

Seudopodagra séptica por *Streptococcus agalactiae*

Elena Riera^a, Lourdes Mateo^a, Meritxell Sallés^a y Ricard Pérez^b

^aSección de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España.

^bSección de Radiodiagnóstico. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España.

Laseudopodagra es una causa infrecuente de artritis de primera metatarsfalángica (MTF). Entre sus múltiples causas, siempre hay que descartar la posible causa infecciosa. Se presenta un caso deseudopodagra séptica por *Streptococcus agalactiae* en un paciente con hepatopatía crónica en el que se retrasó el diagnóstico por su curso indolente. Recibió tratamiento antibiótico intravenoso con buena evolución y sin secuelas funcionales. Se realiza una revisión de los casos deseudopodagra descritos en la bibliografía, con especial atención en los de causa infecciosa.

Palabras clave: Seudopodagra. Artritis infecciosa. *Streptococcus agalactiae*.

Septic pseudopodagra by *Streptococcus agalactiae*

Pseudopodagra is an unusual cause of first metatarsophalangeal arthritis. There are multiple causes, and an infectious cause always has to be excluded. We report a septic pseudopodagra by *Streptococcus agalactiae* in a patient with chronic hepatopathy with an indolent evolution and a consequent delay in diagnosis. Antibiotic treatment was installed with a favourable outcome without functional sequelae. The pseudopodagra reports in the bibliography are reviewed with special attention on those of infectious aetiology.

Key words: Pseudopodagra. Infectious arthritis. *Streptococcus agalactiae*.

Introducción

La artritis de la primera metatarsfalángica (MTF) de etiología distinta a la gota se conoce con el término deseudopodagra. Si bien la mayoría se debe al depósito de otros microcristales, también se han descrito otras entidades, como la artritis infecciosa o la punción por cuerpo extraño¹.

A continuación se presenta un caso deseudopodagra séptica producida por *Streptococcus agalactiae* de evolución tórpida.

Caso clínico

Varón de 71 años, con antecedentes patológicos de tuberculosis pulmonar, bronquitis crónica simple, sigmoidectomía por adenocarcinoma libre de enfermedad y hepatopatía crónica no filiada probablemente enólica. Consultó por primera vez al servicio de urgencias de nuestro centro en el mes de agosto de 2004 por dolor y tumefacción de primera articulación MTF del pie derecho, acompañado de febrícula de 24 h de evolución. La exploración física puso de manifiesto febrícula (37,5 °C), ictericia mucosa, estigmas de hepatopatía, hepatomegalia lisa de 3 cm y monoartritis de primera MTF del pie derecho. De las exploraciones complementarias realizadas, únicamente destacaba una leve anemia normocítica normocrómica, plaquetas 77.000/mm³, tiempo de protrombina 29% y GOT 47 U/l, siendo normales el resto del hemograma, bioquímica y sedimento de orina. A pesar de que el paciente desconocía hiperuricemia y negaba episodios previos de podagra, se orientó como monoartritis gotosa, y se instauró tratamiento con colchicina antiinflamatoria en pauta descendente, paracetamol y crioterapia.

Un mes después, el paciente se visitó en consultas externas de reumatología aquejando la persistencia del dolor y de los signos flogóticos así como alguna determinación febricular a pesar del tratamiento instaurado. Ante una podagra con evolución tórpida, se practicó una radiografía del pie, en la que se observaron importantes erosiones óseas con destrucción articular (fig. 1). Con la sospecha diagnóstica de monoartritis séptica en un paciente con hepatopatía crónica a pesar de la ausencia de afectación sistémica, se decidió el ingreso para

Correspondencia: Dra. E. Riera.
Sección de Reumatología.
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.
Carretera del Canyet, s/n. 08916 Badalona. España.
Correo electrónico: resireu@ns.hugtip.scs.es

Manuscrito recibido el 28-8-2005 y aceptado el 4-5-2006.



Figura 1. Radiografía del pie en la que se observan importantes erosiones óseas con destrucción tisular.

su estudio. La exploración física reveló artritis de la primera MTF con signos flogóticos y los resultados analíticos evidenciaron: velocidad de sedimentación globular de 8 mm/h; proteína C reactiva 7,98 mg/l; uratos 4,1 mg/dl; albúmina 22,6 g/l; bilirrubina 2,43 mg/dl; GOT 37 U/l; GPT 28 U/l; tiempo de protrombina 33%, y plaquetas 146.000/mm³. Se realizó artrocentesis de primera MTF dando salida a una gota de líquido articular que se remitió para su cultivo y se inició tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona 2 g/24 h y cloxacilina 2 g/4 h intravenosas en espera del resultado microbiológico. En el líquido articular se aisló *S. agalactiae* sensible a penicilina. En un ecocardiograma transtorácico se descartó la endocarditis. Se completó el tratamiento antibiótico con ceftriaxona intravenosa durante 2 semanas y luego oral 3 semanas más tras alta hospitalaria. La evolución ulterior ha sido satisfactoria, sin secuelas funcionales.

Discusión

El diagnóstico diferencial que se establece ante una monoartritis aguda es extenso y su abordaje se basa en la artrocentesis y el análisis del líquido articular², inclu-

yendo la bioquímica con glucosa, proteínas y recuento leucocitario, el Gram urgente y el cultivo y el análisis citológico con luz polarizada para el estudio de cristales. En ocasiones, el escenario clínico en el que aparece una monoartritis es característico de una enfermedad, por lo que a veces se omite la artrocentesis. Esto ocurre especialmente si se afecta una pequeña articulación como la primera MTF, situación altamente sugestiva de gota³. A pesar de ello, se han descrito otras posibles causas de artritis de la primera MTF que reciben el nombre deseudopodagra y que conviene no olvidar.

En la bibliografía están bien descritos los casos deseudopodagra por hidroxapatita⁴. Esta entidad se debe al depósito de cristales de hidroxapatita en los tejidos blandos adyacentes a la primera articulación MTF (periartrosis) o dentro del espacio articular dando lugar a una franca artritis. El depósito de cristales de pirofosfato cálcico, ya sea periarticular o intraarticular, también se ha descrito como causa deseudopodagra⁵. La presencia de calcificaciones periarticulares radiológicas en un paciente con una podagra nos tiene que hacer sospechar cualquiera de estas 2 entidades⁶.

Las espondiloartropatías suelen presentar oligoartritis asimétrica, y la sinovitis de las articulaciones MTF es una manifestación común. En una serie de 143 pacientes con espondiloartritis, se encontraron 17 casos deseudopodagra⁷. La artritis reumatoide también afecta muy frecuentemente las articulaciones MTF aunque suele estar en el contexto de una poliartritis simétrica, con lo que pocas veces se establece el diagnóstico diferencial. La enfermedad de Behcet^{8,9}, la osteonecrosis, la sesamoiditis y el *hallux rigidus*¹⁰ también se incluyen en el diagnóstico diferencial deseudopodagra.

Finalmente, no hay que olvidar que ante una monoartritis aguda es obligado descartar la causa infecciosa mediante la artrocentesis y los cultivos oportunos, especialmente cuando no se puede identificar una causa basándose en diagnósticos previos. En nuestro caso, a pesar de tratarse de un paciente con hábito enólico moderado, no había diagnóstico previo de hiperuricemia o gota. La ausencia de datos sépticos y el estado general conservado hizo obviar la artrocentesis en un primer momento.

Entre las infecciones osteoarticulares que pueden presentarse como unaseudopodagra, destacan como más frecuentes las de origen tuberculoso^{11,12}, mientras que las piógenas son poco frecuentes y se describen en la bibliografía como casos aislados, entre ellos *Haemophilus influenzae*¹³, *Pasteurella multocida*¹⁴ *Bacillus*¹⁵ y *Bruceella*¹⁶. También hay un caso descrito de una infección fúngica¹⁷.

Se debe señalar la importancia de realizar el abordaje del paciente con una monoartritis aguda en el servicio de urgencias basándose en la presencia de una enfermedad de base, como la diabetes mellitus, la hepatopatía crónica o la insuficiencia renal crónica. Además de ser más susceptibles a las infecciones, éstas pueden presen-

tar una evolución más indolente pudiendo enmascarar una enfermedad grave, como en el presente caso.

Bibliografía

- Mulhall KJ, Sheehan E, Kearns S, O'Connor P, Stephens MM. Diagnosis and management of an intra-articular foreign body in the foot. *Ir Med J*. 2002;95:277-8.
- Baker DG, Schumacher HR Jr. Acute monoarthritis. *N Engl J Med*. 1993;329:1013-20.
- Nolla JM, Mateo L, Rozadilla A. Actitud ante un paciente con artritis en el servicio de urgencias. *Med Clin (Barc)*. 1992;98:627-30.
- Contreras M, Nolla JM, Mateo L, Rozadilla A. Pseudopodagra caused by hydroxyapatite. Report of 3 cases. *Rev Clin Esp*. 1993;192:173-4.
- Fam AG. Calcium pyrophosphate crystal deposition disease and other crystal deposition diseases. *Curr Opin Rheumatol*. 1995;7:364-8.
- Cooper SM. Pseudopodagra in young women. *Arthritis Rheum*. 1990;33:607-8.
- Calmels C, Eulry R, Lechevalier D, Dubost JJ, Ristori JM, Sauvezie B, et al. Involvement of the foot in reactive arthritis. A retrospective study of 105 cases. *Rev Rhum Ed Fr*. 1993;60:324-9.
- Benamour S. Pseudopodagra in Behcet's disease. *Rev Rhum Engl Ed*. 1995;62:153-4.
- Giacomello A, Sorgi ML, Zoppini A. Pseudopodagra in Behcet's syndrome. *Arthritis Rheum*. 1981;24:750-1.
- Kerr LD. Arthritis of the forefoot. A review from a rheumatologic and medical perspective. *Clin Orthop Relat Res*. 1998;349:20-7.
- García-Porrua C, González-Gay MA, Sánchez-Andrade A, Vázquez-Caruncho M. Arthritis in the right great toe as the clinical presentation of tuberculosis. *Arthritis Rheum*. 1998;41:374-5.
- Boulware DW, López M, Gum OB. Tuberculous podagra. *J Rheumatol*. 1985;12:1022-4.
- McClatchey WM, Goldman JA. Pseudopodagra from *Hemophilus influenzae* in an adult. *Arthritis Rheum*. 1979;22:681-3.
- Shapero C, Fox IM. *Pasteurella multocida* and gout in the first metatarsophalangeal joint. *J Am Podiatr Med Assoc*. 1999;89:318-20.
- Morrison VA, Chia JK. Septic arthritis due to *Bacillus*. *South Med J*. 1986;79:522-3.
- Velilla-Moliner J, Martínez-Burgui JA, Cobeta-Garca JC, Fatahi-Bandpey ML. Podagra, is it always gout? *Am J Emerg Med*. 2004;22:320-1.
- Fays S, Di Cesare MP, Antunes A, Truchetet F. Cutaneous and osteoarticular *Scedosporium apiospermum* infection. *Ann Med Interne (Paris)*. 2002;153:537-9.