

Caso clínico

Artritis séptica de cadera secundaria a absceso de psoas ilíaco

(Hip Septic arthritis secondary to iliac psoas abscess)

Erika D Delgadillo-Cañón¹, Ledmar J Vargas-Rodríguez², Camilo A Hernández-Espitia³

Resumen

La artritis séptica es una condición grave que puede comprometer grandes articulaciones y conllevar a un serio compromiso sistémico, es causada por una infección generalmente bacteriana que se desarrolla como resultado de la siembra hematógena o la inoculación directa de bacterias en la articulación; tiende a ocurrir en niños y adultos jóvenes. Se presenta un caso que muestra la historia natural de la enfermedad en una persona sin antecedente de inmunodeficiencia; varón de 67 años con antecedente de hiperplasia prostática, usuario de cistostomía, esta instrumentación pudo ser la vía de entrada a la infección y la formación del absceso de psoas iliaco que, posteriormente, y por contigüidad, se diseminó y comprometió la cadera, llevándolo a un cuadro de artritis séptica clasificada como Newman B por su compromiso del tejido contiguo y por ser una forma destructiva de artritis aguda.

Descriptores : Artritis séptica de cadera, absceso de psoas, vías de diseminación

Abstract

Septic arthritis is a serious condition that could compromise large joints and leads to systemic involvement. It is caused by a bacterial infection that develops as a result of hematogenous dissemination or direct inoculation. Below we present the natural history of the disease in a person without immunodeficiency condition, a 67-year-old man who, due to his history of prostatic hyperplasia, was a user of cystostomy, this instrumentation could be the route of infection entry and formation of the iliopsoas abscess which later due to contiguity it compromises the hip, leading to septic arthritis, this was classified as Newman B due to compromise of contiguous tissue.

Keywords: Hip septic arthritis, iliac psoas abscess, dissemination routes.

Fecha de recibido: 15, mayo, 2023

Fecha de aceptado: 17, mayo, 2024

Afiliación Institucional:

¹Hospital Regional de Chiquinquirá. Departamento de urgencias. Boyacá, Colombia.

 0000-0003-3015-5110

²Universidad de Boyacá, Facultad de medicina. Tunja Colombia.

 0000-0001-6001-5720

³Hospital Regional de Chiquinquirá. Departamento de urgencias. Boyacá, Colombia.

 0000-0002-8890-0630

Abreviaturas:

Artritis séptica; AS

Fuentes de apoyo: Esta investigación no recibió fondos externos.

Conflictos de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

✉ erika-delgadillo@juanncorpas.edu.co



Esta obra está bajo una licencia internacional: Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0.

La artritis séptica (AS) es una condición devastadora, afecta principalmente a hombres y ocurre más comúnmente en niños, con la incidencia máxima en menores de 3 años, especialmente en países económicamente menos desarrollados.¹ Varios patógenos la pueden causar; según vía de diseminación, los posibles puntos de entrada y la inoculación bacteriana en la articulación incluyen tres rutas posibles: siembra directa, a través de la ruta hematógena desde un reservorio de infección distante y por extensión de una infección contigua subyacente.² Los microorganismos que típicamente se ven involucrados son el

Staphylococcus aureus (incluido *S. aureus* resistente a meticilina), junto con otros organismos grampositivos como los estreptococos (*Streptococcus pneumoniae*).³ Por tanto, el estudio de la etiología de la AS lleva a la búsqueda de las posibles vías de entrada del germen a una cavidad estéril, como lo es la articulación de la cadera.⁴

Se presenta un caso clínico que muestra la historia natural de la enfermedad, en un paciente que presentó AS de la cadera izquierda, asociada con un absceso del músculo psoas iliaco. Comprender cómo había migrado la infección desde el compartimiento muscular en mención a la articulación requirió la revisión detallada de la anatomía, y reconocer que un 15 % de los individuos muestra al músculo iliopsoas común comunicado con la articulación de la cadera, constituye una variante que hace que la articulación de la cadera sea vulnerable a la AS.

Presentación del caso

Varón de 67 años quien consultó por cuadro clínico de 8 días de evolución, consistente en sensación de masa en región inguinal izquierda, dolor irradiado a glúteo y miembro inferior ipsilateral con limitación funcional para la flexo extensión, abducción de la rodilla y edema de la extremidad desde hace 12 días. Como antecedente de importancia: cistotomía desde hace 1 año por estrechez uretral.

Al examen físico inicial el paciente se encontraba estable y en buenas condiciones generales con signos vitales normales, alerta, orientado, cistotomía permeable en buen estado, abdomen blando depresible sin signos de irritación peritoneal, se palpa hernia inguinal izquierda reductible no encarcelada, extremidades inferiores asimétricas con edema grado II de predominio izquierdo (pierna izquierda (34 cm) con respecto a pierna derecha (30.5 cm), pulsos simétricos presentes y adecuada perfusión distal, limitación para la movilidad de la extremidad inferior izquierda. Los exámenes de laboratorio al ingreso reportaron leucocitosis con neutrofilia y elevación de nitrogenados; la ecografía de tejidos blandos que mostraba protrusión de contenido abdominal (epiplón) a través de orificio aponeurótico en maniobras de valsava en región inguinal izquierda de 38 mm. Ante la asimetría importante de las extremidades se realizó un eco-doppler de miembros inferiores que descartó trombosis venosa profunda.

Por persistencia del cuadro clínico doloroso, a pesar del manejo analgésico, se realizó una radiografía comparativa de cadera que mostraba impactación de la articulación coxofemoral izquierda (Figura 1). Se ordenó imagen por resonancia magnética que documentó absceso de psoas iliaco y cambios degenerativos de articulación coxofemoral izquierda, posible AS que se clasifica como Newman B (Figura 2), por lo cual se ajusta el manejo

analgésico y se inició manejo antibiótico intravenoso con piperacilina tazobactam 4.5 g cada 6 horas y clindamicina 600 mg cada 6 horas; además, se realizó artrotomía de cadera, lavado y desbridamiento de cadera izquierda, con drenaje del absceso de psoas iliaco. El cultivo de las muestras quirúrgicas confirmó la presencia de un *S. aureus* con perfil de antibiograma sensible a los antibióticos que se le estaban administrando, por lo que se continuó el manejo establecido hasta completar 3 semanas.

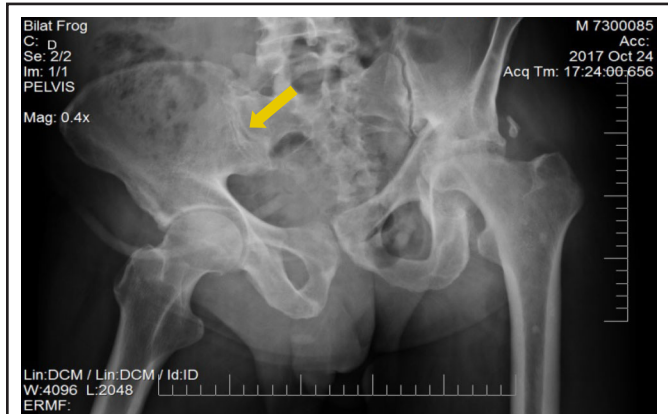


Figura 1. Radiografía comparativa de cadera, en corte antero posterior, en articulación coxofemoral izquierda se evidencia la pérdida de la relación acetábulo-femoral por aplanamiento segmentario del contorno cefálico, posiblemente secundario a proceso necrótico.

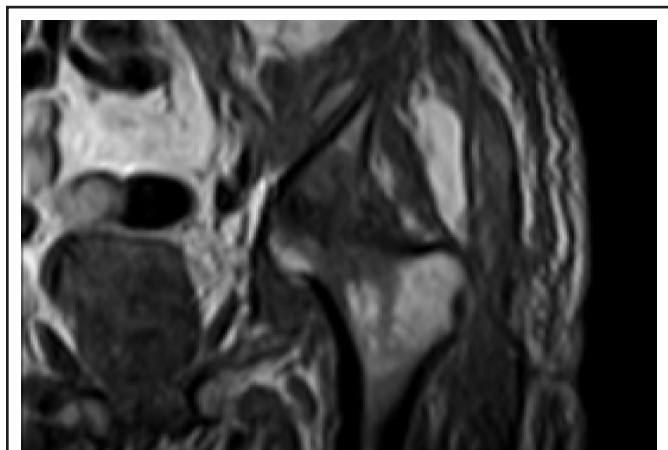


Figura 2. Imagen por resonancia magnética en corte coronal, se evidencian cambios edematosos acetabulares y femorales izquierdos con aumento de líquido articular y severa deformidad con aplanamiento articular con obliteración del plano cartilaginoso, estos hallazgos son atribuibles a probable proceso superpuesto a cambios artrósicos severos por colección localizada en plano muscular iliaco izquierdo de naturaleza inflamatoria.

Con estas medidas terapéuticas se obtuvo adecuada evolución, con recuperación de la movilidad y control de los síntomas infecciosos sistémicos, posterior a su recuperación completa, el paciente se enlistó como candidato al reemplazo de cadera.

Discusión

La AS de cadera es un proceso infeccioso grave con desenlaces complejos e incluso fatales, la vía de diseminación en los diferentes estudios ha mostrado que es variable. Una revisión sistemática reciente encontró que la tasa de infecciones hematógenas osciló entre el 9,1 % y el 65,3 %, con el reporte de un 40 % de los pacientes que usaban drogas intravenosas, lo que sugiere una vía de contagio hematógeno; también se identificaron infecciones después de intervenciones quirúrgicas, que oscilaron entre el 16 % y el 69 %, aunque no se distinguieron los inicios agudos o crónicos.³ Un caso similar de AS de cadera secundaria a absceso de psoas iliaco se reportó posterior a una diseminación extraintestinal de *Yersinia enterocolitica*.⁴

A partir de otros casos publicados, se intenta dar una explicación anatómica de la diseminación al describir que el músculo iliopsoas común pasa por debajo del ligamento inguinal y ventral a la cadera para insertarse en el trocánter menor, aunque separado de la articulación de la cadera por la bursa iliopéptica (iliopsoas); no obstante, se comunica con la articulación de la cadera en el 15 % de los individuos, lo que hace que la articulación de la cadera sea vulnerable a la AS en presencia de un absceso en el psoas.⁵

En cuanto a los gérmenes responsables de la infección, se pueden encontrar múltiples microorganismos en los cultivos de estos procesos infecciosos. Dado que el 55 % pueden ser polimicrobianos, se sugiere un abordaje antibiótico dirigido bajo una combinación empírica; en el caso de nuestro paciente, se propuso la cobertura de gérmenes gram positivos, gram negativo y enterobacterias con bajo grado de resistencia, como manejo inicial con la piperacilinas + tazobactam, como terapia antibiótica empírica.⁶ Sin embargo al documentarse un gram positivo multisensible se puede considerar la opción de redirigir la terapia antibiótica.

En cuanto al diagnóstico, las radiografías nos permiten la evaluación del hueso concurrente y enfermedad de las articulaciones. Para las articulaciones que son difíciles de examinar (como la cadera o la articulación sacroilíaca), la tomografía computarizada o la resonancia magnética son útiles para la detección de derrames.⁷ En cuanto a la artrocentesis como método diagnóstico, un estudio mostró pacientes con un aspirado sinovial preoperatorio positivo, con 12 % tuvieron muestras sinoviales intraoperatorias negativas.⁸

El tratamiento exitoso de la artritis bacteriana generalmente se define como la erradicación de la infección sin reinfecciones ni complicaciones infecciosas y con la restauración de la función de la articulación de la cadera. La evidencia disponible expone diferentes

resultados y tasas de éxito, aunque el tratamiento artroscópico en todos los estudios reporta una tasa de éxito del 100 %⁹ en caso de AS clasificada como Newman A, pero cuando hay compromiso del tejido adyacente es necesario la debridación del tejido necrótico infectado.

Finalmente, como el espacio articular en general es estéril y la probabilidad de entrada de un germen es baja a menos que sea por inoculación directa, cuando no encontramos una explicación clara del problema es de vital importancia revisar otras vías causales como la vía hematógena en pacientes con uso de drogas endovenosas, la posible extensión de un proceso de infección contigua y, desde la anatomía, tener en cuenta que existen documentadas variaciones que hacen susceptible a la articulación de la cadera para procesos infecciosos atípicos.

Referencias

- George J, Chandy VJ, Premnath J, Harihanan TD, Thomas Oommen A, Balaji V et al. Microbiological profile of septic arthritis in adults: Lessons learnt and treatment strategies. *Indian J Med Microbiol*. 2019;37:29-33. DOI:[10.4103/ijmm.IJMM_19_134](https://doi.org/10.4103/ijmm.IJMM_19_134)
- Wang J, Wang L. Novel therapeutic interventions towards improved management of septic arthritis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2021;22:530. DOI:[10.1186/s12891-021-04383-6](https://doi.org/10.1186/s12891-021-04383-6)
- Balato G, de Matteo V, Ascione T, de Giovanni R, Marano E, Rizzo M et al. Management of septic arthritis of the hip joint in adults. A systematic review of the literature. *BMC Musculoskelet Disord*. 2021;22(Suppl 2):1006. DOI:[10.1186/s12891-021-04843-z](https://doi.org/10.1186/s12891-021-04843-z)
- García-Gil D, Domínguez-Fuentes B, Riquelme-Montañez P, Calvo-Durán A. Sepsis, absceso del psoas y artritis séptica de cadera por *Yersinia enterocolitica* [Sepsis, psoas abscess and septic arthritis of the hip caused by *Yersinia enterocolitica*]. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2009;27:305-306. DOI:[10.1016/j.eimc.2008.08.002](https://doi.org/10.1016/j.eimc.2008.08.002)
- George JC, Sainulabdeen J, Chittaranjan S, Babu S. Bilateral Primary Iliopsoas Abscess with Bilateral Hip Septic Arthritis - A Rare Case Report. *J Orthop Case Rep*. 2021;11:45-48. DOI:[10.13107/jocr.2021.v11.i10.2462](https://doi.org/10.13107/jocr.2021.v11.i10.2462)
- D'Angelo F, Monestier L, Zagra L. Active septic arthritis of the hip in adults: what's new in the treatment? A systematic review. *EFORT Open Rev*. 2021;6:164-172. DOI:[10.1302/2058-5241.6.200082](https://doi.org/10.1302/2058-5241.6.200082)
- Miller JM, Binnicker MJ, Campbell S, Carroll KC, Chapin KC, Gilligan PH et al. A guide to utilization of the microbiology laboratory for diagnosis of infectious diseases: 2018 update by the Infectious Diseases Society of America and the American Society for Microbiology. *Clin Infect Dis*. 2018;67:e1-e94. DOI:[10.1093/cid/ciy381](https://doi.org/10.1093/cid/ciy381)
- Shamdasani P, Liew DFL, Nohrenberg M, Leroi MM, McMaster C, Owen CE et al. Diagnosis of septic arthritis in the acute care setting: the value of routine intra-operative sample culture. *Rheumatol Adv Pract*. 2023;7(Suppl 1):i12-i18DOI:[10.1093/rap/rkad008](https://doi.org/10.1093/rap/rkad008)
- Fukushima K, Uekusa Y, Koyama T, Ohashi Y, Uchiyama K, Takahira N et al. Efficacy and safety of arthroscopic treatment for native acute septic arthritis of the hip joint in adult patients. *BMC Musculoskelet Disord*. 2021;22:318. DOI:[10.1186/s12891-021-04195-8](https://doi.org/10.1186/s12891-021-04195-8)