingresada en el Servicio de Traumatología para adoptar medidas terapéuticas, siendo diagnosticada de artritis séptica secundaria a infección por SARM (posible inoculación, siendo el marido y la paciente, portadores cutáneos de SARM).

Bibliografía

1. Ross JJ, Davidson L. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* septic arthritis: an emerging clinical syndrome. *Rheumatology*, 2005;44(9):1197-8.

Palabras clave: Artritis séptica. SARM. Gonartrosis.