

Caso clínico

Artritis seudoseptica presenta sinovitis por cuerpo extraño en un paciente con gota

Valerio-Morales IA,* Espinosa-Morales R,* Sánchez-González A,* Cedeño-Garcidueñas AL,** Pichardo-Bahena R,** Lezama-Peniche M***

Instituto Nacional de Rehabilitación

RESUMEN. La monoartritis es un reto diagnóstico para el clínico, ya que es extensa la lista de patologías asociadas. En pacientes con diagnóstico establecido de enfermedad articular inflamatoria, se acepta que la monoartritis corresponde a la exacerbación de la enfermedad de base; sin embargo, ignorar el abordaje sistematizado de las monoartritis puede generar omisiones e implicaciones diagnósticas erróneas. En este reporte se analiza el abordaje de un caso de artritis seudoseptica, simulando un ataque agudo de artritis por urato monosódico recurrente en un paciente con retención de cuerpo extraño intraarticular.

Palabras clave: monoartritis, sinovitis, gota, artritis seudoseptica.

ABSTRACT. Monoarthritis is a diagnostic challenge for the clinician, as the list of associated conditions is quite long. It is accepted that in patients with a diagnosis of inflammatory joint disease monoarthritis represents exacerbation of the underlying disease. However, ignoring the systematized approach to monoarthritides may lead to omissions and mistaken diagnostic implications. This report describes the approach to a case of pseudoseptic arthritis that mimicked an acute episode of recurrent arthritis due to monosodium urate in a patient with retention of an intraarticular foreign body.

Key words: monoarthritis, synovitis, gout, pseudoseptic arthritis.

Introducción

Pocas entidades clínicas relacionadas con las articulaciones constituyen una urgencia en la actualidad,¹ sin embargo, la monoartritis con su variedad de diagnósticos diferenciales puede constituir una verdadera urgencia cuando la etiología es infecciosa,² la cual confiere un alto riesgo de morbimortalidad y discapacidad³ al paciente que la padece, por lo que

el diagnóstico y tratamiento oportunos son mandatorios. Un líquido sinovial purulento orienta a etiología infecciosa; sin embargo, puede corresponder a una presentación seudoseptica de artritis sin agente infeccioso causal.⁴ Herramientas complementarias al diagnóstico son de utilidad en el abordaje de la monoartritis.⁵

Presentación del caso

Un hombre de 39 años de edad sin enfermedades crónico-degenerativas, con antecedente de artrotomía evacuadora por artritis séptica en 2007 y diagnóstico de hiperuricemia con artropatía gotosa desde 2008 con apego irregular a su tratamiento hipouricemiente fue canalizado por el Servicio de Urgencias al Servicio de Reumatología por sospecha de exacerbación de artritis gotosa. El paciente refirió que 72 horas previas notó gonalgia derecha, sin antecedente traumático, con incremento progresivo de la intensidad del dolor hasta ser 10/10 en EVA, así como del volumen de la articulación, con enrojecimiento de la misma, limitación para la movilización sin mejorar al recibir AINE en las primeras

* Departamento de Reumatología.

** Departamento de Anatomía Patológica.

*** Departamento de Ortopedia y Traumatología.

Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) de la Secretaría de Salud (SS).

Dirección para correspondencia:

Dr. Ignacio Alfredo Valerio Morales

Instituto Nacional de Rehabilitación.

Calzada México-Xochimilco Núm. 289,

Col. Arenal de Guadalupe, CP 14389, Del. Tlalpan, México, D.F.

Tel: 59 99 10 00, ext. 12303

E-mail: dralfredoalvalerio@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actaortopedica>

24 horas de tratamiento. En el examen físico se encontró con monoartritis de rodilla derecha con marcada flogosis, contractura en flexión de 40°, sin otros hallazgos. El análisis de líquido sinovial de su primera visita se detalla en la *tabla 1*. Se concluyó exacerbación de gota; fue medicado con colchicina 0.5 mg cada 12 horas, naproxeno 550 mg cada 12 horas, acetato de betametasona 5 mg intramuscular en dosis única.

En su evolución, 13 días posteriores a su primera visita, acude con recurrencia de monoartritis no traumática en rodilla derecha, con derrame sinovial a tensión, de 12 horas de evolución, elevación térmica corporal en su domicilio no cuantificada, malestar general, incremento de temperatura local de rodilla derecha. Ante la sospecha de inoculación en artrocentesis previa se abordó de nuevo el líquido sinovial (*Tabla 1*) (2°). Se hizo complementación diagnóstica con Rx de rodilla sin encontrar alteraciones estructurales significativas, por lo que se realizó USG articular, el cual reportó signo del doble contorno en cartílago articular, así como ecos anormales al interior del espacio articular posiblemente correspondientes a detritus y material de osteosíntesis. Ante la alta sospecha de infección concomitante a un cuadro de gota aguda se decidió abordaje quirúrgico por parte de ortopedia encontrándose fragmentos de látex de drenaje tipo Penrose (*Figura 1*) intraarticular, el paciente recibió doble esquema antimicrobiano por vía intravenosa durante 10 días (cefalosporina tercera generación), lavado y drenaje articular, terminó esquema como ambulatorio con fluoroquinolona. Se reportan los hallazgos de patología y microbiología en la *tabla 1* y *figuras 2 a 4*. Actualmente el paciente cursa asintomático, recuperó completamente arcos de movimiento de rodilla tras recibir sesiones de terapia física y rehabilitación.

Discusión

La presentación seudoseptica de artritis está definida como artritis que se asemeja a la artritis séptica en características clínicas y del líquido sinovial pero sin encontrarse agente infeccioso alguno en el abordaje microbiológico

exhaustivo.⁴ Las etiologías de esta entidad con mayor frecuencia reportadas en la literatura se encuentran en pacientes con artropatías inflamatorias crónicas que suspenden el tratamiento inmunosupresor,⁶ artropatías microcristalinas,⁷ enfermedad de Lyme,⁸ material protésico,⁹ ácido hialurónico intraarticular,¹⁰ sinovitis crónica por cuerpo extraño¹¹ y artropatía de Charcot.¹²

En revisión retrospectiva del expediente físico del paciente se observó que contaba con al menos tres artrocentesis previas en diferentes servicios de urgencias por monoartritis manejadas conservadoramente con AINE entre 2008 y 2012, mismas que se atribuyeron a gota aguda y que hasta nuestro primer contacto con el paciente, pudieron adjudicarse a la presencia del cuerpo extraño, el cual había permanecido inadvertido y se descartó la posibilidad de atribuirlos a su gota, ya que la visualización de cristales de urato monosódico (MSU) en líquido sinovial y/o tejidos es uno de los criterios requeridos para diagnosticar artritis por MSU,¹³ sin embargo, éstos, no fueron encontrados en ninguno de los líquidos sinoviales extraídos de su rodilla. A pesar de que la gota es un factor de riesgo para contraer artritis séptica,¹⁴ esta última nunca pudo diagnosticarse con el estándar de oro (desarrollo microbiano en cultivos).

En este caso, el USG articular con el hallazgo de material sintético intraarticular resultó de gran utilidad para pensar en el cuerpo extraño como etiología de la presentación seudoseptica. Sin embargo, al no contar con determinación de procalcitonina sérica y en líquido sinovial,¹⁵ el abordaje quirúrgico y tratamiento farmacológico empírico en esta presentación de monoartritis suelen ser inminentes en la mayoría de las series reportadas.¹⁶ Llamamos la atención los períodos de latencia entre las exacerbaciones de artritis, mismos que han descrito otros autores.¹¹ Por lo que concluimos que el paciente cursó con sinovitis latente por cuerpo extraño con exacerbaciones periódicas, atribuidas erróneamente

Tabla 1.		
Parámetro	Líquido sinovial 1°	Líquido sinovial 2°
Color	Amarillo	Amarillo
Aspecto	Ligero turbio	Muy turbio
Filancia	5 cm	Coagulado
Leucocitos	11,040 mm ³	165,500 mm ³
Polimorfonucleares	97%	100%
Mononucleares	3%	0
Tinción Gram	Negativa	Negativa
PCR micobacterias	Negativo	Negativo
Visualización de cristales	No	No
Cultivo 72 h	Sin desarrollo	Sin desarrollo
Cultivo micobacterias	Sin desarrollo	Sin desarrollo



Figura 1. Uno de los tres fragmentos de Penrose extraídos de la cavidad articular.

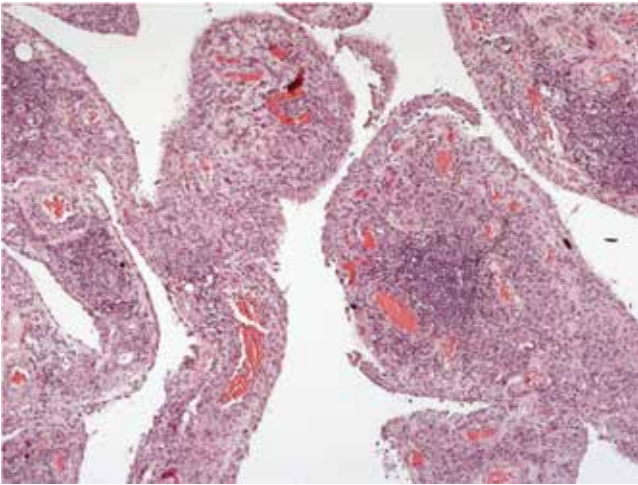


Figura 2. Sinovitis crónica y aguda moderada con formación de centros germinales, 10x.

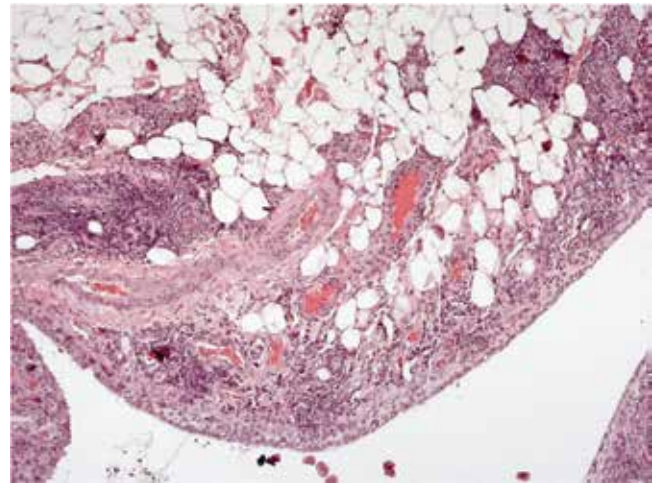


Figura 4. Lipomatosis sinovial, 10x.

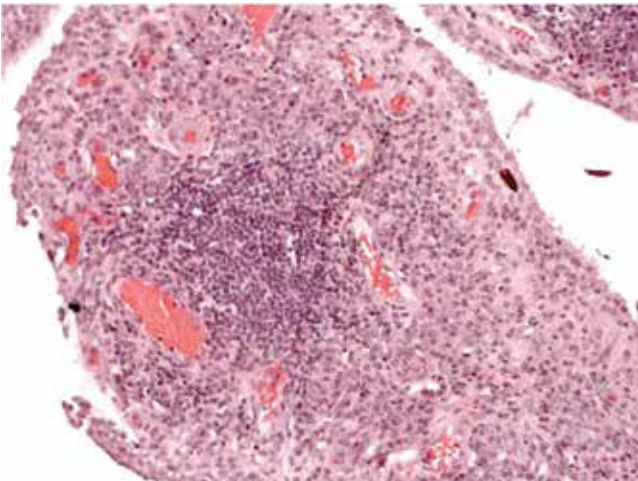


Figura 3. Sinovitis crónica y aguda moderada con formación de centros germinales, 20x.

a gota aguda. Los hallazgos histopatológicos en tejido sinovial obtenido en el transquirúrgico y la evolución son compatibles con esta entidad.¹⁷ El comportamiento clínico suele ser muy variable.¹¹

Se plantea la presentación de este caso como evento centinela para favorecer la realización sistemática de artrocentesis y estudio exhaustivo del líquido sinovial,¹⁸ apearse a recomendaciones diagnósticas y elaborar diagnósticos basados en evidencia, ponderar el uso de ultrasonografía articular por personal capacitado,^{5,19} ya que los cuerpos extraños son pasados por alto en 85% de las radiografías simples articulares,²⁰ así como le necesidad de validar el uso de procalcitonina sérica y/o en líquido sinovial¹⁵ como parte del abordaje de monoartritis en nuestro medio. Finalmente, recordar que la artritis seudóséptica es un diagnóstico de exclusión¹⁸ tras el abordaje sistematizado y de cada paciente.

Bibliografía

1. Baker DG, Schumacher HR: Acute monoarthritis. *N Engl J Med.* 1993; 329(14): 1013-20. doi: 10.1056/NEJM199309303291407.
2. Goldenberg DL: Septic arthritis. *Lancet.* 1998; 351(9097): 197-202. doi: 10.1016/S0140-6736(97)09522-6.
3. Morgan DS, Fisher D, Merianos A, Currie BJ: An 18 year clinical review of septic arthritis from tropical Australia. *Epidemiol Infect.* 1996; 117(3): 423-8.
4. Ho G Jr: Pseudo-septic arthritis. *R I Med [Internet].* 1994 [Accessed August 21, 2013]; 77(1): 7-9.
5. Razeq AA, Fouda NS, Elmetwaley N, Elbogdady E: Sonography of the knee joint(). *J Ultrasound.* 2009; 12(2): 53-60. doi: 10.1016/j.jus.2009.03.002.
6. Satoh M, Ajmani AK: Acute exacerbation mimicking "pseudo-septic" arthritis in rheumatoid arthritis could be caused by abrupt discontinuation of glucocorticoid. *J Rheumatol [Internet].* 1993 [Accessed August 21, 2013]; 20(8): 1441-2.
7. Yu KH, Luo SF, Liou LB, Wu YJ, Tsai WP, Chen JY, et al: Concomitant septic and gouty arthritis-an analysis of 30 cases. *Rheumatology (Oxford).* 2003; 42(9): 1062-6. doi: 10.1093/rheumatology/keg297.
8. Eberst-Ledoux J, Tournadre A, Mathieu S, Mrozek N, Soubrier M, Dubost JJ: Septic arthritis with negative bacteriological findings in adult native joints: a retrospective study of 74 cases. *Joint Bone Spine.* 2012; 79(2): 156-9. doi: 10.1016/j.jbspin.2011.04.019.
9. Margaretten ME, Kohlwes J, Moore D, Bent S: Does this adult patient have septic arthritis? *JAMA.* 2007; 297(13): 1478-88. doi: 10.1001/jama.297.13.1478.
10. Girona SB, Valero JVA, Carsi VV: Reacción seudóséptica tras la infiltración de ácido hialurónico en el tratamiento de la artrosis de tobillo. A propósito de un caso. *Revista Española de Cirugía Osteoarticular.* 2010; 45(242): 60-3.
11. Bode KS, Haggerty CJ, Krause J: Latent foreign body synovitis. *J Foot Ankle Surg.* 2007; 46(4): 291-6. doi: 10.1053/j.jfas.2007.03.012.
12. Louthrenoo W, Ostrov BE, Park YS, Rothfuss S, Schumacher HR: Pseudo-septic arthritis: an unusual presentation of neuropathic arthropathy. *Ann Rheum Dis.* 1991; 50(10): 717-21.
13. Zhang W, Doherty M, Pascual E, et al. EULAR evidence based recommendations for gout. Part I: Diagnosis. Report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCI-SIT). *Ann Rheum Dis.* 2006;65(10):1301-1311. doi:10.1136/ard.2006.055251.
14. Carpenter CR, Schuur JD, Everett WW, Pines JM: Evidence-based diagnostics: adult septic arthritis. *Acad Emerg Med.* 2011; 18(8): 781-96. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01121.x.

15. Saeed K, Dryden M, Sitjar A, White G: Measuring synovial fluid procalcitonin levels in distinguishing cases of septic arthritis, including prosthetic joints, from other causes of arthritis and aseptic loosening. *Infection*. 2013; 41(4): 845-9. doi: 10.1007/s15010-013-0467-2.
16. Oppermann BP, Cote JK, Morris SJ, Harrington T: Pseudoseptic arthritis: a case series and review of the literature. *Case Rep Infect Dis*. 2011; 2011: 942023. doi: 10.1155/2011/942023.
17. Rao S, Rajkumar A, Elizabeth MJ, Ganesan V, Kuruvilla S: Pathology of synovial lipomatosis and its clinical significance. *J Lab Physicians*. 2011; 3(2): 84-8. doi: 10.4103/0974-2727.86839.
18. Swan A, Amer H, Dieppe P: The value of synovial fluid assays in the diagnosis of joint disease: a literature survey. *Ann Rheum Dis*. 2002; 61(6): 493-8. doi: 10.1136/ard.61.6.493.
19. Sowers MF, Yosef M, Jamadar D, Jacobson J, Karvonen-Gutierrez C, Jaffe M: BMI vs. body composition and radiographically defined osteoarthritis of the knee in women: a 4-year follow-up study. *Osteoarthritis Cartilage*. 2008; 16(3): 367-72. doi: 10.1016/j.joca.2007.07.016.
20. Kobs JK, Hansen AR, Keefe B: A retained wooden foreign body in the foot detected by ultrasonography. A case report. *J Bone Joint Surg Am* [Internet]. 1992 [Accessed February 5, 2015]; 74(2): 296-8.