

# Artritis séptica con destrucción de cadera por artritis reumatoide\*

J. Paz-Aparicio<sup>a</sup>, I. González-Busto<sup>a</sup> y P. García-Prado<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología-I. <sup>b</sup>Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología-II. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

**Introducción.** Se presenta el caso de una paciente diagnosticada de artritis reumatoide en su adolescencia, que desarrolló una artritis séptica en su cadera derecha.

**Caso clínico.** La paciente presentaba una importante y grave destrucción articular a ese nivel, con una marcada protrusión acetabular. De inicio se instauró tratamiento antibiótico, procediendo a una resección tipo Girdlestone y lavado articular, para implantar posteriormente una prótesis total de cadera definitiva.

**Conclusión.** Se remarca la necesidad de un diagnóstico precoz y desde el punto de vista terapéutico la elección de la técnica en dos tiempos.

**Palabras clave:** artritis reumatoide, protrusión acetabular, artritis séptica.

## Septic arthritis with hip destruction due to rheumatoid arthritis

**Introduction.** A patient diagnosed as rheumatoid arthritis during adolescence developed septic arthritis of the right hip.

**Case report.** The patient presented major destruction of the hip joint with marked acetabular protrusion. Antibiotics were given from the onset and treatment continued with Girdlestone resection and joint lavage followed by total hip replacement.

**Conclusion.** The need for an early diagnosis and choice of the two-stage treatment technique are discussed.

**Key words:** rheumatoid arthritis, acetabular protrusion, septic arthritis.

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a pequeñas y grandes articulaciones de manera bilateral. Su pronóstico es imprevisible, con formas clínicas limitadas de escasa repercusión funcional, y otras agresivas invalidantes que provocan la destrucción articular<sup>1</sup>.

En las fases tempranas la articulación de la cadera no suele afectarse, excepto en enfermos con AR muy agresivas desde el inicio. A medida que avanza la enfermedad, la afectación es bilateral y simétrica, llegando a ser muy invalidante<sup>2</sup>. La etiología de la AR es desconocida, siendo el tratamiento fundamentalmente farmacológico, aunque en etapas tardías, al producir alteraciones articulares muy graves, se recurre a la cirugía.

Las artritis sépticas en el adulto se asocian, en aproximadamente la mitad de los casos, a procesos reumatológicos, siendo la AR la enfermedad más frecuente.

## CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente, de 73 años de edad, diagnosticada de AR en su adolescencia, sometida a tratamiento con corticoides desde hace más de diez años. La paciente se encuentra en espera de ser intervenida en su cadera derecha debido a la degeneración y protrusión acetabular, en relación con su enfermedad de base.

Acude a Urgencias debido a que desde cuatro días antes presenta episodios de escalofríos con sensación distérmica y fiebre de 38 °C, acompañada de un aumento de dolor en su cadera derecha.

El estudio analítico presenta: anemia normocítica, leucocitosis izquierda, parámetros de insuficiencia renal aguda, velocidad de sedimentación globular (VSG) de 100 mm/h y un aumento de los reactantes de fase aguda.

En la exploración destaca una contractura en flexión y abducción de su cadera derecha, acompañada de impotencia

### Correspondencia:

J. Paz-Aparicio.  
C/ Comandante Caballero 16. 1.º Izqda.  
33005 Oviedo.

Recibido: marzo de 2003.

Aceptado: julio de 2003.

\*Premio SECOT de Casos clínicos de artrosis en imágenes, 2002.

funcional activa y dolor con la movilización pasiva. La paciente no muestra signos cutáneos sugestivos de infección.

La imagen radiográfica anteroposterior de la cadera derecha muestra un estrechamiento concéntrico del espacio articular con una migración axial de la cabeza femoral que conduce a una protrusión acetabular (fig. 1A).

Se realiza una tomografía axial computarizada (TAC) de la articulación, observándose una alteración en la estructura ósea de la cadera derecha, con colección de líquido y un aumento de las partes blandas (fig. 1B). La gammagrafía ósea con Tc 99 permite diagnosticar una osteoartritis con componente inflamatorio en fase aguda, compatible con artritis séptica.

Se practicó posteriormente una punción articular obteniendo un líquido turbio en cuyo cultivo se aisló e identificó *Staphylococcus aureus*. Se realizó un hemocultivo que resultó positivo para *S. aureus*, tras el cual se pautó tratamiento con cefuroxima, 750 mg cada 8 horas por vía intravenosa.

A pesar del tratamiento antibiótico por vía intravenosa la paciente sufrió un empeoramiento de su clínica, por lo que se decidió el abordaje quirúrgico. Se realizó una resec-

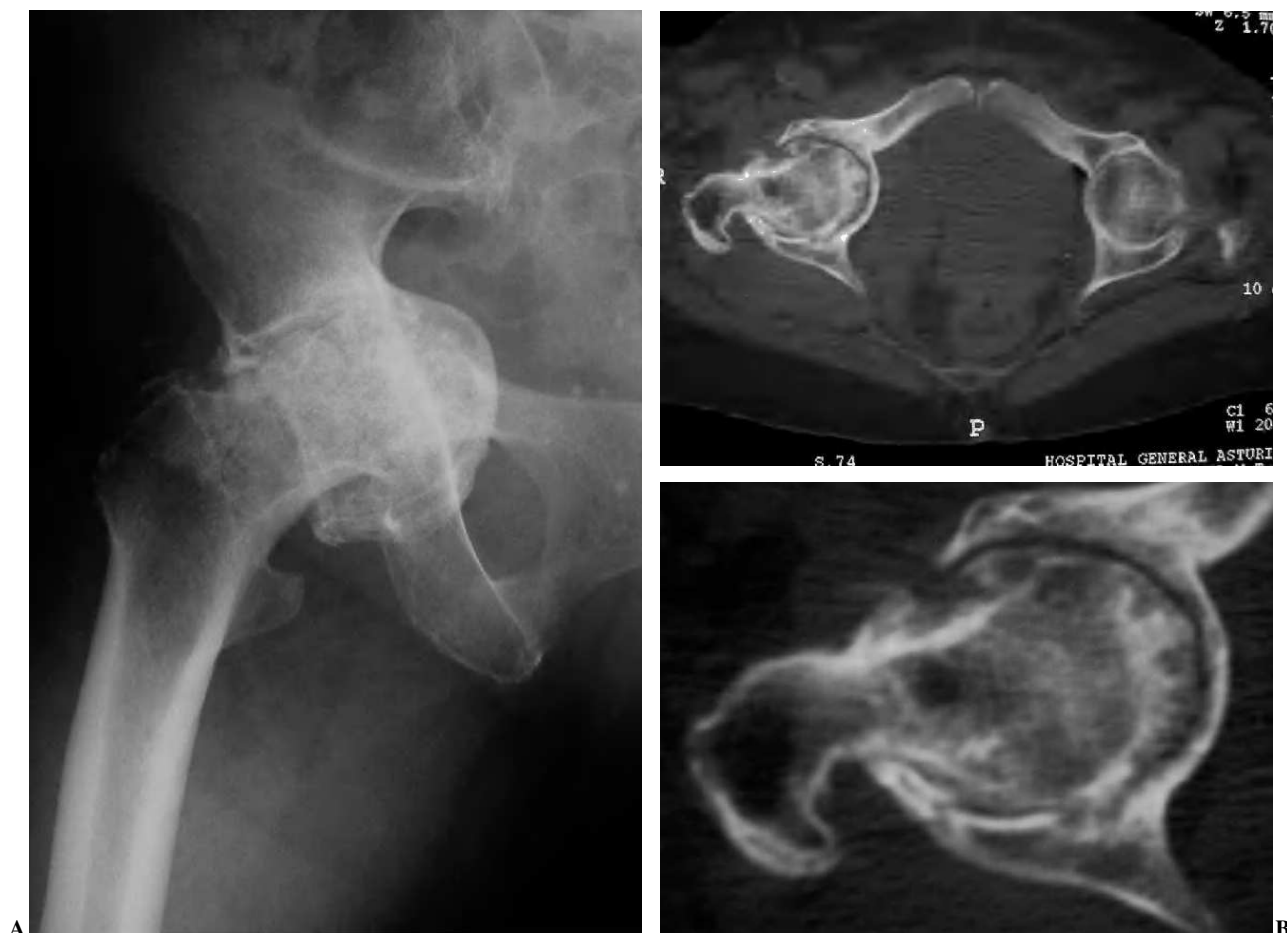
ción tipo Girdlestone, colocando una perfusión para lavados articulares.

Tres semanas después, ante la mejoría clínica, se practicó una nueva intervención implantando un espaciador (fig. 2). A las ocho semanas del tratamiento antibiótico se retiró el espaciador y se colocó una prótesis total en su cadera afecta (fig. 2B). Fue dada de alta a los cuatro meses del inicio del proceso, siendo su evolución satisfactoria en los controles posteriores.

## DISCUSIÓN

La artritis séptica constituye una urgencia médica que debe ser diagnosticada con prontitud, para intentar frenar la destrucción articular y eludir el peligro que representa para la vida del paciente.

La incidencia de esta enfermedad está aumentada en pacientes con lesiones articulares previas, alcoholismo, usuarios de drogas por vía parenteral, inmunodeprimidos y afectados de sinovitis crónicas, especialmente AR<sup>3</sup>.



**Figura 1.** (A) Radiografía anteroposterior de cadera derecha. (B) Imágenes de tomografía axial computarizada que muestran la marcada protrusión acetabular.



**Figura 2.** (A) Radiografía de control con el espaciador provisional. (B) Radiografía final, que muestra el resultado tras implantar una prótesis total.

Los pacientes con AR de larga evolución pueden presentar afectación en la cadera, de éstos un 15% se acompaña de protrusión acetabular<sup>2</sup>.

Dentro de los estudios diagnósticos es prioritaria una exploración física rigurosa, siendo característica la posición antiálgica que adoptan los pacientes con flexo de cadera y el miembro afecto en rotación externa y abducción para lograr la máxima capacidad volumétrica articular.

Los datos de laboratorio incluyen un recuento leucocitario, VSG y proteína C reactiva (PCR), teniendo esta última una mayor sensibilidad y especificidad<sup>4</sup>.

El aspirado con cultivo, recuento celular y Gram es fundamental para confirmar el diagnóstico y modificar la pauta antibiótica, si se instauró empíricamente. Se recomienda realizar una biopsia articular en todos aquellos pacientes que muestren síntomas de artritis séptica monoarticular, así como un cultivo del líquido sinovial para poder filiar la causa que lo provoca<sup>5</sup>. Los gérmenes piógenos son los agentes infecciosos que con mayor celeridad destruyen la articulación, habiendo aumentado su incidencia en los últimos años<sup>6</sup>. Es preciso descartar la presencia de *Mycobacterium tuberculosis* en todo paciente con AR con la sospecha de artritis infecciosa.

En el aspecto terapéutico se señala a la cirugía artroscópica como una alternativa frente al tratamiento convencional, pudiendo ser utilizada como complemento diagnóstico. Kim et al señalan los buenos resultados obtenidos tras el lavado artroscópico al que fue sometido un niño de 8 años con artritis piógena en la cadera<sup>7</sup>.

Robbins et al recomiendan una sustitución primaria de cadera en dos etapas cuando el deterioro progresa rápidamente, los reactantes de fase aguda están elevados y cuando la biopsia, el aspirado, los cultivos y la gammagrafía son sugerentes de infección activa<sup>8</sup>.

En la revisión de las artroplastias totales de cadera infectadas, comparando las técnicas en uno y dos tiempos, la tasa de éxitos es mayor con este último procedimiento, considerando la artroplastia de resección permanente el último recurso<sup>4,8,9</sup>. Actualmente entre una y otra intervención el tiempo de espera se estima entre 6-8 semanas<sup>10</sup>.

En este caso no se implantó un espaciador en la primera intervención, ya que la tórpida evolución clínica nos llevó a pensar en el Girdlestone como solución definitiva, pero ante la mejoría de la paciente se optó por la prótesis total como tratamiento final.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Sánchez FG. Tratamiento de la artritis reumatoide: «divide y vencerás». *Rheuma* 2002;5:9-16.
2. Marsal i Barril S. Artropatías inflamatorias. En: Nolla Solé JM, Rodríguez Merchán EC, coordinadores. *La cadera*. Tomo II. Barcelona: Masson SA, 2002; p. 89-101.
3. Munuera L. Infecciones osteoarticulares. En: Munuera L, editor. *Introducción a la Traumatología y cirugía ortopédica*. Madrid: McGraw-Hill, 1996; p. 145-60.
4. Antoniou J. Revisión de la artroplastia total de cadera infectada. En: Paprosky W, editor. *Artroplastia total de cadera de revisión*. Barcelona: Medicina stm Editores SL, 2002; p. 51-8.
5. Ramanath VS, Damron TA, Ambrose JL, Rose FB. Tuberculosis of the hip as the presenting sign of HIV and simulating pigmented villonodular synovitis. *Skeletal Radiol* 2002;31: 426-9.
6. Rozadilla A, Nolla JM, Mateo L, del Blanco J, Valverde J, Roig D. Artritis séptica inducida por gérmenes piógenos en pacientes sin adicción a drogas por vía parenteral. *Análisis de 44 casos*. *Med Clin* 1992;98:527-30.
7. Kim S-J, Choi N-H, Kim H-J. Artroscopia de cadera operatoria. *Clin Orthop* 1999;2:133-42.
8. Robbins GM, Masri BA, Garbuz DS, Duncan CP. Artroplastia total de cadera primaria tras infección. En: *Instructional Course Lectures vol 50*. American Academy of Orthopaedic Surgeons. 20. Barcelona: Medical Trends SL 2002; p. 259-72.
9. Salvati EE, García de Lucas F, Laplaza FJ. Infección en artroplastias totales de cadera. *Rev Ortop Traumatol* 1992;36:364-71.
10. Fernández Sabaté A, Cabo Cabo X. Tratamiento quirúrgico de la infección de cadera. En: Nolla Solé JM, Rodríguez Merchán EC, coordinadores. *La cadera*. Tomo II. Barcelona: Masson SA, 2002; p. 103-13.

**Conflicto de intereses.** Los autores no hemos recibido ayuda económica alguna para la realización de este trabajo. Tampoco hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Por otra parte, ninguna entidad comercial ha pagado ni pagará a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estemos afiliados.