



Carta al Editor

Oligoartritis por pirofosfato con sobreinfección por *Streptococcus pneumoniae*: a propósito de un caso

Streptococcus pneumoniae septic oligoarthritis in a patient with chondrocalcinosis: a case report

Sr Editor:

Las artritis infecciosas producidas por microorganismos piógenos son las que aparecen con mayor frecuencia y pueden darse en pacientes con artropatía por depósito de cristales. Esto hace que su diagnóstico sea más difícil y que en ocasiones se retrase la instauración de un correcto tratamiento¹. Los gérmenes más frecuentes en artritis piógenas son sobre todo *Staphylococcus* y *Streptococcus*. Sin embargo, el *Streptococcus pneumoniae* es un germen raro en estos casos². Presentamos un caso clínico en el que coexisten presencia de microcristales de pirofosfato y sobreinfección por *Streptococcus pneumoniae*. Se trata de una paciente de 80 años, sin antecedentes de patología reumatológica, que presenta oligoartritis aguda por pirofosfato cálcico dihidratado (PPCDH), que se sobreinfectó por *Streptococcus pneumoniae* dando lugar a un absceso en la región perimaleolar externa del tobillo izquierdo.

La paciente acude a consulta por dolor e inflamación de varios días de evolución en el tercio distal de la pierna, el tobillo y la rodilla izquierdas. En artrocentesis de rodilla se obtiene un líquido sinovial (LS) inflamatorio en el que se observan microcristales de PPCDH. Por precaución se solicita cultivo de bacterias aerobias y anaerobias. En el análisis de sangre destacaba: 9.290 leucocitos/ μ l (89% neutrófilos, 9,9% linfocitos); VSG: 46 mm 1.^a h; proteína C reactiva: 31 mg/dl. En la radiografía de tórax no se observó patología. La ecografía de tobillo evidenció una pequeña cantidad de líquido en la articulación tibioastragalina. A pesar del tratamiento sintomático la paciente presenta fiebre de 38,2 °C y quebrantamiento del estado general. Se extraen hemocultivos seriados y se pauta empíricamente cloxacilina. Tanto en hemocultivos como en el LS se aislaron cocos Gram positivos productores de alfa-hemólisis en placas de agar sangre, identificados como *Streptococcus pneumoniae*. A pesar del tratamiento antibiótico correcto (vancomicina, cefotaxima, ciprofloxacino), no se produce mejoría en el tercio distal de la pierna izquierda, que acaba evolucionando a absceso y precisando drenaje quirúrgico. El cultivo del material purulento obtenido en el drenaje también fue positivo para *Streptococcus pneumoniae*. En sucesivos desbridamientos quirúrgicos se observa afectación de planos profundos con alteración de la articulación tibioastragalina e inestabilidad mecánica. En los días siguientes la paciente presenta fallo cardíaco e insuficiencia renal (urea: 105 mg/del; creatinina: 1,67 mg/dl; Na: 132 mEq/l; K: 3,3 mEq/l) y fallece 17 días después del inicio del cuadro clínico.

Las artritis por neumococo representan menos de un 5% de las artritis sépticas³. Esta entidad suele aparecer con mayor frecuencia en pacientes con enfermedades crónicas subyacentes como la artritis reumatoide, el mieloma múltiple, la cirrosis hepática, la artritis microcristalina o la edad avanzada⁴⁻⁷ y en más del 50% de los casos hay un foco de infección respiratorio o meníngeo⁸ previo. La articulación que se afecta preferentemente es la rodilla⁹.

En este caso la afección fue oligoarticular y su singularidad viene marcada por la ausencia de patología articular o crónica previa y por no haberse encontrado el foco de entrada de la infección por neumococo.

Resaltamos la importancia de sospechar una artritis infecciosa en pacientes con datos de artropatía inflamatoria y quebrantamiento del estado general. La instauración de una terapia antibiótica urgente podría disminuir la mortalidad de este grupo de pacientes¹⁰. Para ello hay que contar siempre con la posibilidad de que la afectación articular sea provocada por neumococo, incluso en aquellos pacientes en los que no parezca probable por la sintomatología previa. Conviene subrayar que la evidencia de microcristales en LS no excluye la existencia de infección. De hecho, algunos autores han señalado que hay una correlación temporal entre la artritis infecciosa y la liberación de microcristales. Así, los cristales serían movilizados de sus depósitos articulares por las enzimas lisosómicas de los leucocitos polimorfonucleares durante la fagocitosis bacteriana. Por todo esto, siempre es conveniente cultivar el líquido articular obtenido y sospechar la posibilidad de infección en pacientes con fiebre y quebrantamiento del estado general.

Bibliografía

- Shah K, Spear J, Nathanson LA, McCauley J, Edlow JA. Does the presence of crystal arthritis rule out septic arthritis? J Emerg Med. 2007;32:23-6.
- Raad J, Peacock JE. Septic arthritis in adults caused by *Streptococcus Pneumoniae*: A report of 4 cases and review of the literature. Semin Arthritis Rheum. 2004;34:559-69.
- Arranz Caso JA, López Martín JA, López Jiménez L, Moya Mir MS. Artritis por neumococo. Rev Clin Esp. 1990;186:101-2.
- 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.
- Hidalgo Tenorio C, Sánchez González MD, Molina Medina A. Colecistitis y artritis séptica por *Streptococcus pneumoniae*. Med Clin (Barc). 2009;132:288-9.
- Lluch MM, Fernández-Solá J, López MT, Coca A. Artritis séptica por neumococo en una paciente afectada de condrocalcinosis. Med Clin (Barc). 2004;99:118-9.
- Dubost JJ, Soubrier M, De Champs C, Ristori JM, Sauvezie B. Streptococcal septic arthritis in adults: a study of 55 cases with a literature review. Joint Bone Spine. 2004;71:303-11.
- Forestier E, Sordet C, Cohen-Solal J, Remy V, Javier RM, Kuntz JL, et al. Bone and joint infection due to *Streptococcus pneumoniae* in two immunocompetent adults. Joint Bone Spine. 2006;73:325-8.
- González-Gay MA, Fernández B, Varela E, Jato M, Sánchez-Andrade A. Artritis séptica por estreptococo pneumoniae en artritis reumatoide. An Med Interna. 1992;9:312.
- Ross JJ, Saltzman CL, Carling P, Shapiro DS. Pneumococcal Septic Arthritis: Review of 190 cases. Clin Infect Dis. 2003;36:319-27.

Beatriz Arca Barca^{a,*} y María Guinda Giménez^b

^a Reumatología, Hospital Da Costa, Burela, Lugo, España

^b Residente Medicina de Familia, Hospital Da Costa, Burela, Lugo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: beatrizarcabarca@yahoo.es
(B. Arca Barca).