

# Fiebre y dolor en muñeca izquierda

Pérez Delgado FJ, García Panal J, Casas Ciria FJ

Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar. Cádiz

Mujer de 73 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas.

Antecedentes de hipertensión arterial y adenocarcinoma de recto intervenido quirúrgicamente hace 4 años con radioterapia y quimioterapia coadyuvantes. Actualmente en remisión completa y dada de alta por el Servicio de Oncología.

Tratamiento habitual con eprsatán y amlodipino.

Acude a su centro de salud por un cuadro de fiebre de hasta 38,5 °C, de 36-48 horas de evolución, y dolor con tumefacción en la muñeca izquierda. No refiere traumatismos, procedimientos invasivos previos o lesiones que pudieran sugerir una puerta de entrada.

En la exploración física la paciente presenta un aceptable estado general y febrícula de 37,8 °C. La exploración completa por aparatos no muestra hallazgos significativos; tan solo la existencia de dolor, edema y eritema en la articulación radiocubital distal del miembro superior izquierdo, con signos clínicos de tenosinovitis.

Con la sospecha clínica de artritis séptica, es

remitida al Servicio de Urgencias del hospital para confirmación e inicio de antibioterapia endovenosa. En Urgencias se constatan los datos ofrecidos desde atención primaria y se ingresa a la paciente en el Área de Observación. En las pruebas complementarias se halla:

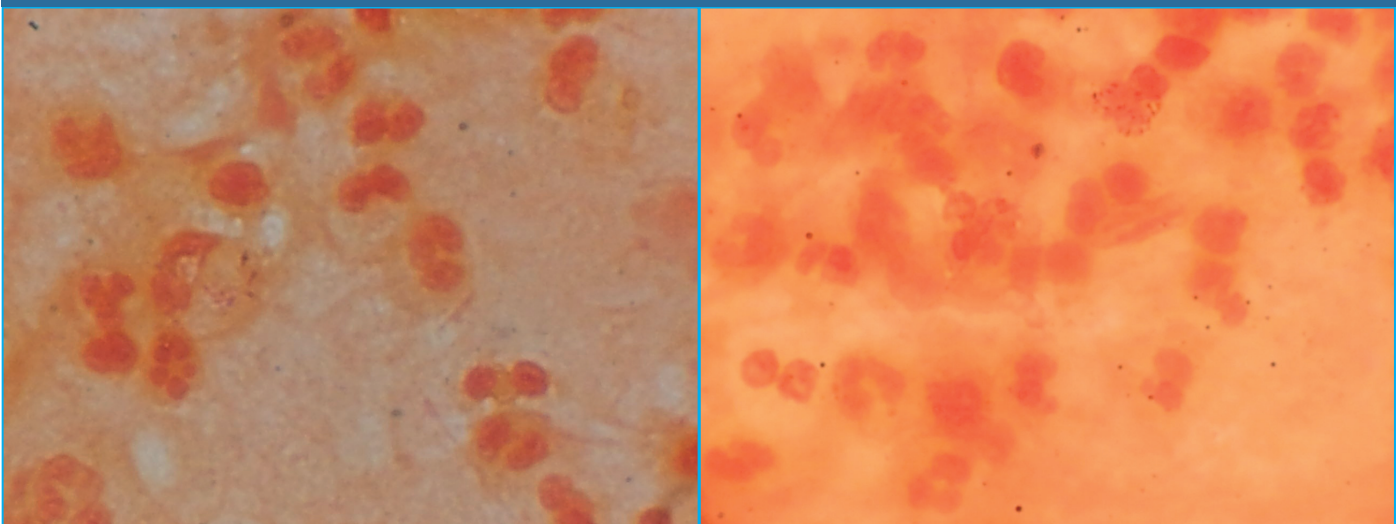
- Analítica: hemoglobina 14,3, leucocitos 12.500 (neutrófilos 11.920, linfocitos 390), plaquetas 186.000; coagulación normal, salvo fibrinógeno (724); urea, creatinina e iones normales; proteína C reactiva 300,2; orina sin hallazgos.
- Radiografía de tórax: índice cardiotorácico aumentado, sin hallazgos de condensaciones.
- Radiografía de la mano-muñeca izquierda: sin hallazgos de interés.
- Hemocultivos.

Se consulta con el Servicio de Traumatología para la realización de una artrocentesis, que se lleva a cabo sin incidencias. Con ella se obtienen aproximadamente 2 ml de líquido sinovial de aspecto francamente purulento.

La muestra se traslada al Laboratorio para su

Figura 1

Figura 2



estudio. Se informa de la existencia de leucocitos con predominio de polimorfonucleares.

Desde Microbiología llegan los resultados de la tinción de Gram: abundantes leucocitos polimorfonucleares con cocos grampositivos intraleucocitarios (figuras 1 y 2).

Con las pruebas complementarias realizadas hasta ese momento y la confirmación de la sospecha clínica, iniciamos antibioterapia endovenosa empírica guiada por el Gram (cloxacilina y gentamicina).

Se presenta el caso a Medicina Interna y la paciente queda ingresada en la planta y a cargo de la Unidad de Enfermedades Infecciosas.

Durante su estancia el cultivo de líquido sinovial se informa como positivo para *Streptococcus agalactiae* penicilín-sensible. Se completa el tratamiento con cloxacilina durante 14 días.

El ingreso cursa sin incidencias. Los hemocultivos extraídos en Urgencias el día de su ingreso se informan como negativos y la paciente presenta una mejoría progresiva que permite el alta a su domicilio con control posterior por consultas externas atención primaria.

## COMENTARIO

La monoartritis está caracterizada por la presencia de signos inflamatorios en una sola articulación y su evolución inferior a 6 semanas la define como aguda.

Las causas más frecuentes son las artritis microcristalinas, las artritis sépticas y las artritis traumáticas. Dentro de las artritis sépticas, clásicamente se distinguía entre las artritis gonocócicas y las no gonocócicas. Aunque en la literatura actual se tiende a ir olvidando esta clasificación, lo cierto es que aún está muy arraigada en la práctica clínica habitual.

De forma global, el agente infeccioso más frecuentemente involucrado es el *Staphylococcus aureus*, al que corresponden 60-70 % de los casos de artritis séptica en el adulto.

Los signos clínicos cardinales, tal y como presenta nuestra paciente, son rubor, calor, tumefacción e impotencia funcional.

El abordaje del paciente con monoartritis aguda constituye en auténtico reto para el médico,

más aún cuando hay involucradas patologías que pueden llegar a poner en serio peligro la vida del paciente sin un tratamiento precoz y adecuado. Cobra, por tanto, especial interés la identificación temprana de dichas patologías con el fin de poner en marcha las intervenciones oportunas. Para ello debemos seguir una sistemática que incluya:

- La comprobación de que sólo está afectada una articulación.
- La confirmación de que el tiempo de evolución es inferior a 6 semanas.
- Descartar los procesos mecánicos y constatar que no se trata de un proceso inflamatorio.
- Descartar el probable origen séptico del mismo.

La anamnesis y la exploración física nos darán la respuesta en un alto porcentaje de los casos y nos permitirán establecer un adecuado algoritmo diagnóstico. Variables como la edad, sexo, existencia de episodios previos, conductas sexuales de riesgo, consumo de tóxicos (drogas por vía parenteral), antecedentes traumáticos, infiltraciones o intervenciones quirúrgicas previas, no deben, aunque parezca una obviedad, ser pasadas por alto.

El carácter inflamatorio/mecánico del dolor debe ser investigado, así como la existencia de otros signos o síntomas: fiebre, lesiones dermatológicas, oculares, gastrointestinales, urogenitales...

La exploración física debe poner de manifiesto la existencia de un proceso monoarticular y debe descartar otros procesos periarticulares (celulitis, bursitis...); en los procesos articulares tanto la movilización activa como la pasiva suelen generar dolor, mientras que en los procesos periarticulares predomina el dolor activo.

En el caso que nos ocupa se realizó una correcta actuación que permitió al médico de atención primaria sentar las bases de un juicio clínico que posteriormente quedó confirmado con las pruebas complementarias realizadas.

En efecto, una vez en el hospital, se llevó a cabo la artrocentesis, que permitió estudiar el líquido sinovial, prueba de obligada realización en todo paciente con monoartritis y más, si cabe, con sospecha de monoartritis séptica (tabla 1).

Otras pruebas complementarias son:

- Tinción de Gram y cultivo del líquido obtenido. La rentabilidad diagnóstica de estas pruebas disminuye en los casos de monoartritis gonocócica.

- Hemocultivos: al igual que las anteriores, pierde rentabilidad en los casos de artritis gonocócicas.

- Hemograma, bioquímica que incluya ácido úrico, y coagulación.

- Radiografía de la articulación afectada (y de la contralateral): permitirá valorar tanto los signos radiológicos clásicos (erosiones óseas, osteopenia subcondral, osteonecrosis) como otros procesos tales como fracturas, tumores...

- Radiografía de tórax.

El aspecto más importante del tratamiento es la precocidad. En efecto, la demora en instaurar un tratamiento antibiótico puede tener graves consecuencias. Inicialmente, debe ser empírico, aunque guiado por la tinción de Gram:

- Cocos grampositivos: cloxacilina (2 g/4 horas) o cefazolina (1 g/8 horas); asociar los primeros 5 días un aminoglucósido.

- Cocos gramnegativos: ceftriaxona (2 g/día) o cefotaxima (1 g/8 horas).

- Bacilos gramnegativos: ceftriaxona (2 g/día) o cefotaxima (1 g/8 horas) o ceftazidima (1 g/8 horas).

- En los casos en los que no haya gérmenes en el Gram o no haya posibilidad de tinción, el tratamiento empírico deberá estar dirigido por la edad y el germen más probable (ver tabla 2). Una de las opciones más utilizadas es cloxacilina con cefalosporinas de tercera generación hasta la llegada del cultivo. Si hay franca sospecha de gonococia se debe utilizar ceftriaxona.

- En todos los casos el régimen antibiótico utilizado deberá ser modificado en función de los resultados del cultivo.

## CONCLUSIONES

Pensamos que este caso ilustra a la perfección un proceso asistencial adecuado que se inicia ya desde atención primaria y que facilita posteriormente toda la secuencia de actuación. Es el médico de atención primaria quien, gracias a una adecuada anamnesis y exploración física, sienta las bases de un juicio clínico que posteriormente se ve confirmado y que tiene como logro el inicio precoz de las maniobras terapéuticas pertinentes.

La artritis séptica no es un cuadro que se presente frecuentemente en nuestra práctica diaria. Tal como decíamos anteriormente, en muchas ocasiones representa un auténtico reto para el profesional. La demora en la actuación tiene a veces catastróficas consecuencias.

Tabla 1. Análisis del líquido sinovial			
	INFECCIOSO	NO INFLAMATORIO	INFLAMATORIO
<b>Aspecto</b>	Purulento	Claro	Turbio
<b>Recuento celular</b>	>50000	<2000	2000-50000
<b>Polimorfonucleares</b>	>90 %	<25 %	75-90 %
<b>Glucosa en suero/ glucosa en líquido sinovial</b>	<0,5	0,8-1	0,5-0,8

Tabla 2: Antibioterapia empírica

	ETIOLOGÍA	RÉGIMEN DE INFECCIÓN
<b>&lt; 3 meses</b>	S. Aureus Enterobacterias Estreptococos del grupo B N. gonorrhoeae	Cloxacilina + cefalosporinas de 3ª generación
<b>&gt;3 meses y &lt;14 años</b>	S. aureus H. influenzae Enterobacterias S. pyogenes	Cloxacilina + cefalosporinas de 3ª generación
<b>Adultos</b>	S. aureus Estreptococos del grupo A Enterobacterias	Cloxacilina + cefalosporinas de 3ª generación
<b>Contacto sexual de riesgo</b>	N. gonorrhoeae	Ceftriaxona
<b>Prótesis articular Artrocentesis Postoperatorio</b>	S. epidermidis S. aureus Enterobacterias Pseudomonas sp.	Vancomicina con ciprofloxacino o aztreonam o cefepima

## BIBLIOGRAFIA

- Ma L, Cranney A, Holroyd-Leduc JM. Acute monoarthritis: what is the cause of my patient's painful swollen joint? CMAJ 2009;180:59-65.
- Margaretten ME, Kohlwes J, Moore D, Bent S. Does this adult patient have a septic arthritis? JAMA 2007;297:1478.
- Galíndez Aguirregoikoa E, García Vivar ML, García Llorente JF, Aranburu Albizuri JM. Protocolo diagnóstico de monoartritis aguda. Medicine 2009;10:2242-5.
- Santiesteban Bocos M, Martínez Olaizola P, Martínez Ortiz de Zárate M. Artritis aguda. En: Moya Mir M, Piñera Salmerón P, Mariné Blanco M (eds). Tratado de Medicina de Urgencias. 1ª edición. Barcelona: Ergón 2011.