

Jorge Ligeró López
María Concepción Gómez
Criado

Artritis séptica por neumococo en paciente con enfermedad mixta del tejido conectivo

Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés (Madrid). España.

Article history

Received: 16 January 2020; Revision Requested: 3 March 2020; Revision Received: 3 March 2020; Accepted: 9 March 2020; Published: 15 April 2020

Sr. Editor: La artritis séptica es una manifestación poco frecuente de la infección por *Streptococcus pneumoniae*, siendo la neumonía y la meningitis las más frecuentes, representando entre un 3-8% del total de artritis infecciosas [1, 2]. Suele cursar con fiebre, tumefacción y limitación funcional de la articulación [3]. Presentamos un caso clínico de una paciente con enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) y crioglobulinemia mixta de tipo III con artritis séptica neumocócica.

Mujer de 81 años que acude a urgencias por un cuadro de 2 semanas de duración de malestar general y dolor articular intenso en el hombro izquierdo de un día de evolución que le impide movilizar la extremidad superior. Presenta dolor a la palpación, tumefacción y eritema, sin fiebre. Antecedentes personales de artritis en el contexto de EMTC, hepatitis C, fibrilación auricular paroxística en tratamiento con amiodarona y déficit de vitamina B12 en tratamiento con Optovite B12.

En la analítica, presentaba PCR 258 mg/L, leucocitos 13.100 células/ μ L y 81,10% de polimorfonucleares. Se realiza una artrocentesis evacuadora de la articulación acromioclavicular y el líquido sinovial es enviado para análisis bioquímico y microbiológico iniciándose antibioterapia empírica con cefazolina y gentamicina. Al día siguiente, se observa una tumefacción en las rodillas con dolor a la flexión y a la extensión. Se lleva a cabo una nueva artrocentesis tanto de hombro como de rodilla y se le cambia el tratamiento a cloxacilina y ceftriaxona.

El análisis bioquímico del líquido sinovial de la primera artrocentesis mostraba 30.000 leucocitos / μ L con un 97% de polimorfonucleares. En la tinción de Gram se observaron abundantes células inflamatorias y presencia de cocos grampositivos en cadenas cortas. A las 24 horas crecen tanto en hemocultivos

como en el cultivo del líquido sinovial, unas colonias redondas, alfa-hemolíticas con aspecto umbilicado compatibles con *S. pneumoniae*. La identificación se confirma con la sensibilidad a optoquina y con test de aglutinación (Dryspot™ Pneumo Test, Oxoid). Se determinó la sensibilidad antibiótica según criterios EUCAST, siendo sensible a penicilina, ceftriaxona, cotrimoxazol, levofloxacino, vancomicina, telitromicina, tetraciclinas y linezolid, y resistente a eritromicina y clindamicina.

En función de la identificación microbiana y la sensibilidad, se mantiene únicamente la ceftriaxona intravenosa durante dos semanas. En las muestras de la segunda artrocentesis no hubo crecimiento. La evolución clínica fue satisfactoria con disminución progresiva de la PCR y mejoría del resto de parámetros clínicos, procediéndose al alta de la paciente cambiando a terapia oral con levofloxacino durante 6 semanas.

La artritis séptica neumocócica es una entidad clínica poco habitual, generalmente monoarticular cuya localización más frecuente es la rodilla, seguido de la cadera y del hombro [4], que se presenta principalmente en personas de edad avanzada y/o con factores de riesgo, siendo la artritis reumatoide y el alcoholismo los más importantes [5].

Suele cursar con fiebre y dolor articular, pero los síntomas pueden no manifestarse en inmunodeprimidos y personas de edad avanzada [5] como fue nuestro caso. Además, no siempre es demostrable un foco primario como neumonía [6], de hecho, Ross et al. [4] encontraron que hasta en un 50% de los pacientes no se les objetivaba un foco claro. Nuestra paciente no tenía clínica sugerente de otra focalidad.

Más de un 70% de las artritis sépticas por *S. pneumoniae* son hematógenas, se recomienda tomar siempre hemocultivos y buscar un foco primario [7]. Inocular directamente el líquido sinovial en frascos de hemocultivos aumenta la rentabilidad diagnóstica de la muestra.

Un diagnóstico y tratamiento precoz disminuye la mortalidad y los daños articulares asociados.

Correspondencia:
Jorge Ligeró López
Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Severo Ochoa,
Av. de Orellana, s/n, 28911 Leganés, Madrid.
E-mail: ligeró999@hotmail.com

FINANCIACIÓN

Los autores declaran que no han recibido financiación para la realización de este estudio.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

BIBLIOGRAFÍA

1. James Paul, G. Thomas Mark. *Streptococcus pneumoniae* Septic Arthritis in Adults. *Scan J Infect Dis.* 2000; 32:5, 491-494. DOI:10.1080/003655400458758
2. Belkhir L, Rodriguez-Villalobos H, Vandercam B, et al. Pneumococcal septic arthritis in adults: clinical analysis and review. *Acta Clin Belg.* 2014;69:40-6. DOI: 10.1179/0001551213Z.00000000015
3. Hidalgo Tenorio C, Sánchez González MD, Araceli Molina Medina A. Colecistitis y artritis séptica por *Streptococcus pneumoniae*. *Med Clin(Barc).* 2009;132(7):288-289. DOI: 10.1016/j.medcli.2008.03.004
4. Ross JJ, Saltzman CL, Carling P, Shapiro DS. Pneumococcal Septic Arthritis: Review of 190 cases. *Clin Infect Dis.* 2003;36:319-27. DOI:10.1086/345954
5. Ispahani P, Weston VC, Turner DP, Donald FE. Septic arthritis due to *Streptococcus pneumoniae* in Nottingham, United Kingdom, 1985-1998. *Clin Infect Dis.* 1999;29:1450-1454. DOI:10.1086/313526
6. Whitehead-Clarke TI, Singavarapu R, Gulihar A, Chettiar K. Bilateral, simultaneous pneumococcal septic arthritis of the knees: a normal immune system, an unknown source. *BMJ Case Rep.* 2016; 2016. DOI: 10.1136/bcr-2016-214980
7. 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. DOI:10.1157/13070405