

ARTRITIS SÉPTICA POR *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*

M Tristán¹, G Camusso², M Papini³

1 Hospital Francisco J. Muñiz, CABA, Argentina. 2 Laboratorio de Análisis Clínicos Camusso, Pehuajó. Buenos Aires, Argentina. 3 Clínica del Oeste, Pehuajó. Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN

La bacteriemia y la meningitis son las manifestaciones clínicas más frecuentes en la infección invasiva por *Streptococcus pneumoniae* (Spn). La artritis séptica causada por este germen presenta baja incidencia en pacientes adultos (<1%), mucho menor que en la población pediátrica (5,5-9,7%). Se describe un caso de artritis séptica por Spn en un paciente adulto con enfermedad crónica subyacente.

RESUMEN CLÍNICO

Paciente de 64 años de edad, con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se presenta febril, con dolor, tumefacción e impotencia funcional en rodilla derecha de 5 días de evolución. En la exploración física TA 130/80, temperatura de 38,5°C, 110 latidos por minuto. Ante sospecha de artritis séptica, se obtuvieron muestras de sangre para análisis de laboratorio; además de hemocultivos y líquido articular para estudios bacteriológicos. Se inicia el tratamiento empírico con vancomicina (15mg/kg IV c/8hs) y ciprofloxacina (400mg IV c/12hs).

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

El análisis de laboratorio reveló marcada leucocitosis (19600/ μ l) con desviación a la izquierda. Líquido articular purulento (26500 leucocitos/ μ l, predominio neutrófilos) con diplococos gram positivos en examen directo (Figura 1), se obtuvo desarrollo de *Streptococcus pneumoniae* (Figura 2), sensible a penicilina (CIM \leq 0,06 μ g/ml), cefotaxima, eritromicina, clindamicina y levofloxacina (CLSI 2016). Hemocultivos fueron negativos. Se rotó el tratamiento a penicilina G sódica 18 MU/día durante 1 mes. Se procedió a drenaje quirúrgico con evolución favorable.

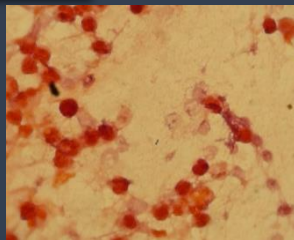


Figura 1. Diplococos gram positivos en líquido articular.



Figura 2. Colonia de Spn en agar sangre de carnero.

DISCUSIÓN

La artritis séptica por Spn presenta baja incidencia, siendo la afectación monoarticular de rodilla o codo la más frecuente. Esta entidad suele aparecer en pacientes con edad avanzada y/o con enfermedades crónicas subyacentes como artritis reumatoide, neoplasias, alcoholismo, uso crónico de corticoides, EPOC y diabetes. En más del 50% de los casos hay un foco de infección respiratoria o meníngea previo, sin embargo alrededor del 30% de los casos se desconoce.

CONCLUSIÓN

En pacientes con sospecha de artritis séptica con foco respiratorio y/o meníngeo asociado, aumenta la incidencia de este microorganismo. En pacientes adultos, se aconseja el tratamiento empírico de cuatro semanas con betalactámicos de amplio espectro combinado con un aminoglucósido hasta tener el antibiograma. No se recomienda la terapia antibiótica intra-articular pero si la artrocentesis o en su defecto la limpieza quirúrgica, que mejora el pronóstico y reduce la lesión articular.