



Reumatología clínica en imágenes

Artritis séptica por *Fusobacterium nucleatum* en paciente inmunocompetente

Septic arthritis due to *Fusobacterium nucleatum* in an immunocompetent patient

Carmen Carrasco Cubero^{a,*}, Priscila Zamora Red^b, José Javier Salaberri Maestrojuan^a
y M. Dolores López Prieto^c

^a Servicio de Reumatología, Hospital de Jerez de la Frontera, Servicio Andaluz de Salud, Cádiz, España

^b Servicio de Pediatría, Hospital de Jerez de la Frontera, Cádiz, España

^c Servicio de Microbiología, Hospital de Jerez de la Frontera, Cádiz, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de marzo de 2011

Aceptado el 2 de mayo de 2011

On-line el 9 de noviembre de 2011

Caso clínico

Niño de 6 años que ingresa por clínica de dolor, tumefacción e impotencia funcional en la rodilla izquierda, de 2 semanas de evolución.

Como antecedentes personales de interés, destacaba la aparición de otitis de repetición, sin otras patologías.

Dos días antes de consultar, presentó fiebre y dolor abdominal, que se autolimitaron a su ingreso. El paciente no presentó otros síntomas músculo-esqueléticos ni manifestaciones orofaríngeas.

En la exploración física se evidenciaron claros signos inflamatorios en la rodilla izquierda, con limitación para la flexo-extensión completa. Se realizó una artrocentesis, obteniéndose 15 cc de líquido sinovial de aspecto purulento, enviándose muestras para cultivo.

En las pruebas de laboratorio destacó un recuento de leucocitos normal, con proteína C reactiva y velocidad de sedimentación globular elevadas (PCR: 124 mg/l y VSG: 30 mm/h). La serología infecciosa resultó negativa (*Brucella*, *Yersinia*, *Borrelia*, *Chlamydia*, *Campylobacter*, parvovirus B19), así como los hemocultivos, el Mantoux y el estudio de autoinmunidad (ANA, anti-ADN, ANCA, HLA B27, inmunoglobulinas y FR negativos). El análisis del líquido sinovial evacuado de rodilla izquierda mostró signos de inflamación, con 125.200 leucocitos/mm³, predominio de polimorfonucleados (95%), glucosa 22 mg/dl y proteínas elevadas (5,9 g/dl).

En los cultivos se aisló *Fusobacterium nucleatum*, no apreciándose resistencia a ningún antibiótico de los testados.

En las pruebas de imagen realizadas encontramos un velamiento difuso del seno maxilar derecho, por acumulación de secreciones en su interior, sin presentar clínica de sinusitis.

En la ecografía de rodilla izquierda, se evidenció moderado derrame sinovial y señal de alta ecogenicidad en el receso posterior.

A los 9 días del ingreso, se realizó una RM que mostró una ocupación de la cavidad articular por una moderada colección, fundamentalmente en la escotadura intercondílea y en los recessos posteriores, mostrando en la serie con contraste una captación compatible con proliferación sinovial (fig. 1). En la cara posterior del cóndilo femoral izquierdo, se identificó una pequeña lesión lítica de aproximadamente 7 × 5 mm de diámetro, asociada a una colección que captaba contraste de forma periférica, compatible con pequeño foco inflamatorio óseo. En la TC realizada a los 20 días, se apreció lesión lítica de 6 mm en el aspecto posterior del cóndilo femoral interno, con afectación de la cortical ósea, sin observarse reacción perióstica (fig. 2).

Diagnóstico

Artritis séptica de rodilla izquierda por *Fusobacterium nucleatum*, con erosión en el cóndilo femoral posterior izquierdo secundario. Sinusitis maxilar derecha.

Evolución

A su ingreso, se instauró tratamiento antibiótico parenteral con cefotaxima y cloxacilina. Una vez recibido el cultivo positivo a *Fusobacterium nucleatum*, se inició tratamiento con metronidazol por vía intravenosa, durante 21 días. Dada la evolución inicial con tumefacción marcada y deformidad en el flexo de la articulación, se decidió la realización de artrotomía con desbridamiento

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maricarmencarrasco@yahoo.es (C. Carrasco Cubero).



Figura 1. RM de rodilla izquierda. Ocupación de la cavidad articular que ocupa la escotadura intercondílea, recesos posteriores.

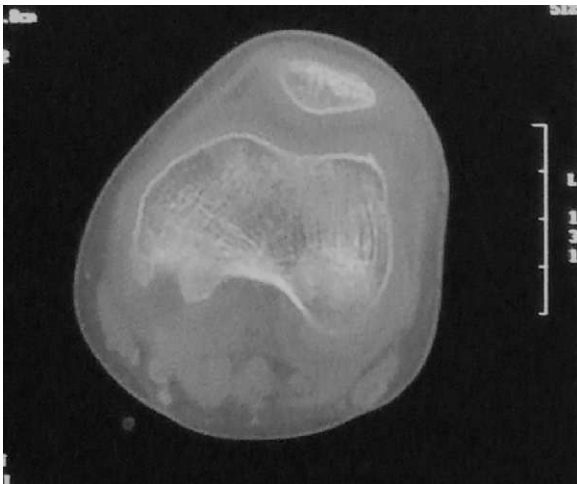


Figura 2. TC de rodilla izquierda. Afectación de partes blandas con lesión lítica adyacente.

y sinovectomía parcial, con drenaje quirúrgico y colocación de sistema de lavados continuos, que se mantuvieron durante 5 días.

Tras el alta, continuó tratamiento oral durante 2 semanas y rehabilitación. La evolución clínica ha sido favorable, no presentando deformidad residual ni impotencia funcional.

En revisiones posteriores, se realizó una TC de rodilla izquierda y un estudio gammagráfico que resultaron normales, con desaparición de la erosión ósea.

Discusión

La artritis séptica por microorganismos anaerobios es infrecuente. Se estima que su prevalencia es inferior al 1%, siendo las especies del género *Fusobacterium* spp. las más implicadas.

Fusobacterium spp. es una bacteria anaerobia estricta que forma parte de la flora de la mucosa oral, vaginal e intestinal. Se han descrito casos de artritis séptica por esta bacteria tras manipulaciones dentales, tonsilectomía, abscesos dentales u otras infecciones orofaríngeas^{2,3}. En el caso de nuestro paciente, existía el antecedente de otitis de repetición y signos de inflamación del seno maxilar derecho como posibles factores de riesgo, con estudio inmunológico normal.

Fusobacterium necrophorum es el germen más virulento de la especie, clásicamente asociado al síndrome de Lemierre, que cursa característicamente con tromboflebitis de la vena yugular interna. Raramente causa solo artritis séptica.

La artritis séptica por *Fusobacterium nucleatum* en pacientes inmunocompetentes es extremadamente rara³, existiendo pocos casos publicados en niños⁴⁻⁷. Por ello, la particularidad del caso que presentamos.

En la artritis séptica es importante la instauración de un tratamiento específico de forma precoz, debido a la posibilidad de que se produzca una rápida destrucción articular, que iría acompañada de una pérdida irreversible de funcionalidad. El tratamiento consiste en el drenaje de la articulación junto con el tratamiento antibiótico adecuado. El drenaje puede ser realizado por medio de artrocentesis, artroscopia o en casos en que no se consiga controlar la infección, por medio del drenaje quirúrgico abierto o artrotomía, como se realizó en este caso.

Bibliografía

1. Tarkowski A. Infectious arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2006;20:1029-44.
2. Brook I. Microbiology and management of joint and bone infections due to anaerobic bacteria. *J Orthop Sci.* 2008;13:160-9.
3. Gonzalez-Gay MA, Sanchez-Andrade A, Cereijo MJ, Pulpeiro JR, Armesto V. Pimiositis and septic arthritis from *Fusobacterium nucleatum* in a no immunocompromised adult. *J Rheumatol.* 1993;20:518-20.
4. Trapp CM, Tamai J, Schleiss MR. Septic arthritis secondary to *Fusobacterium necrophorum* in a 4-year-old girl: case report and revision of de literature. *Pediatric Infect Dis J.* 2005;24:846-7.
5. Sonsale PD, Philipson MR, Bowskill J. Septic Arthritis of the knee due to *Fusobacterium necrophorum*. *J Clin Microbiol.* 2004;42:3369-70.
6. Koornstra JJ, Veenendaal D, Bruyn GA, Graaf De H. Septic arthritis due to *Fusobacterium nucleatum*. *Br J Rheumatology.* 1998;1248-9.
7. Chryssagi AM, Brusselmans CB, Rombouts J. J Septic arthritis of the hip due to *Fusobacterium nucleatum* *Clinical Rheumatology.* 2001;20:229-31.