Localizador web
Artículo 42.354

Absceso en extremidad inferior por *Haemophylus influenzae* en una paciente portadora de artritis reumatoide y mieloma múltiple

Mario Luis Cousseau[a], Jorge Gentile[b], Alfredo Rozzi[c], Rubén Paoletta[c] y Juan Buccolo[d]

[a]*Médico Especialista en Reumatología. Policlínica Privada Paz. Tandil.* [b]*Médico Especialista en Infectología. Sanatorio Tandil. Tandil.*[c]*Cirujanos Ortopédicos. Centro de Ortopedia y Traumatología. Tandil.* [d]*Médico Especialista en Diagnóstico por Imágenes. Policlínica Privada Paz. Tandil.*

Reportamos el caso de una mujer de 63 años de edad con artritis reumatoide de 15 años de evolución y mieloma múltiple de reciente descubrimiento, en la que se desarrolló un proceso de supuración recidivante en la pierna izquierda después de un proceso neumónico. El cultivo del material del absceso fue positivo para *Haemophylus influenzae*, y el mismo germen fue identificado en los hemocultivos, por lo que se consideró que el foco primario fue pulmonar y la diseminación hematógena. Sería el primer caso reportado de absceso en extremidad inferior por *H. influenzae* en la bibliografía internacional en pacientes con estas características.

Palabras clave: Artritis reumatoide. Mieloma múltiple. Absceso. *Haemophilus influenzae.*

Abcess of lower limb due to haemophilus influenzae in a patient with rheumatoid arthritis and concomitant multiple myeloma

We report a case of a woman aged 63 having rheumatoid arthritis of 15 years duration and coexistence with recently discovered multiple myeloma who developed repetitive purulent collections in her left leg short time after presenting pneumonia. Cultures of purulent material and blood cultures were positive for *Haemophylus influenzae*; those findings let us think that primitive infectious focus was the lung and the seeding occurred through hematogenic way. It would be the first reported case in the international literature of an abscess of lower limb due to *H. influenzae* in this kind of patients.

Key words: Rheumatoid arthritis. Multiple myeloma. Abscess. *Haemophylus influenzae*.

Introducción

La presencia de procesos infecciosos oportunistas o inusuales en pacientes con compromiso del sistema inmunológico secundario a artritis reumatoide y estados comórbidos, o bien al tratamiento inmunodepresor que se les realiza concomitantemente es un hallazgo frecuente. Presentamos un caso clínico de supuración recidivante de extremidad inferior por *Haemophylus influenzae* en una paciente con artritis reumatoide (AR) de larga evolución y mieloma múltiple asociado.

Correspondencia: Dr. M.L. Cousseau.
Policlínica Privada Paz.
Sarmiento, 877. 7000. Tandil. Argentina.
Correo electrónico: cousseau@infovia.com.ar

Recibido el 28-8-2001 y aceptado el 9-1-2002.

Observación clínica

Mujer de 63 años de edad, con antecedentes de artritis reumatoide de 15 años de evolución, en clase funcional 4 desde hacía 6 meses debido a una artritis erosiva de rodilla izquierda. Un mes antes de la consulta la paciente presentó una neumonía extrahospitalaria que evolucionó tórpidamente después de una terapia antibiótica oral durante 9 días. A la semana de comenzar la neumonía apareció una tumefacción dolorosa en la pierna izquierda. La paciente fue vista en su domicilio, detectándose una paciente gravemente postrada en cama, con tos productiva y febrícula. Se observó una sinovitis generalizada con actitud en flexión de codos y rodillas, mano en ráfaga bilateral, amiotrofia generalizada, rales subcrepitantes en los campos medio e inferior izquierdos, edema de pierna izquierda infrapatelar y compresión de compartimiento posterior de pierna izquierda muy dolorosa. Se decidió la hospitalización de la paciente y se inició tratamiento con claritromicina 500 mg cada 12 h por vía

oral a la espera de los resultados de laboratorio [hemograma: Hb 6,2 g/l, hematócrito 18%, 8.000 leucocitos/ l, 389.000 plaquetas/ l, reticulocitos: 0,7%, LDH normal, ferritina sérica 1.265 ng/ml, Coombs directa negativa, VSG 150 mm Hg/hora. Función hepática y renal, glucemia, creatinina e ionograma: normales; proteinograma: albúmina 1,51, alfa 1 0,25, alfa 2 0,80, beta 0,49, gammaglobulina 4,43 g/l, aspecto monoclonal]. Factor reumatoide (–) (test Látex). Se realizó a continuación inmunoelectroforesis sérica: IgA 116 mg/dl; IgG 3.150 mg/dl; IgM 70 mg/dl; inmunoelectroforesis en orina: proteinuria: IgG lambda positiva. La punción aspiración de médula ósea demostró una plasmocitosis relativa del 15%. La biopsia de cresta ilíaca fue diagnóstica de mieloma múltiple con moderado grado de diferenciación. La tomografía computarizada de cráneo practicada durante un episodio de fiebre y cefalea puso en evidencia lesiones líticas en la calota craneana. La ecografía abdominal fue normal. En las pruebas de laboratorio se obtuvieron los siguientes resultados: dos de tres hemocultivos positivos para *H. influenzae*, betalactamasa negativo, sensible a cefalosporinas de tercera generación, urocultivo negativo, investigación de IgM para *Chlamydia* y *Mycoplasma* negativa.

Un estudio mediante eco-Doppler color del miembro inferior izquierdo permitió descartar una trombosis venosa profunda, pero puso en evidencia una masiva colección en el compartimiento posterior de la rodilla y la pierna izquierdas, que al ser punzado permitió evacuar un líquido purulento, cuyo cultivo fue positivo también para *H. influenzae*, igualmente sensible al tratamiento con cefalosporinas de tercera generación. Con el diagnóstico de artritis reumatoide, mieloma múltiple y absceso en extremidad inferior izquierda por *H. influenzae* secundario a diseminación hematógena; se varió inmediatamente el esquema antibiótico a cefotaxime 2 g cada 6 h por vía intravenosa. La evolución del cuadro general y local fue favorable, con desaparición de la colección y negativización de los cultivos. El tratamiento se completó con 3 drenajes por punción bajo ecografía del foco abs-

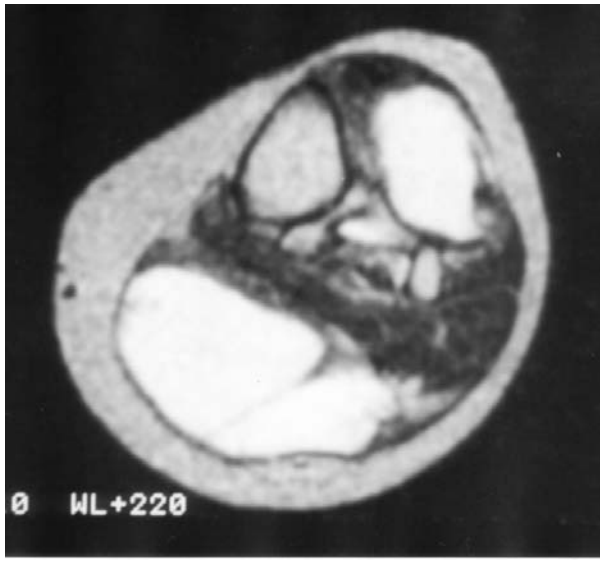

Figura 1. *RMN en T_2 de la pierna. Se observan dos coleciones en partes blandas y la mayor en el plano posterior.*

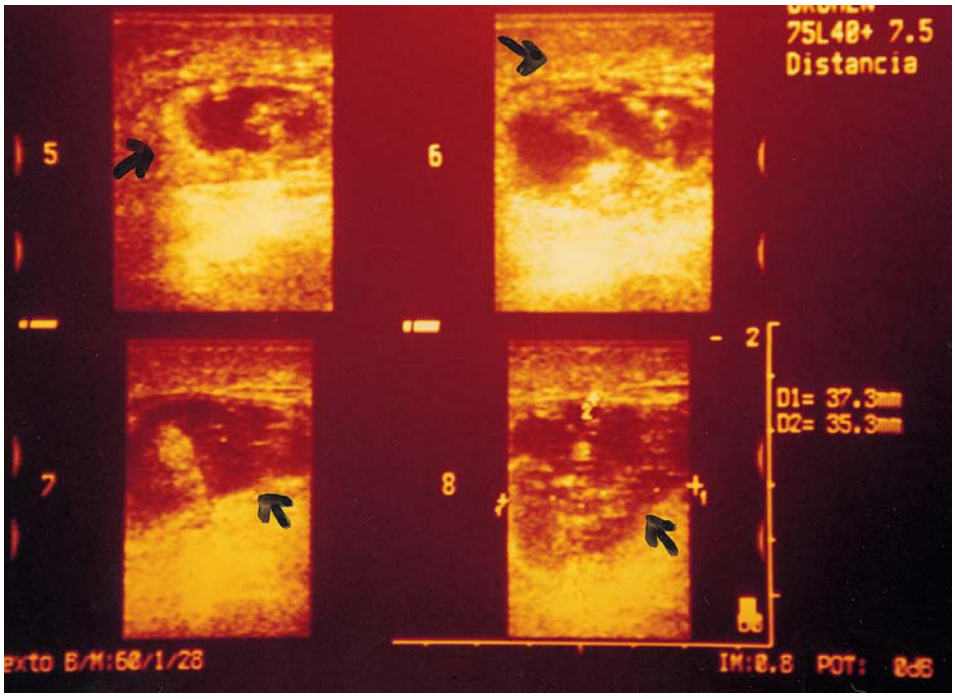

Figura 2. *Cortes ecográficos desde la rodilla izquierda hasta la pierna en los que se objetiva colección líquida con ecos y tabiques en su interior.*

Figura 3. *Artrografía de rodilla izquierda en la que se visualiza comunicación del contraste al compartimiento posterior aunque no a la cavidad abcesificada.*

cesificado de la pierna. Se empleó dexametasona parenteral 16 mg diarios para el control de la sinovitis reumatoide y la paciente fue dada de alta del hospital con ceftriaxona, 2 g diarios por vía intramuscular.

Una semana después reapareció la tumefacción de la pierna izquierda; se detectaron colecciones múltiples por resonancia magnética (RM) (fig. 1), previamente sospechadas ecográficamente (fig. 2). La RM no detectó presencia de osteomielitis asociada. La paciente reingresó en el hospital para practicar fasciotomía mínima en la región distal de la vaina de los tendones flexores que permitió drenar por completo la colección del compartimiento posterior. El cultivo del material fue negativo esta vez. Se decidió variar el esquema antibiótico a ciprofloxacina 200 mg cada 12 h por vía intravenosa durante 6 días, después 500 mg cada 12 h por vía oral al alta. A pesar del cambio de tratamiento una semana después recidivó la tumefacción de la pierna. Se realizó una artrografía de la rodilla izquierda, que puso en evidencia una comunicación articular al compartimiento posterior de la pierna aunque sin clara visualización de la cavidad abscesificada (fig. 3). Esta vez se decidió un drenaje amplio en función de los fracasos de las punciones repetidas y la incisión mínima previas. El procedimiento comprendió una miotomía amplia del gemelo interno hasta llegar a la colección purulenta, que se encontró ensaculada. La dosis de ciprofloxacina se aumentó a 400 mg i.v. cada 12 h, combinado con gentamicina, 240 mg diarios. En los días siguientes hubo recidiva de colecciones supuradas en el compartimiento anterior de la pierna que fueron evacuadas por punciones repetidas hasta su completa desaparición. La paciente fue mantenida con tratamiento i.v. con ciprofloxacina a domicilio, 200 mg cada 12 h y después 500 mg por vía oral cada 12 h. Dos meses después de la intervención quirúrgica, y habiendo completado 40 días de tratamiento con ciprofloxacina, la paciente se hallaba afebril, con buen estado general y sin recidiva de colecciones locales. Había reiniciado la deambulación dentro de su casa gracias al uso de una férula de inmovilización de la rodilla.

Discusión

Presentamos el caso de una paciente inmunodeprimida por AR de larga evolución y mieloma múltiple de reciente aparición que presentó una seudotromboflebitis de pierna izquierda inmediatamente después de un proceso infeccioso pulmonar. El absceso de la pierna izquierda recidivó en varias ocasiones a pesar de un tratamiento antibiótico bien conducido y drenajes repetidos. El cuadro clínico y el hallazgo de un germen como *Haemophylus*, que presenta habitualmente tropismo pulmonar y meníngeo, en el material purulento nos llamó profundamente la atención y refuerza la hipótesis de proceso oportunista en paciente inmunodeprimido.

Las imágenes ecográficas iniciales excluyeron la trombosis venosa profunda como causa del edema, y pusieron en evidencia la colección purulenta, hecho corroborado por la RM ulterior que descartó osteomielitis asociada. La artrografía evidenció una cierta comunicación articular con el compartimiento posterior de la rodilla, aunque no pudo demostrar comunicación con el absceso de la pierna. Por otra parte, la rodilla en ningún momento se presentó clínicamente como una artritis infeccios.

Como diagnóstico diferencial de absceso de miembro inferior se tuvieron en cuenta los siguientes procesos patológicos: quiste poplíteo sobreinfectado, artritis séptica fistulizada a la pierna o absceso primario de la pierna. Según los hallazgos clínicos e iconografías, sólo podemos afirmar que se trató de un absceso del miembro inferior, pues si bien es incontestable la presencia de una cavidad neoformada con contenido purulento, no podemos afirmar a partir de qué estructura anatómica se formó.

La presencia de colecciones purulentas en extremidades es muy rara. La sobreinfección de los quistes poplíteos es excepcional, en la mayor parte de los casos el quiste poplíteo fue secundario a una infección y no secundariamente sobreinfectado. Con respecto a la rotura de quiste poplíteo y sobreinfección, Good y Rapp presentan un caso de probable rotura de quiste sinovial en la pierna complicada con infección por *Corynebacterium species*[1].

Por otro lado, los estudios publicados de artritis séptica en pacientes con artritis reumatoide y formación secundaria de fístula o absceso son aislados. Brorson et al presentaron un caso de artritis

recurrente de rodilla con formación de absceso del miembro inferior por *Bacteroides fragilis* en un varón de 70 años tratado con corticoides por artritis reumatoide[2]. Shapiro et al presentaron una serie de 8 pacientes con artritis reumatoide que desarrollaron fístulas cutáneas adyacentes a las articulaciones comprometidas, de los cuales 4 casos estuvieron vinculados con artritis séptica que subsiguientemente fistulizó[3].

En nuestro caso, la artrografía evidenció una comunicación al compartimento posterior de la pierna izquierda, la falta de comunicación con la cavidad purulenta no permite asegurar que el proceso sea debido a una artritis séptica.

Según lo mencionado anteriormente, presentamos lo que sería el primer caso de absceso de miembro inferior por *H. influenzae* en paciente con artritis reumatoide y mieloma múltiple. La evolución clínica tórpida a pesar de un adecuado esquema terapéutico puede ser explicada por la inmunodepresión de la paciente en función de la enfermedad de base y la enfermedad hematológica concomitante.

Bibliografía

1. Good AE, Rapp R. Subcutaneous inflammation (infection ?) after synovial rupture: a complication of a complication. South Med J 1979;72:1223-4.
2. Brorson JE, Edmar G, Holm SE. Some clinical, immunological and bacteriological observations in a case of pyogenic arthritis due to bacteroides fragilis. Scand J Infect Dis 1975;7:222-4.
3. Shapiro RF, Resnick D, Castles JJ, D'Ambrosia RD, Lipscomb PR. Fistulization of rheumatoid joints. Spectrum of identifiable syndromes. Ann Rheum Dis 1975;34:489-98.