

novitis de caderas; este fármaco se presenta como una alternativa en los pacientes afectados de EA con afectación de caderas y esta indicación se extrapola a otras enfermedades reumatológicas que puedan presentar coxitis como la artritis reumatoide.

A. Juan-Mas<sup>a</sup>, S. Martín-Martín<sup>b</sup> e I. Ros-Vilamajó<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Reumatología. Hospital de Son Llàtzer. Palma de Mallorca. Baleares. España.

<sup>b</sup>Unidad de Radiología. Hospital de Son Llàtzer. Palma de Mallorca. Baleares. España.

## Bibliografía

1. Resnick D, Niwayama G. Ankylosing spondylitis. En: Resnick D, editor. Diagnosis of bone and joint disorders. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders; 1995. p. 1008-74.
2. Ginsburg WW, Cohen MD. Peripheral arthritis in ankylosing spondylitis. A review of 209 patients followed for more than 20 years. Mayo Clin Proc. 1983;58:593-6.
3. Wilkinson M, Bywaters EGL. Clinical features and course of ankylosing spondylitis; as seen in a follow-up of 222 hospital referred cases. Ann Rheum Dis. 1958;17:209-28.
4. Carette S, Graham DC, Little H, et al. The natural disease course of ankylosing spondylitis. Arthritis Rheum. 1983;26:186-90.
5. Brant J, Haibel H, Cornely D, et al. Successful treatment of active ankylosing spondylitis with the anti-tumour necrosis factor alfa monoclonal antibody infliximab. Arthritis Rheum. 2000;43:1346-52.
6. Maksymowych WP, Jhangri GS, Lambert RG, Mallon C, Buenviaje H, Pedrycz E, et al. Infliximab in ankylosing spondylitis: A prospective observational inception cohort analysis of efficacy and safety. J Rheumatol. 2002;29:959-65.
7. Braun J, Brandt J, Listing J, Zink A, Alten R, Golder W, et al. Treatment of active ankylosing spondylitis with infliximab: a randomized controlled multicenter trial. Lancet. 2002;359:1187-93.
8. Braun J, Baraliakos X, Golder W, Listing J, Brandt J, Bollow M, et al. Improvement in spinal inflammation in ankylosing spondylitis by infliximab therapy as assessed by a magnetic resonance imaging using a novel evaluated spinal scoring system—results of a double-blind placebo-controlled trial [abstract]. Arthritis Rheum. 2002;46 Suppl:S426, abstract 1115.
9. Stone M, Salonen D, Lax M, et al. Clinical and imaging correlates of response to treatment with infliximab in patients with ankylosing spondylitis. J Rheumatol. 2001;28:1605-14.

## Artritis del hombro por *Salmonella enteritidis*

Sr. Director: Hemos leído con interés el excelente artículo de Rama et al<sup>1</sup> "Artritis séptica por *Salmonella* no *typhi*: presentación de un caso y revisión de la bibliografía" en el que describen un varón de 46 años afectado de asma bronquial y tratado con corticoides que desarrolla una artritis infecciosa de rodilla por *S. no typhi*. En la revisión de la bibliografía, el factor predisponente más destacado fue el lupus eritematoso sistémico (LES), lo que, como mencionan los autores, podría ser el resultado de un sesgo de publicación, apreciación que compartimos. A este respecto, en 1996, publicamos 2 casos de mujeres afectas de LES y artritis séptica de rodilla por *S. enteritidis*<sup>2</sup>, no incluidos en la revisión de Rama et al<sup>1</sup>, hecho que atribuimos a la estrategia seguida en la búsqueda bibliográfica.

Debido a la escasa frecuencia con la que *S. no typhi* se aísla en las artritis sépticas, consideramos oportuno describir un nuevo caso de localización inusual.

Varón de 63 años, marinero jubilado, que ingresó en nuestro servicio de reumatología a causa de fiebre y artritis del hombro desde hacía 4 semanas. Dos meses antes había presentado diarrea acuosa, fiebre y omalgia derecha, por lo que había acudido a su servicio de urgencias, donde le prescribieron empíricamente ciprofloxacino 500 mg/12 h, que el paciente discontinuó al cuarto día por mejoría sintomática. No se recogían otros antecedentes de interés. La temperatura axilar al ingreso era de 38,8 °C. En la exploración destacaba la tumefacción, el aumento de la temperatura local y la acentuada restricción de la movilidad, tanto activa como pasiva, del hombro derecho, en el que la abducción era de 50° y la rotación externa no alcanzaba los 30°, junto con amiotrofia de supra e infraespinoso derechos. No se identificaron sinovitis o derrame en otras articulaciones periféricas. En la exploración cardiopulmonar, abdominal y neurológica no hubo hallazgos reseñables. En los análisis destacaban la elevación de la VSG (114 mm/primer hora) y de la proteína C reactiva (65,8 mg/l), sin leucocitosis (7,7 × 10<sup>9</sup> leucocitos/l y con un 53% de neutrófilos). La hemoglobina fue de 118 g/l. Las siguientes determinaciones fueron normales o negativas: glucosa, urea, creatinina, colesterol total, triglicéridos, ácido úrico, creatinina, fosfatasa alcalina, calcio, fósforo, transaminasas, gammaglutamiltranspeptidasa y lacticodehidrogenasa, proteinograma, análisis general de orina y factor reumatoide (látex). Tres hemocultivos seriados al ingreso fueron negativos. La radiografía del hombro derecho mostró osteopenia difusa y aumento de partes blandas. La resonancia magnética del hombro derecho puso de manifiesto una marcada hipertrofia sinovial, erosiones en la cabeza humeral y cavidad glenoidea y alteraciones de la señal compatible con edema sinovial y óseo yuxtaarticular así como discreto derrame. Se efectuó un desbridamiento artroscópico del hombro derecho, durante el cual se obtuvo exudado serohemorrágico para cultivo y múltiples muestras de una sinovial hipertrófica y friable cuyo estudio histológico mostró un intenso infiltrado inflamatorio mixto. Con las tinciones de Gram y Ziehl-Neelsen no se visualizaron bacterias. En el cultivo de los fragmentos de sinovial se obtuvo crecimiento de bacilos gramnegativos que se identificaron como *S. enteritidis*, sensible a cefuroxima y a ciprofloxacino. No se aisló esta bacteria en los coprocultivos. Se trató al paciente con cefuroxima intravenosa durante 4 semanas (500 mg/8 h) y, tras el alta, la terapia se prolongó por vía oral (500 mg/12 h) otras 2 semanas. Al final del tratamiento presentaba sólo dolor mecánico en el hombro derecho, donde la abducción era de 85° y la rotación externa de 55°.

*S. enteritidis* y *S. typhimurium* son los serotipos más frecuentemente aislados en las infecciones extraintestinales por *S. no typhi*, complicaciones que suelen precederse de manifestaciones en el tubo digestivo, por constituir éste la puerta de entrada habitual<sup>3</sup>. Para ello se requiere una dosis infectante entre  $10^5$ - $10^6$  bacterias, que puede ser menor en el LES, las hemoglobinopatías, la leucosis, los linfomas, así como en otros procesos que comportan disfunción del sistema inmunitario, situaciones en las que además pueden producirse bacteriemias persistentes. Las artritis son complicaciones extraintestinales poco frecuentes de la infección por *Salmonella*<sup>4</sup> y suponen menos del 3% del total de las artritis bacterianas<sup>5</sup>. Nuestro paciente no presentaba factores de riesgo conocidos, debutó con sintomatología digestiva y, aunque ésta cedió al tomar ciprofloxacino, la discontinuación precoz del tratamiento (cuarto día) probablemente fue la causa de su ineficacia para evitar la posterior artritis séptica. *S. enteritidis* es el serotipo más frecuentemente implicado en este tipo de complicaciones extraintestinales, pero frente a rodillas, codos, caderas o tobillos, el hombro constituye una localización excepcional<sup>1,6</sup>. A juzgar por las descripciones clínicas, el comportamiento de las artritis por *S. no typhi* suele ser menos agresivo que el de otras artritis piógenas y la evolución parece más favorable, aunque debido al elevado porcentaje de pacientes con enfermedades graves concomitantes, se pueden producir desenlaces fatales<sup>1,6</sup>. En nuestro caso, la evolución fue satisfactoria tras el

desbridamiento artroscópico y la administración de cefuroxima, aunque el incremento de las resistencias a los betalactámicos hace aconsejable utilizar fluorquinolonas como antibioterapia de primera elección. El diagnóstico tardío ensombrece el pronóstico funcional e incrementa el riesgo de complicaciones como las osteomielitis<sup>3,6,7</sup>, por lo que es necesaria una actitud diligente y un elevado índice de sospecha.

N. Gómez-Rodríguez, J. Ibáñez-Ruán y M. González-Pérez

Servicio de Reumatología. Hospital POVISA. Vigo. Pontevedra. España.

## Bibliografía

1. Rama A, Ballina FJ, Alperi M, Martínez S, Rodríguez A. Artritis séptica por *Salmonella no typhi*: presentación de un caso y revisión de la bibliografía. *Rev Esp Reumatol*. 2004;31:435-9.
2. Gómez N, Ferreiro JL, Ibáñez J. Artritis séptica por *Salmonella enteritidis* en el lupus eritematoso sistémico. *An Med Intern (Madrid)*. 1996;13:27-30.
3. Ruiz M, Rodríguez JC, Elía M, Royo G. Infecciones extraintestinales producidas por serotipos no tifoideos de *Salmonella*. Experiencia de nueve años. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2000;18:219-22.
4. Morgan MG, Forbes KJ, Gillespie SG. *Salmonella* septic arthritis: a case report and review. *J Infect*. 1990;21:195-203.
5. Ryan MJ, Kavanagh R, Wall PG, Hazleman BL. Bacterial joint infections in England and Wales: analysis of bacterial isolates over a four year period. *Br J Rheumatol*. 1997;36:370-3.
6. Ortiz Neu C, Marr JS, Cherubin CH, Neu HC. Bone and joint infections due to *Salmonella*. *J Infect Dis*. 1978;138:820-8.
7. Centelles I, Quiles JL, Vargas F, Andreu R. Artritis séptica por *Salmonella no typhi*. *An Esp Pediatr*. 1997;46:60-2.