

Artritis séptica esternoclavicular complicada con mediastinitis aguda: A propósito de un caso

Gómez Gil E, Corredor Belmar A, Martínez García C, Vallés Andreu M, González García J.A,

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA DE MURCIA

OBJETIVOS

Descripción de diferentes presentaciones clínicas de la artritis séptica.
Valoración del manejo de la artritis séptica esternoclavicular y la importancia del abordaje multidisciplinar en su resolución.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Mujer de 73 años con disfagia y apnea del sueño de varios meses de evolución asociado a cervibraquialgia izquierda. La paciente ya había consultado en numerosas ocasiones por ésta clínica junto con eritema cervical y picos febriles de hasta 39,5ºC.
Se realiza TC urgente hallando artritis infecciosa esterno-clavicular izquierda, con mediastinitis anterior y múltiples abscesos en espacios parafaríngeos y carotídeos que comprimen las venas yugular y subclavia ipsilaterales.

Se interviene de urgencia en conjunto con Cirugía torácica y Otorrinolaringología, realizándose cervicotomía izquierda con apertura de los compartimentos cervicales y del mediastino para drenaje y lavado de los abscesos. Se realiza toma de cultivos y artrotomía abierta y lavado con suero y antibiótico de la articulación esternoclavicular.
Se decide ingreso a cargo de Traumatología con tratamiento antibiótico con Cloxacilina + Gentamicina y se solicitan series de hemocultivos.



RESULTADOS

Tanto los cultivos intraoperatorios como los hemocultivos son positivos para SAMS, por lo que se mantiene la misma pauta anitiibiótica. Se solicitan hasta 3 ecocardiografías diferentes y 1 gammagrafía por sospecha de endocarditis infecciosa, todas ellas negativas. Se aplica terapia VAC para ayudar a la cicatrización y evitar la sobreinfección junto con curas diarias.

Tras 3 semanas de ingreso, la paciente es alta domiciliaria con antibioterapia oral ante buena evolución clínica.

La paciente acude a revisión al mes tras el alta, sin limitación en la movilidad del miembro superior izquierdo y sin secuelas aparentes. Se suspende definitivamente la pauta antibiótica en conjunto con Infecciosas.

Situación clínica	Tratamiento recomendado
Grupo I. Sin factores de riesgo para organismos atípicos	Cloxacilina +/- Gentamicina. En alérgicos a penicilina, clindamicina o una cefalosporina de segunda o tercera generación.
Grupo II. Riesgo elevado de sepsis por GRAM negativos (ancianos, frágiles, ITU ¹ recurrentes, cirugía abdominal reciente)	Cefalosporinas de 2da o 3ra generación +/- fluoxacilina. En alérgicos a cefalosporinas, la decisión dependerá del GRAM.
Grupo III. Riesgo de SARM ² (SARM previamente documentado, ingreso hospitalario reciente, procedencia de residencias, úlceras en extremidades inferiores, portadores de catéteres)	Vancomicina + Cefalosporina de 2da o 3ra generación
Grupo IV. Sospecha de gonococo o meningococo	Ceftriaxona
Grupo V. Usuarios de drogas IV ³	Dependiente de la flora local y resultados microbiológicos.
Grupo VI. Pacientes en UVI ³ , conocidas colonizaciones previas de otros órganos	Dependiente de la flora local y resultados microbiológicos.

CONCLUSIONES

- Ante la mínima sospecha clínica se deben realizar pruebas complementarias (TC, RM y artrocentesis).
- La administración de terapia antibiótica debe realizarse de modo precoz, y adaptarse al diagnóstico etiológico en cuánto se conozca.
- La evacuación de las colecciones es la base del tratamiento y debe realizarse de modo urgente.
- El pronóstico dependerá principalmente del diagnóstico precoz y la rapidez de actuación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Horowitz DL, Katzap E, Horowitz S, Barilla-LaBarca M-L. Approach to Septic Arthritis. AFP. 15 de septiembre de 2011;84(6):653-60.
2. Astete CAG, Platero MG, Arce CV, Maldonado VL, Díaz MV. Guía de manejo diagnóstico y terapéutico de la artritis séptica en urgencias. ARCHIVOS DE MEDICINA. 2013;9(2):10.
3. Bodker T, Tøttrup M, Petersen KK, Jurik AG. Diagnostics of septic arthritis in the sternoclavicular region: 10 consecutive patients and literature review. Acta Radiol. febrero de 2013;54(1):67-74.
4. Ross JJ, Shamsuddin H. Sternoclavicular Septic Arthritis: Review of 180 Cases. Medicine. mayo de 2004;83(3):139-48.