

## Artritis séptica por *Streptococcus pneumoniae* y edad avanzada

### Sr. Editor:

La artritis séptica causada por *Streptococcus pneumoniae* es una infección infrecuente. Entre un 5,5 y un 9,7% de las artritis sépticas son causadas por dicho germen, y los pacientes de edad avanzada son especialmente vulnerables<sup>1,2</sup>. Se presenta el caso de un varón de 80 años con antecedentes de artrosis, bebedor moderado, que ingresa para evaluación de dolor e impotencia funcional asociados a signos inflamatorios en muñeca y rodilla derechas de 5 días de evolución, sin otros síntomas relacionados. A la exploración física, presentaba: constantes vitales normales y la exploración cardiopulmonar y abdominal sin hallazgos. Se objetiva la impotencia funcional asociada a signos flogóticos en muñeca, mano, con tenosinovitis de los extensores y rodilla derechas. Las exploraciones complementarias realizadas (radiografía de tórax, ecocardiografía y ecografía abdominal) presentan resultados normales. En sus datos analíticos destacan: leucocitos, 18.100/μl (el 91% polinucleares); velocidad de sedimentación globular (VSG), 53 mm/h; proteína C reactiva (PCR), 34,8 mg/100 ml. Se realizó artrocentesis de rodilla, que mostró un líquido sinovial de aspecto turbio y cuyo estudio mostró leucocitos 17.600/μl (el 94% polinucleares) y la presencia de cocos grampositivos. El cultivo articular fue positivo para *S. pneumoniae* sensible a penicilina (CIM ≤ 0,01 μg/ml). El antígeno neumocócico en orina resultó positivo.

Se inició tratamiento empírico con cloxacilina y gentamicina, que se sustituyó por penicilina G sódica 18 MU/día durante 1 mes al conocerse los resultados del cultivo articular. Se procedió a drenaje quirúrgico de rodilla y muñeca derecha al tercer día del ingreso. La evolución posterior fue favorable estando el paciente actualmente asintomático y sin presentar discapacidades.

La artritis neumocócica (AN) habitualmente se describe como infrecuente e inusual, sin embargo es más frecuente de lo que generalmente se piensa. Los principales factores de riesgo asociados a la AN son artritis reumatoide, alcoholismo y diabetes<sup>2,3</sup>. Dos de estos factores fueron observados en nuestro paciente. El foco inicial suele ser respiratorio, generalmente neumonía; sin embargo, en un 30% no se encuentra foco inicial<sup>4</sup>. La AN es monoarticular en el 32% y poliarticular en el 36%. La rodilla es la articulación más afectada (60%); un 56% de los adultos con AN tienen al menos una rodilla afectada<sup>3</sup>. La bacteriemia

ocurre en el 76% de los pacientes, por lo que es importante obtener simultáneamente hemocultivos y cultivo articular antes de iniciar la antibioticoterapia. Las características clínicas son similares a las de otras artritis sépticas. Nuestro paciente estaba afebril en el momento del ingreso; sin embargo, la ausencia de fiebre es común en pacientes ancianos, por disminución o pérdida de la respuesta a la fiebre<sup>2,4,5</sup>. El tratamiento consiste en antibioticoterapia y drenaje quirúrgico de la articulación afectada<sup>1-5</sup>. La mortalidad oscila entre un 19% en adultos y un 26% en mayores de 60 años. La evolución funcional en las AN es buena, un 74% de los pacientes vuelven a su situación articular basal, mientras que solamente un 21% presenta limitaciones sin llegar a la discapacidad<sup>3</sup>.

Juan Martí<sup>a</sup>, Enrique Antón<sup>a</sup> y Luis Mínguez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Zumárraga. Zumárraga. Guipúzcoa. España.

<sup>b</sup>Servicio de Traumatología. Hospital de Zumárraga. Zumárraga. Guipúzcoa. España.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Ispahani P, Weston VC, Turner DPJ, Donald FE. Septic arthritis due to *Streptococcus pneumoniae* in Nottingham, United Kingdom, 1985-1998. *Clin Infect Dis*. 1999;29:1450-4.
2. Baraboutis I, Skoutelis A. *Streptococcus pneumoniae* septic arthritis in adults. *Clin Microbiol Infect*. 2004;10:1037-9.
3. Ross JJ, Saltman CL, Carling P, Shapiro DS. Pneumococcal septic arthritis: Review of 109 cases. *Clin Infect Dis*. 2003;36:319-27.
4. Barahona L, Soriano F, Fernández-Robles R, Granizo JJ, López-Durán JC. Artritis neumocócica bacteriémica en un Hospital Universitario de Madrid (1993-2003). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;23:22-4.
5. Raad J, Peacock JE Jr. Septic arthritis in the adult caused by *Streptococcus pneumoniae*: a report of 4 cases and review of the literature. *Semin Arthritis Rheum*. 2004;34:559-69.

## Hiponatremia severa por paroxetina en un paciente anciano

### Sr. Editor:

La depresión es un problema cada vez más importante en la población anciana, de manera que entre un 1 y un 4% de la población general mayor de 65 años va a presentar depresión mayor y el 10-34,5% de los ancianos que viven en la comunidad pueden manifestar síntomas depresivos<sup>1,2</sup>. Desde la introducción de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), éstos

se han convertido, debido fundamentalmente a su mejor tolerabilidad, en el tratamiento de primera línea de la depresión en el anciano<sup>1-3</sup>. No obstante, aunque los ISRS están considerados bastante seguros, es necesario que los médicos que tratan la depresión conozcan un efecto secundario, con frecuencia infradiagnosticado pero de alto riesgo, que puede aparecer con relativa frecuencia en el paciente mayor tratado con ISRS: la hiponatremia.

Presentamos el caso de un varón de 79 años, con antecedente de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y úlcus duodenal que, estando previamente bien, es traído a nuestro centro por un síndrome confusional agudo, sin fiebre ni otros síntomas neurológicos. Una semana antes había comenzado con 20 mg de paroxetina al día, por prescripción de su médico de cabecera por presentar síntomas depresivos. A su ingreso no existía ningún dato reseñable en la exploración, salvo el cuadro confusional. En la analítica destacaba un sodio plasmático de 104 mg/dl, mientras creatinina, urea y demás iones eran normales. El sodio urinario era de 80 mmol/24 h. Los valores de TSH, T4 libre y cortisol basal fueron normales. El paciente fue tratado con sueros hipertónicos; se recuperaron progresivamente los valores plasmáticos de sodio y el nivel de conciencia, y al alta estaba como previamente a su ingreso.

El riesgo de hiponatremia durante el tratamiento con ISRS oscila entre el 0,5 y el 25%<sup>4</sup>, y los principales factores predisponentes son la edad avanzada, el tratamiento con diuréticos y el bajo peso corporal<sup>4,5</sup>. Puede aparecer en un intervalo muy amplio desde el inicio del tratamiento (entre 1 y 120 días), aunque lo habitual es que ocurra en las primeras 2 semanas<sup>4,5</sup>. Este efecto parece estar relacionado con la participación de neuronas serotoninérgicas en el núcleo supraóptico hipotalámico en la regulación de la secreción de vasopresina (ADH), y está demostrado que los pacientes ancianos presentan una

peculiar sensibilidad a la secreción de ADH estimulada por la serotonina<sup>5,6</sup>. Por último, aunque los casos de hiponatremia debidos a ISRS se han descrito mayoritariamente con el uso de fluoxetina, el descenso del sodio plasmático es un efecto de clase, por lo que cualquier ISRS puede originarlo y, aunque no está del todo establecido, no se debe intentar usar otro ISRS en ese mismo paciente por el riesgo de nueva hiponatremia<sup>5,7</sup>. Por tanto, creemos necesario recomendar la vigilancia y la realización de un control analítico en pacientes ancianos que toman ISRS (idealmente antes y en las primeras 2 semanas desde el inicio), especialmente en los ancianos de bajo peso, con restricción de sal en la dieta o que reciban tratamiento diurético.

Luis Castilla-Guerra<sup>a</sup>, María del Carmen Fernández Moreno<sup>b</sup> y Francisca Pozuelo del Rosal<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Merced. Osuna. Sevilla. España.

<sup>b</sup>Servicio de Neurología. Hospital de Valme. Sevilla. España.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Reynolds CF III, Alexopoulos GS, Katz IR, Lebowitz BD. Chronic depression in elderly: approaches for prevention. *Drug Aging*. 2001;18:507-14.
2. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet*. 2005;365:1961-70.
3. Mottran P, Wilson K, Strobl J. Antidepressants for depressed elderly. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;CD003491.
4. Wilkinson TJ, Begg FJ, Winter AC, Salisbury R. Incidence and risk factors for hyponatremia following treatment with fluoxetine and paroxetine in elderly people. *Br J Clin Pharmacol*. 1999;47:211-7.
5. Fabian TJ, Amico JA, Kraboth PD, Mulsant BH, Corey SE, Begley AE, et al. Paroxetine-induced hyponatremia in older adults. *Arch Intern Med*. 2004;164:327-32.
6. Pergola PE, Sved AF, Voogt JL, Alper RH. Effect of serotonin on vasopressin release. *Neuroendocrinology*. 1993;57:550-8.
7. Kirby D, Ames D. Hyponatremia and selective serotonin reuptake inhibitors in elderly patients. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;16:484-93.