

A PROPÓSITO DE UN CASO: TENOSINOVITIS INFECCIOSA POR PASTEURELLA MULTOCIDA

Irene Negrié Morales, José Pablo Puertas Garcia-Sandoval, Javier Hernández Quinto, Javier Cabo Díez, Pablo Rodríguez Sánchez, Alberto Giménez Ros

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de la mano deben abordarse cuidadosa y precozmente dado que pueden llegar a provocar importantes secuelas como rigidez, contracturas o incluso ser necesario la amputación de la mano para frenar su avance. De hecho, las infecciones agudas de la mano se consideran una urgencia quirúrgica dado que el aumento de la presión puede llevar a necrosis tisular simulando un síndrome compartimental .

La tenosinovitis infecciosa se define como una infección purulenta de la vaina de los tendones en la que habitualmente el patógeno causante alcanza la vaina tendinosa a través de un punto de entrada en la piel. El origen hematógeno es raro debiendo sospechar infección gonocócica diseminada en pacientes sin herida previa en la zona.

Un punto importante es la anatomía de los tendones flexores de la mano. Hay que tener presente que las vainas tendinosas pueden ser digitales o digitocarpianas. La vaina flexora del quinto dedo se comunica normalmente con la bolsa cubital inmediatamente distal al ligamento transversal del carpo. Por su parte, la vaina flexora del primer dedo se tiene una extensión radial. Por último, el espacio de parona ubicado entre el músculo pronador cuadrado y los flexores profundos de los dedos comunica las bolsas radial y cubital. Las vainas de segundo a cuarto flexores son digitales. Por tanto, ante una tenosinovitis con afectación de primer o quinto tendón flexor es posible el absceso en herradura por extensión proximal de la infección.

OBJETIVOS

Con el presente póster se pretende exponer el abordaje terapéutico de una paciente con tenosinovitis infecciosa de los tendones flexores de la mano.



MATERIAL Y MÉTODOS

Acude a Urgencias una mujer de 52 años por mal estado general y fiebre. En la exploración física se objetiva dolor, tumefacción generalizada y aumento de temperatura local de la mano izquierda con una solución de continuidad de unos 5 mm a nivel de la eminencia hipotenar sin sangrado ni supuración. El aumento de temperatura local, la tumefacción y el eritema se extienden hasta el extremo distal del antebrazo como se rotula en la figura 1. A la exploración física destaca dolor en el recorrido de los tendones flexores con la extensión pasiva de los dedos segundo a quinto. Se registra una temperatura ótica de 39,8°C, leucocitosis y aumento de la proteína C reactiva (PCR). La paciente refiere haberse realizado una herida con un cuchillo en dicha mano mientras cortaba carne de conejo unas 24 horas atrás.



Figura 1. Actitud de la mano con dedos en semiflexión con tumefacción palmar generalizada.

Ante la sospecha de tenosinovitis infecciosa se solicita una ecografía que muestra líquido en la vaina tendinosa de los flexores de 4to y 5to dedos con extensión al compartimento común en la región palmar así como cambios inflamatorios locorregionales.

Se decide tratamiento quirúrgico urgente realizándose abordaje en Z en la región cubital de la mano confirmando los hallazgos ecográficos. Se realiza apertura de la vaina tendinosa y limpieza con suero fisiológico con antibiótico. Se deja un tubo de drenaje (Figura2).

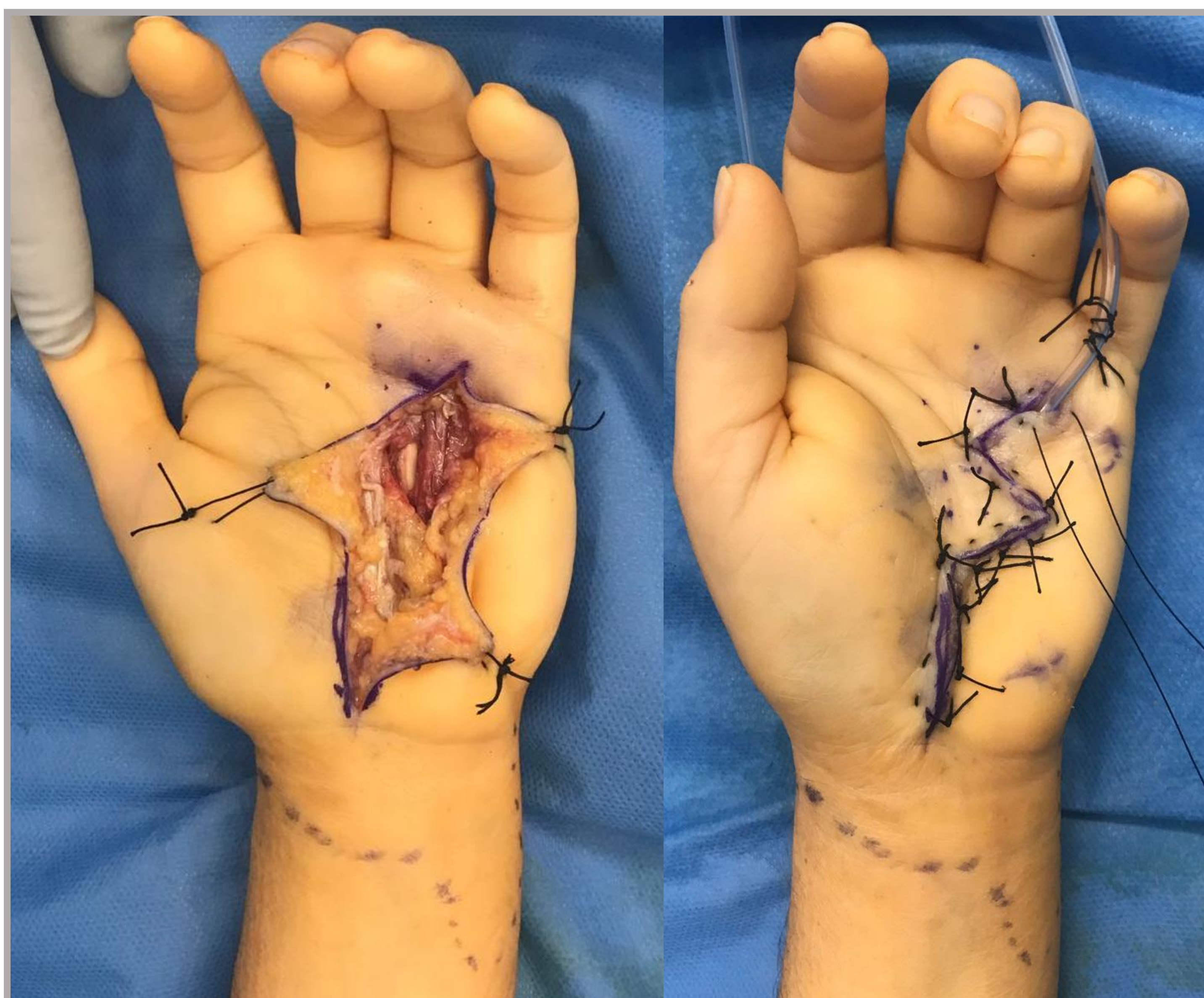


Figura 2. Abordaje en Z con exposición de vainas tendinosas de cuarto y quinto dedos (izquierda). Herida suturada manteniendo drenaje en extremo proximal para aspirar detritus.



El estudio microbiológico del material purulento obtenido determinó la etiología de la infección: *Pasteurella Multocida* sensible a penicilina. Al alta domiciliaria la paciente continuó el tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico durante 10 días.

RESULTADOS

La evolución postoperatoria temprana fue satisfactoria lográndose al mes la flexo-extensión completa de los dedos sin pérdida de fuerza ni dolor (Figura 3).



Figura 3. Mano de la paciente al mes de la intervención. Costra sobre abordaje quirúrgico. Flexión completa de los dedos a la izquierda y extensión completa a la derecha.

CONCLUSIÓN

La tenosinovitis infecciosa requiere una pronta sospecha clínica y diagnóstico certero dado el alto riesgo de secuelas funcionales. Los patógenos más frecuentes son el *Staphylococcus aureus* y los estreptococos beta hemolíticos. Sin embargo, el principal responsable en caso de mordeduras por animales es *Pasteurella Multocida*.

Clásicamente los signos de Kanavel definen la presentación clínica típica: semiflexión digital, inflamación fusiforme de la vaina, exceso de sensibilidad y dolor incoercible no focalizado a lo largo de la vaina con la extensión pasiva. Estas manifestaciones son menos habituales en las vainas tendinosas digitocarpianas y en niños. En el diagnóstico diferencial se incluyen la paroniquia, panadizo herpético, celulitis, tenosinovitis gotosa, artritis séptica o la tenosinovitis de los extensores.

CONCLUSIÓN

Ante dudas diagnósticas está indicado el aspirado de la vaina tendinosa ecoguiado de manera que si la bioquímica y el cultivo no son indicativos de infección se opta por una actitud expectante con tratamiento antiinflamatorio y observación durante 24 horas. Ante una clínica de menos de 24 horas de evolución con únicamente tres signos de Kanavel puede optarse por tratamiento conservador con antibioterapia intravenosa, inmovilización con férula y elevación del miembro. Si tras 12 horas de vigilancia no hay mejoría en los parámetros clínicos ni analíticos debe procederse a la cirugía. En casos graves o de más de 24 horas de evolución la cirugía con toma de cultivo y tratamiento antibiótico posterior debe llevarse acabo desde el primer momento.

Kavanel describió el desbridamiento con irrigación directa como primera alternativa terapéutica. Sin embargo, en los últimos años se han publicado algunas series con buenos resultados en las que la tenosinovitis se trataba con una incisión proximal y otra distal en la vaina e irrigación con un catéter. Ante tenosinovitis con drenaje de material purulento está indicada la irrigación postoperatoria periódica a través de un catéter colocado durante la cirugía. La movilización activa del dedo debe iniciarse lo más precozmente posible para minimizar la rigidez por adherencias.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

Stevanovic MV, Sharpe F. Acute infections in the hand. Green's operative hand surgery, 2007, vol. 2, p. 17-61.

Hyatt BT, Bagg MR. Flexor tenosynovitis. Orthopedic Clinics, 2017, vol. 48, no 2, p. 217-227.

Cannon DL. Hand infections. Campbell's operative orthopaedics. Elsevier Health Sciences, 2017, vol.3, p. 3806-3825.

