



Drs Vivanco Daniel, Agra Nerea, Reyes Renzo,, Alonso María, Suárez-Gestal Juan José



Objetivos

Describir un caso clínico sobre una entidad poco frecuente como es la artritis séptica de hombro en la infancia.

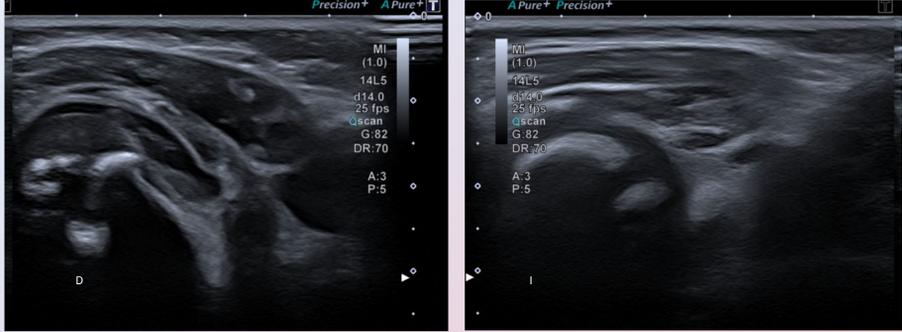
Material y metodología

Varón sano de 1 año, que acude a urgencias en dos ocasiones por **pseudoparálisis de miembro superior derecho** de 72 horas de evolución sin antecedente traumático manifiesto ni otros síntomas. La familia refiere posible cuadro pseudogripal 7-10 días previos.

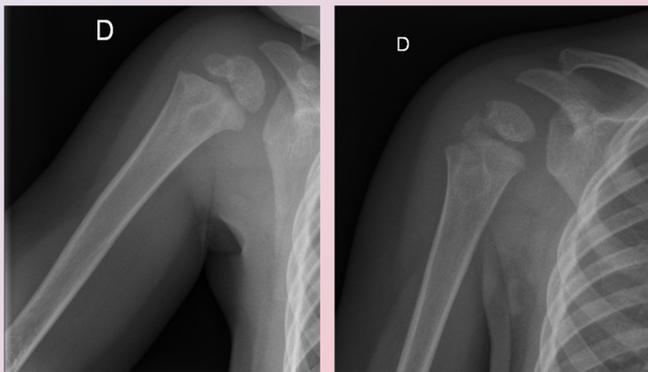
- **Exploración física:** reflejo de retirada a la palpación glenohumeral y acromioclavicular. Imposibilidad para la abducción de brazo. Movilidad pasiva conservada dolorosa a más de 90°. No bloqueo, derrame articular, eritema ni aumento de calor. Pico febril al tercer día de 39,1°.

- Pruebas complementarias:

- Analítica donde **destaca leucocitosis 23480/μL** a expensas de neutrófilos, **VSG 88** y **PCR 5,34**.



Ante la sospecha de artritis séptica se realiza artrotomía y toma de muestras de líquido articular donde se observa pus franco, seguida de antibióticos intravenosos empíricos con cloxacilina y cefotaxima (según la recomendación de las guías españolas) durante 5 días.



Resultados

Disminución progresiva de los marcadores analíticos de inflamación, movilidad simétrica y mejoría del dolor. Se aisló el germen **Kingella kingae** sensible. Por lo que se desescaló el tratamiento antibiótico a cefuroxima oral. Con el fin de detectar complicaciones intraóseas y extraóseas asociadas se realizó RMN. Se halló una **lesión metafiso-fiso-epifisaria proximal humeral sugestiva de absceso de Brodie**. Ante la ausencia de clínica se conviene no necesidad de cirugía de revisión. Aunque dada la afección fisaria es conveniente un seguimiento clínico-radiológico. Actualmente el tiempo de seguimiento es demasiado corto para encontrar discrepancias en la longitud humeral como posible secuela.

Discusión:

La artritis séptica en la infancia es una emergencia terapéutica con alta tasa de complicaciones locales o sistémicas.

S. aureus es el agente etiológico más frecuente, aunque *K. kingae* destaca entre los 6 meses y cuatro años (varones vs mujeres, 2:1). Lo más habitual es una infección osteoarticular de vía de diseminación hematogena. La clínica es insidiosa, con manifestaciones clínicas leves-moderadas, con signos sutiles o ausentes tanto analíticamente como radiológicamente. Destaca la fiebre como síntoma más común, también son frecuentes el sudor, eritema, tensión en la piel, dolor y calor de la región afectada. La pseudoparálisis sigue siendo sensible, puede darse en el 78% de los niños.

Por todo lo anterior, se hace imperativo el uso de la PCR en líquido articular para su diagnóstico y probablemente en el pasado se haya infraestimado su incidencia. Se recomienda al menos recoger 2 muestras para cultivo.

No hay consenso en la duración de la antibioterapia, siendo la media entre 3 y 10 días de manera intravenosa seguido de 4-6 semanas de antibioterapia oral.

La antibioterapia aislada no es suficiente para prevenir la destrucción del cartilago articular o la incipiente destrucción epifisaria; es necesaria una descompresión temprana, evacuación y drenaje de la articulación.

Hay varios métodos de artrocentesis y artrotomía: abierta o percutánea (de hecho se están haciendo estudios comparando la eficacia de ambas).

Entre sus secuelas destacan la luxación inferior de la cabeza humeral acompañada de un acortamiento humeral de diferente gravedad, a veces de más de 3 cm; aunque esto solo se ha observado en pacientes a los que no se les hizo una artrotomía de hombro en los 10 días siguientes al inicio de la infección.



Conclusiones

Kingella kingae es un cocobacilo encapsulado beta-hemolítico gramnegativo colonizador en orofaringe de niños pequeños sanos, primera causa de artritis séptica y osteomielitis en niños de 6-36 meses. Es sensible a la mayoría de antibióticos (betalactámicos), y resistente a los relacionados con MRSA (vancomicina, clindamicina y ácido fusídico).

El diagnóstico es un reto, fundamentalmente clínico. El tratamiento precoz es imperioso para evitar complicaciones. Ante una clínica insidiosa, la pseudoparálisis del hombro y PCR elevada son importantes factores predictivos.

En la artritis séptica aguda en niños, el drenaje quirúrgico inicial es el pilar fundamental del tratamiento.

Bibliografía

- 1) Williams N, Cooper C, Cundy P. *Kingella kingae* septic arthritis in children: recognising an elusive pathogen. *J Child Orthop*. 2014;8(1):91-95.
- 2) Peltola H, Pääkkönen M, Kallio P, Kallio MJ; Osteomyelitis-Septic Arthritis (OM-SA) Study Group. Prospective, randomized trial of 10 days versus 30 days of antimicrobial treatment, including a short-term course of parenteral therapy, for childhood septic arthritis.
- 3) Gornitzky, Alex L. MD1; Kim, Arin E. MD1; O'Donnell, Jennifer M. MD1; Swarup, Ishaan MD1, a. *Diagnosis and Management of Osteomyelitis in Children: A Critical Analysis Review*. *JBJS Reviews*: June 2020 - Volume 8 - Issue 6 - p e19.0020
- 4) Birgisson H, Steingrimsdottir O, Gudnason T. *Kingella kingae* infections in paediatric patients: 5 cases of septic arthritis, osteomyelitis and bacteraemia. *Scand J Infect Dis*.
- 5) Humeral Shortening and Inferior Subluxation as Sequelae of Septic Arthritis of the Shoulder in Neonates and Infants
- 6) Street M, Crawford H. *Pediatric Humeral Osteomyelitis*. *J Pediatr Orthop*. 2015 Sep;35(6):628-33.