

Aspergillus y artritis séptica de rodilla por una espina de palmera

Junquera Méndez, C; García Sánchez, P; Álvarez Álvarez, S; Rodríguez Alonso, C; Fernández Lombardía, J.

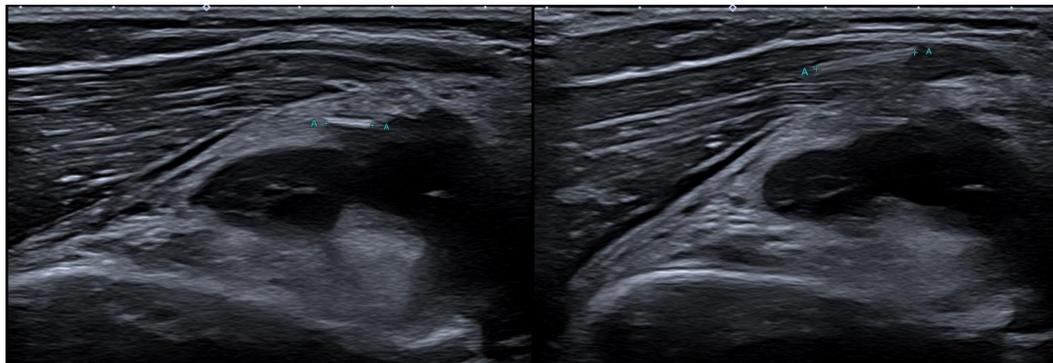
Objetivos:

Presentar el caso de un niño con artritis séptica por cuerpo extraño causada por Aspergillus.

Material y metodología:

Paciente de 8 años que consulta por gonalgia izquierda tras clavarse una espina de palmera en la rodilla hace un mes. Estuvo asintomático hasta hace unos días, que comienza con dolor e inflamación de rodilla progresivos. Presenta marcha antiálgica y rodilla en semiflexión, con limitación funcional, derrame articular y aumento de temperatura local. Se solicita una ecografía urgente, evidenciándose abundante derrame articular y dos cuerpos extraños de 10 mm y 5 mm, en vasto interno e intraarticular en el receso suprapatelar interno. Se realiza un lavado artroscópico urgente y toma de muestras y se retira la espina del vasto interno, sin objetivarse cuerpos extraños intraarticulares.

Tras iniciar tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico se obtiene una PCR de líquido sinovial positiva para Aspergillus y se detecta el antígeno fúngico $\beta(1,3)$ -D-glucano en serología, por lo que se inicia tratamiento con anfotericina B intravenosa. Se solicita una RM que descarta osteomielitis asociada y un estudio básico de inmunidad, sin alteraciones. En el control ecográfico continúa observándose el cuerpo extraño intraarticular, por lo que se repite el lavado artroscópico guiado por ecografía, logrando extraer los restos de espina de palmera.



Resultados:

Durante el ingreso el paciente presenta buena evolución clínica, manteniéndose afebril y presentando disminución de los parámetros inflamatorios, por lo que a las 3 semanas es dado de alta, manteniendo tratamiento con voriconazol oral durante 5 semanas más.

Conclusiones:

La artritis séptica por Aspergillus es una entidad poco frecuente que se produce por diseminación hematogena en pacientes inmunodeprimidos y por inoculación directa en inmunocompetentes, tras traumatismo o cirugía.

El diagnóstico se establece mediante cultivo del líquido sinovial, ya que la PCR aún no está estandarizada. Además, son necesarias pruebas de imagen como TC o RM para la estadificación, ya que se asocia a osteomielitis hasta en el 60% de los casos.

El lavado articular puede realizarse mediante artrotomía o artroscopia y el inicio precoz de tratamiento antifúngico intravenoso es fundamental, generalmente con anfotericina B, siendo el voriconazol una buena alternativa vía oral, ya que el tratamiento deberá mantenerse unas 6-8 semanas.

