

# Síndrome compartimental como debut de una artritis séptica de muñeca en una niña

Alberto Agustín  
Jorge-Mora<sup>1</sup>,  
Antonio José Routolo-  
Grau<sup>1</sup>, Ana Lois-Iglesias<sup>2</sup>,  
Jorge González-García<sup>1</sup>

## Resumen

Presentamos el caso de una niña de 3 años y 10 meses que debuta con un síndrome compartimental secundario a una artritis séptica de muñeca. De urgencias se procede a la fasciotomía y limpieza quirúrgica. La evolución tras el tratamiento es favorable.

**Palabras clave:** artritis, séptica, muñeca, compartimental.

<sup>1</sup> Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología),

<sup>2</sup> Complejo hospitalario universitario de Coruña.

## Correspondencia:

✉ aljmora@gmail.com

## Introducción

Las artritis sépticas en los niños son una entidad devastadora, pudiendo causar secuelas si no se instaura un rápido tratamiento. Son más frecuentes en cadera y rodilla (más del 70%), ocurriendo con menos frecuencia en la muñeca (4%). Los niños entre 1 mes y 5 años son los que más frecuentemente se ven afectados por esta afección, siendo lo habitual la infección por vía hematógena) [1-4].

Las formas clínicas diagnosticadas con más frecuencia son la afección de cadera y rodilla, donde la limitación funcional de la articulación el edema son los síntomas más frecuentes. La fiebre y la afectación del estado general no están siempre presentes.

Para el diagnóstico de artritis séptica de cadera se han establecido algoritmos que se basan en datos como la fiebre, la velocidad de sedimentación globular (VSG), la proteína C reactiva (PCR), el recuento de células blancas y la limitación para la carga) [3, 5].

En el caso de las artritis sépticas de muñeca en niños, la clínica puede ser más insidiosa que en una articulación de carga, lo que hace que el diagnóstico sea más complicado y tardío. Al realizar una búsqueda bibliográfica casi siempre nos encontramos con series o reportes de casos, que mezclan adultos y niños.

Presentamos el caso de una niña de 3 años que ingresa con el diagnóstico de síndrome compartimental de mano y muñeca secundario a una artritis séptica de muñeca.

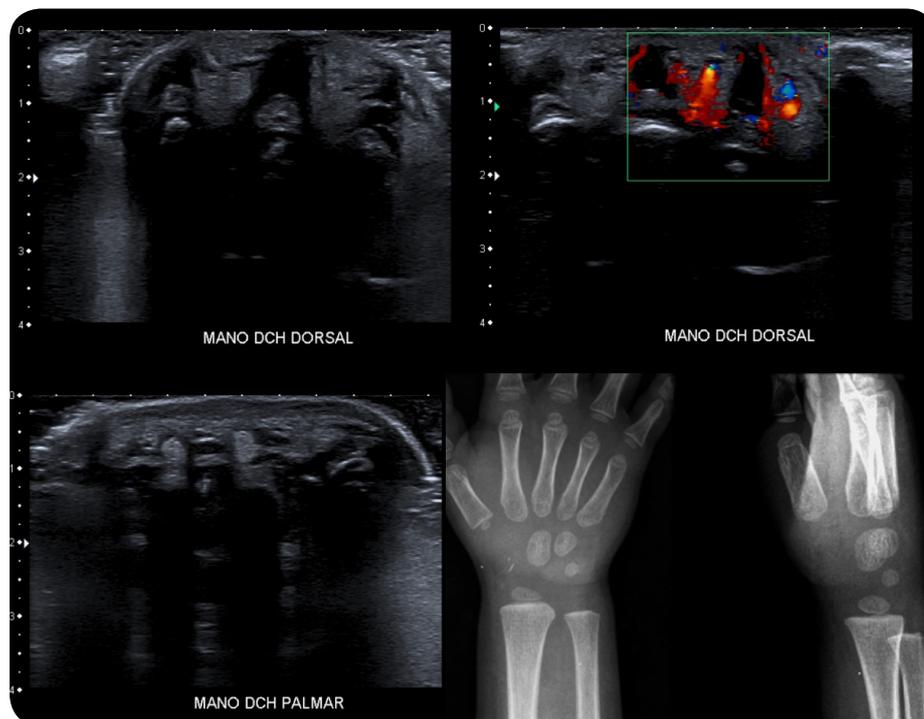
### Presentación del caso

Se trata de una niña de 3 años y 10 meses, con un peso de 17 Kg, sin antecedentes de interés. Acude a nuestro centro por dolor intenso en la mano derecha, e importante edema en la misma. Al ingreso la paciente se encuentra febril, sin afectación del estado general. La familia no refiere traumatismo previo en dicha extremidad y a la exploración no se objetiva solución de continuidad en la piel, hematoma o deformidad ósea (**Fig. 1-A**). Los pulsos distales están presentes y la sensibilidad burda esta conservada en todos los dedos. Se procede al estudio radiológico de la extremidad sin evidenciarse anomalía alguna (**Fig. 2**). El estudio ecográfico es compatible con una celulitis severa de la extremidad (**Fig. 2**). Las muestras sanguíneas muestran una leucocitosis de  $17.18 \times 10^3$  (79 % neutrófilos, con un 8% de cayados y una VSG de 31 mm). Se realiza un test para estreptococo faríngeo que resulta positivo. Al poco tiempo la paciente comienza con un dolor desproporcionado, se objetiva una tendencia a la flexión interfalángica de los dedos, con dolor a la distensión pasiva, también se objetiva un aumento de la tensión de la mano asociado a un aumento mayor del edema. En este momento la paciente continúa febril.

En ese momento se diagnostica de síndrome compartimental y se lleva al quirófano para hacer una fasciotomía de los compartimentos de la mano y una liberación ampliada del túnel carpiano.

Como hallazgos quirúrgicos nos encontramos con un aumento de la tensión muscular intrínseca, con extrusión de la masa muscular a la apertura fascial. Tras la descompresión se objetiva intenso abombamiento capsular articular que se libera a través del espacio de Poirier, saliendo abundante contenido purulento de la articulación mediocarpiana que se envía a cultivo. Se procede a drenar también la articulación radiocarpiana con el mismo resultado. Se lava de forma abundante la articulación y se procede a la cura húmeda.





Se inicia antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina, y se pautan corticoides por la importante reacción inflamatoria.

La evolución es favorable, realizándose curas cada 24/48 horas, consiguiendo en 4 días el cierre de las heridas dorsales y eminencia tenar, y en 8 de las palmares (**Fig. 1-B**). La paciente permanece afebril en el postoperatorio. Moviliza la extremidad sin dolor. En el cultivo intraoperatorio se aisló un *Streptococcus pyogenes* (Grupo A) en dos muestras quirúrgicas, por lo que se cambia la antibioterapia de acuerdo al antibiograma con ampicilina y clindamicina.

El resto de pruebas complementarias no muestran otros focos de infección.

Tras la mejoría en los parámetros clínicos y analíticos, se decide el alta de la paciente con antibioterapia oral.

## Conclusión

Presentamos un caso clínico de presentación atípica de una artritis séptica de muñeca, con un síndrome compartimental sobreañadido, que requirió fasciotomías de mano y muñeca asociado a una limpieza articular agresiva. Creemos que se trata de el primer caso descrito en la bibliografía al respecto.

La presentación de una artritis séptica de muñeca en niños es una entidad poco habitual, en la serie de Caksen H. et al) [1], tan sólo uno de cuarenta casos afectaba a la muñeca, y la mayoría de los pacientes presentaban fiebre al ingreso.

En la serie de Rashkoff et al. [6], de 28 pacientes con artritis séptica de muñeca, tan sólo dos casos son en niños. La mayoría de los casos descritos suceden en adultos con patología previa o tras traumatismos. En los dos niños afectados, la artritis séptica apareció tras un cuadro infeccioso respiratorio de vía aérea alta. En ambos casos el *Haemophilus Influenza* fue el responsable. Sólo encontramos 2 casos de infección

por *Streptococcus Alpha-Hemolítico* en esta serie. Las pruebas complementarias confirman el diagnóstico en la mayoría de los casos [1, 3, 6-9], pero no deben de retrasar nuestra decisión de intervención en casos de sospecha.

El tratamiento de elección de la artritis séptica de muñeca es en todos los casos la evacuación precoz, ya sea vía artroscópica o abierta (dependiendo de los medios y las características del paciente), con resultados comparables entre ambas técnicas.) [6, 10] El uso de corticoides (dexametasona) como tratamiento complementario ha demostrado mejorar los resultados en casos de artritis séptica en niños [11].

La diseminación hematogena tras un foco infeccioso a distancia, la faringe en nuestro caso, es la causa más frecuente de artritis séptica en niños por las características únicas de la fiásis en este grupo) [3].

La buena evolución de los pacientes con artritis séptica se asocia a un diagnóstico y tratamiento precoz [6], que en nuestro fue menor de 10 horas de evolución, lo que ha favorecido la curación.

## Referencias

1. Caksen, H., Ozturk, MK., Uzum, K., Yuksel, S., Ustunbas, HB., Per, H. Septic arthritis in childhood. *Pediatrics international: Official Journal of the Japan Pediatric Societ.* 2000; 42 (5): 534-40.
2. Osman, AA., Govender, S. Septic sacroiliitis. *Clinical orthopaedics and related research.* 1995 (313): 214-9.
3. Samora, JB., Klingele, K. Septic arthritis of the neonatal hip: Acute management and late reconstruction. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons.* 2013; 21 (10): 632-41.
4. Sturzenbecher, A., Braun, J., Paris, S., Biedermann, T., Hamm, B., Bollow, M. MR imaging of septic sacroiliitis. *SkeletalRadiolog.* 2000; 29 (8): 439-46.
5. Mignemi, ME., Menge, TJ., Cole, HA., Mencio, GA., Martus, JE., Lovejoy, . et al. Epidemiology, Diagnosis, and Treatment of Pericapsular Pyomyositis of the Hip in Children. *Journal of pediatric orthopedics.* 2013.6- Rashkoff, ES., Burkhalter, WE., Mann, RJ. Septic arthritis of the wrist. *The Journal of bone and joint surgery American volume* 1983; 65 (6): 824-8.
7. Choe, H., Inaba, Y., Kobayashi, N., Aoki, C., Machida, J., Nakamura, N. et al. Use of real-time polymerase chain reaction for the diagnosis of infection and differentiation between gram-positive and gram-negative septic arthritis in children. *Journal of Pediatric Orthopedics* 2013; 33 (3): e28-33.
8. Garcia-Arias, M., Balsa, A., Mola, EM. Septic arthritis. *Best practice & research Clinical Rheumatology* 2011; 25 (3): 407-21.
9. Lee SW, Irwin GJ, Huntley JS. Neonatal hip septic arthritis: ultrasound should not influence decision to aspirate. *Scottish medical journal.* 2013;58(3):e18-21.
10. Sammer DM, Shin AY. Comparison of arthroscopic and open treatment of septic arthritis of the wrist. *Surgical technique. The Journal of bone and joint surgery American volume.* 2010;92 Suppl 1 Pt 1:107-13.
11. Narayanan UG. Dexamethasone added to antibiotics improved clinical and laboratory outcomes in children with septic arthritis. *The Journal of bone and joint surgery American volume.* 2011;93(22):2124.

### Opina sobre este artículo:



<http://medicalia.org.es/>

Los médicos disponen de una red social para intercambiar experiencias clínicas, comentar casos y compartir conocimiento. También proporciona acceso gratuito a numerosas publicaciones. **¡Únase ahora!**

### Publish with iMedPub

<http://www.imedpub.com>

Acta Rheumatologica es una revista que tiene por fin la difusión de estudios clínicos relacionados con aspectos prácticos del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con patología reumatológica, de estudios epidemiológicos relacionados con patología inflamatoria y musculoesquelética de presentación común o infrecuente en la práctica clínica tanto en población adulta como pediátrica, de casos clínicos de patología poco habitual o de presentaciones inhabituales de patología frecuente, de imágenes didácticas e ilustrativas en reumatología y del estado actual e innovación en la formación especializada en reumatología.