

INFECCIÓN OSTEOARTICULAR Y SÍNDROME COMPARTIMENTAL EN MIEMBRO SUPERIOR TRAS SÍNTESIS DE UNA FRACTURA.

Ramos Santos, J; Gómez Cáceres, A; Álvarez-Manzaneda Hernández, R
Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción

Las infecciones osteoarticulares (IOA) incluyen la osteomielitis, la artritis séptica y la infección asociada a materiales de osteosíntesis (OS) o prótesis articulares. Puede aparecer en todos los grupos de edad, pero es más frecuente en mayores de 65 años y con factores de riesgo como diabetes, inmunodepresión o anomalías articulares, como la artritis reumatoide. Las infecciones relacionadas con material de osteosíntesis se asocian con el uso creciente de diversos tipos de implantes en cirugía osteoarticular (tornillos, placas, clavos intramedulares, fijadores externos, etc.), los cuales han mejorado de forma considerable el tratamiento de múltiples enfermedades del hueso (fracturas, tumores, etc.) y evitan muchas de las secuelas asociadas a estas. Las IOA generalmente requieren un abordaje quirúrgico y antibióticos (ATB) urgentes, ya que existe riesgo que se presenten complicaciones con secuelas que en ocasiones pueden ser invalidantes.

Objetivo

Describir los pasos diagnósticos y terapéuticos dados en un caso clínico de un hombre, que tras ser intervenido quirúrgicamente mediante síntesis de una fractura de radio distal y pseudoartrosis de escafoides, sufre una artritis séptica de la articulación radio-carpiana junto con un síndrome compartimental.

Material y métodos

Hombre de 37 años que acude a urgencias de nuestro centro hospitalario por dolor e impotencia funcional de muñeca izquierda tras una caída con la motocicleta. A la exploración presentaba dolor a la palpación selectiva de radio distal, pulsos conservados y buena flexo-extensión de los dedos. En la radiografía se observa una fractura de radio distal y pseudoartrosis de escafoides no conocida. Finalmente se realiza síntesis con dos tornillos canulados a compresión en el radio, y microperforaciones en la medular del escafoides con posterior aporte de injerto óseo de cresta ilíaca y estabilización con dos agujas de kirschner (AAKK).

Se realizó seguimiento en nuestras consultas sin complicaciones, y tras dos meses de evolución, bajo condiciones de asepsia, se retiraron las dos AAKK manteniendo los tornillos canulados.

A los tres días de la retirada de material, acude a urgencias por un incremento desproporcionado del dolor, tumefacción y rubor en la mano intervenida, con buen pulso distal, y motricidad y sensibilidad conservadas. Analítica de sangre con 24000 leucocitos de los cuales 20000 eran polimorfonucleares (PMN) y PCR de 120. Se le realiza ecografía y tomografía computarizada de urgencia que muestran colecciones profundas en torno a la articulación radio-carpiana, focos de piomiositis, artritis y tenosinovitis supurada de los tendones extensores de la mano. Se opera de urgencia realizando fasciotomía y desbridamiento, obteniéndose líquido seropurulento que se envió a cultivar. Se retiran los dos tornillos canulados, se toman muestras para cultivo y lavamos profusamente la articulación. Comenzó con tratamiento antibiótico intravenoso (iv) con cefepime y clindamicina, y estuvo en seguimiento conjunto con el servicio de enfermedades infecciosas. Los cultivos fueron positivos para *Staphylococcus Aureus* Meticilín Sensible (SAMS) se cambió la antibioterapia a cloxacilina con daptomicina intravenosos. Tras encontrarse afebril, sin dolor y con buena evolución de la herida quirúrgica se da de alta hospitalaria con levofloxacino oral.

Actualmente, se encuentra en seguimiento en nuestras consultas, con heridas quirúrgicas sin signos de celulitis ni infección, pero persiste rigidez de la muñeca con movilidad limitada a 10º dorsal y 20º palmar.

Discusión

Las IOA son frecuentes en la atención diaria de pacientes traumatológicos, configurando un escenario complejo en la atención, tanto inmediata como posterior en caso de complicaciones. La prevalencia de estas infecciones varía de un hospital a otro, y muchos hospitales, incluyendo el nuestro, deben hacer un esfuerzo por conocerla, además de determinar los factores que influyen en su aumento o disminución. Lo novedoso de nuestro caso es la presentación de un cuadro de artritis séptica y tenosinovitis tras la retirada de material de osteosíntesis en radio distal, y esta causa, se encuentra descrita por otros trabajos como la principal IOA intrahospitalaria junto con la artritis séptica.

Nuestro agente involucrado fue *S. Aureus*, lo que coincide con otros trabajos publicados previamente, sin embargo, y a diferencia de varios de estos, nuestra cepa fue sensible a metilicina, lo cual es beneficioso para el tratamiento del paciente, ya que se evita el uso de vancomicina y la aparición de resistencias. La mayoría de las guías y trabajos recomiendan un lavado quirúrgico precoz cuando existe una IOA, tanto para el control del foco infeccioso como para la toma de cultivos profundos, recomendación que se cumplió en nuestro caso. Actualmente, no se recomienda mantener el material de OS, a pesar de realizar lavado quirúrgico y tratamiento antimicrobiano supresor, debido a que más del 50% de ellos fracasará. El esquema ATB fue la asociación de cefepime con clindamicina. La clindamicina se eligió debido a que tiene buena penetración en partes blandas y hueso, y además de tener efecto anti-toxina, no se inactiva en pH ácido y actúa sobre el estado estacionario del crecimiento bacteriano en colecciones y abscesos, además de no requerir ajuste de dosis por fallo renal. Una vez obtenido el resultado del cultivo, hubo cambio hacia un tratamiento antimicrobiano específico contra SAMS con cloxacilina y daptomicina, y finalmente se puso levofloxacino oral como terapia domiciliaria para evitar una posible osteomielitis. Tuvo una buena respuesta clínica sin presentar de nuevo signos de artritis séptica.

Conclusión

Hemos observado en nuestro caso, que el uso correcto de los ATB y un lavado quirúrgico precoz de la articulación en artritis séptica, es efectivo como tratamiento.

Es de gran importancia tener un protocolo diagnóstico y de tratamiento uniformado de estas infecciones en cada centro hospitalario (saber que agentes provocan las IOA, los ATB empíricos iniciales y los tiempos de abordaje quirúrgico) para dar una mejor atención a los pacientes y evitar complicaciones que pueden ser costosas tanto para el paciente como para el sistema de salud pública.