

Coxalgia progresiva tras adenomectomía de próstata

SENABRE-GALLEGO JM¹, SALAS-HEREDIA E¹, SANTOS-RAMÍREZ C², SANTOS-SOLER G¹, ORTEGA-CASTRO R², ROSAS J¹

¹Sección de Reumatología del Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante

²Sección de Reumatología del Hospital de Denia. Alicante

Correspondencia: Dr. José Miguel Senabre - Sección Reumatología - Hospital Marina Baixa - Avda. Jaime Botella Mayor, 7 - 03570 Villajoyosa (Alicante)

✉ senabre@hotmail.com

RESUMEN

La similitud clínica entre osteítis púbica y osteomielitis infecciosa da lugar a dificultades diagnósticas que requieren pruebas de imagen avanzadas como la resonancia magnética. Presentamos el caso clínico

de un paciente con coxalgia tras cirugía de próstata en el que las pruebas de imagen fueron fundamentales para confirmar la osteomielitis, conseguir el diagnóstico etiológico y pautar el tratamiento adecuado.

Palabras clave: osteítis pubis, osteomielitis pubis, artritis séptica, resonancia magnética, gammagrafía ósea.

INTRODUCCIÓN

La osteomielitis pubis es una infección localizada en el tejido óseo de las ramas púbicas que cursa con dolor en la región suprapúbica, dificultad para caminar y aumento de la base de sustentación a la deambulación¹. Las osteomielitis pélvicas se han relacionado con la utilización de catéteres o dispositivos implantados, los traumatismos, las úlceras por presión, la cirugía pélvica o urológica, las lesiones obstétricas o el aborto, el cateterismo cardíaco y el uso de drogas intravenosas².

El cuadro clínico es indistinguible de la osteítis del pubis, una inflamación "estéril" de la sínfisis púbica, que es frecuente en deportistas, pero también se relaciona con traumatismos, embarazo y cirugía pélvica³.

Esta dificultad en el diagnóstico diferencial hace que en casos sospechosos sea necesario utilizar pruebas de imagen, como la resonancia magnética, para descartar infección.

CASO CLÍNICO

Hombre de 71 años que acude a consulta de reumatología por coxalgia dcha. El

dolor se había iniciado 6 meses antes, empeoraba con la bipedestación y el esfuerzo físico, y aumentó progresivamente hasta impedir la deambulación y aparecer también en reposo. En el momento de la consulta el dolor se irradiaba hasta ingle izquierda, sin parestias. La anamnesis fue negativa para fiebre o clínica infecciosa.

Como antecedentes de interés estaba en tratamiento con hipolipemiantes (ezetimiba) y se había sometido a cirugía en varias ocasiones: hernia crural derecha (11 meses antes) y adenomectomía de próstata (7 meses antes).

La exploración física reveló dolor en cadera derecha con limitación de la movilidad en todos los planos y dolor a la palpación en hipogastrio y pubis, sin signos de irritación peritoneal ni evidencia de visceromegalias o masas. La exploración de la cadera izquierda fue normal, así como la palpación de cadenas ganglionares y la auscultación cardiopulmonar. Las constantes vitales: temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria se encontraban dentro de los límites normales.

Ante la sospecha de artritis de cadera se realizó ecografía articular objetivando distensión de cápsula articular de contenido hipoecoico y colección hipoecoica compresible en partes blandas, compatible con artritis y absceso ilio-psoas. (Figura 1-A) Se realizó punción del absceso con guía ecográfica obteniendo líquido inflamatorio (89.000 leucocitos/mm³) que se cultivó.

Con el diagnóstico de monoartritis de cadera y absceso ilio-psoas se extrajeron analítica y cultivos de sangre y orina, y se inició tratamiento antibiótico empírico con cloxacilina 2 g IV cada 8 horas y ceftriaxona 2 g IV cada 24 horas. Para completar el estudio se solicitó radiografía pélvica, resonancia magnética y gammagrafía ósea.

La analítica de sangre detectó anemia (Hb 9,1 g/dl) microcítica hipocrómica, trombocitosis (plaquetas 743 mil/ul) y aumento de reactantes de fase aguda (PCR 11,8 mg/dl; VSG 120 mm/h). El estudio microbiológico del líquido sinovial mostró bacilos gram-negativos en tinción de Gram por los que se sustituyó el antibiótico por meropenem 1 g IV cada 8 horas. A las 48 el cultivo fue positivo

para *Pseudomonas aeruginosa* y el antibiograma multisensible por lo que se sustituyó el antibiótico por ceftazidima, con mejor posología para una futura administración domiciliaria. Tanto hemocultivos como urocultivos fueron negativos.

La radiografía simple de pelvis mostró aumento del espacio articular en la sínfisis púbica, de bordes irregulares y mal definidos. Ambas articulaciones coxo-femorales fueron normales (Figura 2).

La RM confirmó los hallazgos de derrame en articulación coxo-femoral derecha y bursitis ilio-ptoas. Además detectó edema óseo en hueso esponjoso en ambas láminas cuadriláteras del pubis, con signos de osteólisis, y edema óseo en la mitad anterior de ramas isquiopúbicas (Figura 3).

La gammagrafía ósea con tecnecio-99m mostró hiper captación en sínfisis púbica, predominante en fase tardía, como proceso osteoblástico activo. La captación de galio-67, aunque de menor intensidad, corroboró la sospecha de inflamación activa en pubis (Figura 4).

El paciente fue mejorando progresivamente, tanto clínica como analíticamente (Tabla 1). La siguiente exploración ecográfica al décimo día de ingreso mostró resolución del absceso ilio-ptoas (Figura 1-B). El paciente fue dado de alta hospitalaria e ingresó en la Unidad de Asistencia en Domicilio para continuar con tratamiento intravenoso hasta completar un mes. La mejoría se mantuvo en los siguientes controles ambulatorios y se continuó la antibioterapia con ciprofloxacino 750 mg VO cada 12 horas. En may-11, tras 6 meses de tratamiento antibiótico, al observar mejoría clínica y en los controles analíticos y de imagen, (Figura 2-B) se decide interrumpir el tratamiento antibiótico. El paciente se encuentra asintomático hasta la fecha.

DISCUSIÓN

El diagnóstico definitivo fue artritis séptica de cadera por *Pseudomonas aeruginosa* con absceso ilio-ptoas y osteomielitis pubis.

En nuestro caso, la ausencia de síntomas sistémicos y el inicio insidioso de la

FIGURA 1

ECOGRAFÍA DE CADERA DERECHA. A: DÍA DEL INGRESO. DISTENSIÓN DE CÁPSULA ARTICULAR DE CONTENIDO HIPOECOICO (FLECHA) Y COLECCIÓN HIPOECOICA COMPRESIBLE EN PARTES BLANDAS, COMPATIBLE CON ARTRITIS Y ABSCESO ILIO-PTOAS. B: RESOLUCIÓN DEL ABSCESO Y PERSISTENCIA DISTENSIÓN DE CAPSULA ARTICULAR TRAS 10 DÍAS DE EVOLUCIÓN

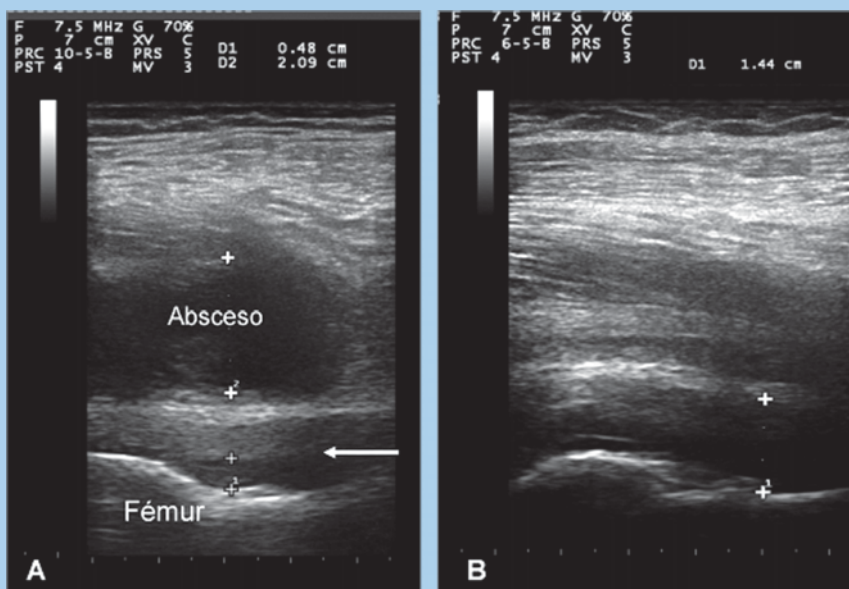


FIGURA 2

RADIOGRAFÍA DE CADERAS. A. RADIOGRAFÍA SIMPLE DE PELVIS (PROYECCIÓN ANTERO-POSTERIOR) A FECHA DEL INGRESO EN REUMATOLOGÍA: AUMENTO DE ESPACIO ARTICULAR EN SÍNFISIS PÚBLICA DE BORDES IRREGULARES Y MAL DEFINIDOS. AMBAS ARTICULACIONES COXO-FEMORALES NORMALES. B. RADIOGRAFÍA SIMPLE DE PELVIS TRAS 6 MESES DE SEGUIMIENTO: AUMENTO DEL ESPACIO ARTICULAR EN SÍNFISIS PÚBLICA (MENOR RESPECTO A EXPLORACIÓN PREVIA) Y ESCLEROSIS DE BORDES ÓSEOS. C. RADIOGRAFÍA SIMPLE DE PELVIS TRAS 1 AÑO DE SEGUIMIENTO: IRREGULARIDAD ARTICULAR Y ESCLEROSIS DE BORDES ÓSEOS EN SÍNFISIS PÚBLICA



clínica podría haber orientado el diagnóstico inicial hacia la osteítis no infecciosa. Pero la concomitancia de monoartritis y absceso en proximidad hicieron necesario descartar osteomielitis.

Los hallazgos de la radiografía simple (ensanchamiento de la sínfisis púbica, reabsorción ósea y osteopenia) suelen ser tardíos y pueden estar presentes en las dos entidades por lo que no es una técnica útil en el diagnóstico diferencial. Sin embargo la RMN puede mostrar cambios de

osteomielitis, como el edema óseo o el derrame articular, que no se observan en la osteítis “aséptica”. Asimismo están descritos la formación de abscesos en los tejidos blandos adyacentes a la pelvis ósea o disecando áreas a distancia⁴.

Cuando no es posible realizar una RM, por ejemplo en pacientes portadores de implantes metálicos, la prueba indicada es la TC. La TC es capaz de mostrar el hueso cortical y trabecular, la reacción perióstica, el gas o los secues-

FIGURA 3

RESONANCIA MAGNÉTICA DE PELVIS, CORTES A NIVEL DE SÍNFISIS PÚBICA. AMPLIACIÓN DE LA INTERLÍNEA ARTICULAR DE SÍNFISIS PÚBICA CON CARILLAS ARTICULARES IRREGULARES DE MARGEN HIPOINTENSO EN SECUENCIA T1 POR ESCLEROSIS ÓSEA (A-B); ASOCIA CAMBIOS DE LA SEÑAL ÓSEA VECINA EN PUBIS, CON HIPERINTENSIDAD T2-SUPRESIÓN GRASA (C-D), E HIPOINTENSIDAD T1 CON REALCE DIFUSO, POR EDEMA ÓSEO, SIN INVOLUCRO INTRAMEDULAR ÓSEO. COLECCIÓN EN VIENTRE MUSCULAR DE PSOAS ILÍACO CON PROLONGACIÓN HACIA LA REGIÓN INGUINAL QUE SE COMUNICA CON DERRAME ARTICULAR COXO-FEMORAL

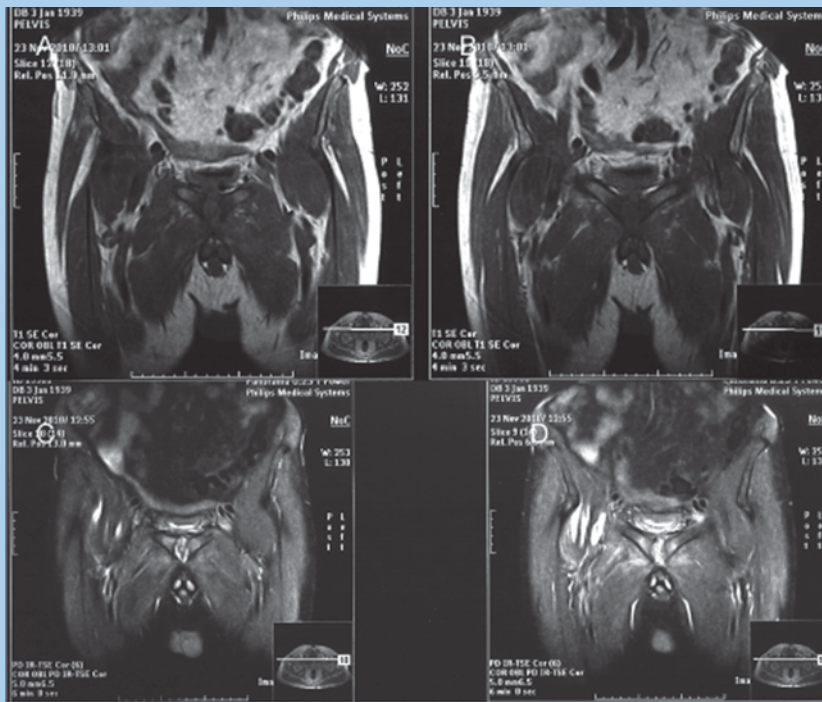
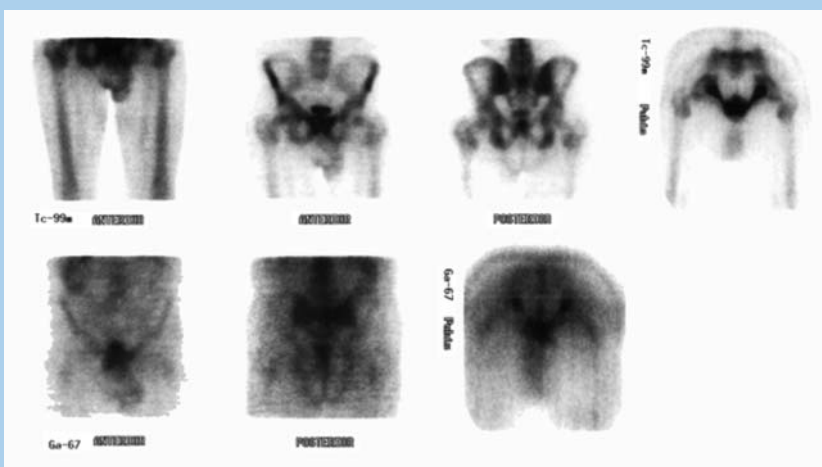


FIGURA 4

GAMMAGRAFÍA ÓSEA. HIPERCAPTACIÓN DE Tc-99m EN SÍNFISIS PÚBICA, PREDOMINANTE EN FASE TARDÍA, COMO PROCESO OSTEOBLÁSTICO ACTIVO. LA CAPTACIÓN DE Ga-67, AUNQUE DE MENOR INTENSIDAD, CORROBORÓ LA SOSPECHA DE INFLAMACIÓN ACTIVA EN PUBIS



tecnecio-99m en tres fases y el galio-67, más sensible y específico para detectar inflamación. Los leucocitos marcados se utilizan con menor frecuencia por ser una técnica más laboriosa. Los hallazgos deben ser interpretados con cautela dado que el aumento del remodelado óseo en patologías degenerativas pueden dar lugar a falsos positivos⁵. Sin embargo una gammagrafía con Ga-67 negativa descarta el diagnóstico de osteomielitis⁶.

La ecografía músculo-esquelética es la técnica de elección para detectar artritis de cadera y puede servir de guía para la aspiración del líquido sinovial⁷. Su accesibilidad en la consulta de reumatología evita demoras en el diagnóstico y el tratamiento. Por ejemplo, en nuestro caso, la punción se realizó inmediatamente tras el diagnóstico del absceso y se obtuvo muestra antes de iniciar tratamiento antibiótico, mejorando así el rendimiento del cultivo. Obtener una muestra para cultivo es necesario para el diagnóstico etiológico, y permite realizar un antibiograma que indique la sensibilidad a diferentes antibióticos. La biopsia ósea está indicada para descartar infección cuando los cultivos son negativos. En nuestro caso no se realizó por disponer de un cultivo positivo del absceso y por la buena evolución. Si la sospecha clínica es alta, el inicio de tratamiento antibiótico de forma empírica está recomendado⁸.

La importancia del diagnóstico de osteomielitis, en el presente caso, es que prolonga la duración recomendada de la antibioterapia. En casos de artritis séptica (sin osteomielitis) se recomiendan regímenes de 14 días de tratamiento parenteral seguidos de otros 14 días de tratamiento oral. Sin embargo, la duración de la vía parenteral se puede reducir en gérmenes sensibles a antibióticos con buena biodisponibilidad oral, como las fluoroquinolonas, y se debe prolongar en otros casos de microorganismos resistentes como *Enterobacter* o *Pseudomonas*^{9,10}.

Cuando existe osteomielitis la mayoría de los expertos están a favor de continuar con tratamiento intravenoso hasta que el hueso desbridado se recubre de

tros óseos. Sin embargo los metales también artefactan las imágenes obtenidas, dificultando su interpretación.

La gammagrafía ósea es de elección cuando la TC o RM no se pueden utilizar. Los isótopos más empleados son el

tejido vascularizado, como mínimo hasta 6 semanas después de la cirugía. La monitorización de los marcadores inflamatorios séricos, como la VSG o la PCR pueden ser útiles, si no se han normalizado al finalizar el plan de antibioterapia, se deben investigar clínica y radiológicamente los motivos. En nuestro caso el desbridamiento quirúrgico no fue necesario por la buena evolución clínica con el antibiótico pautado, que se mantuvo hasta que se confirmó remisión clínica y analítica completa.

En conclusión, el presente caso debe recordarnos mantener la sospecha diagnóstica de procesos infecciosos en pacientes sometidos a cirugía pélvica, incluso cuando la clínica de dolor se inicia varios meses después de la intervención. La realización de una anamnesis exhaustiva y una exploración clínica minuciosa va a orientar el diagnóstico inicial, que se debe completar con pruebas de imagen y cultivos, para obtener el diagnóstico etiológico y pautar el tratamiento adecuado.

Agradecimientos: Este trabajo ha sido apoyado con una beca de la Asociación para la Investigación en Reumatología de la Marina Baixa (AIRE-MB).

Componentes del Grupo AIRE-MB: José Rosas, Esteban Salas, José Miguel Senabre-Gallego, Gregorio Santos-Soler, Catalina Cano, M^a Luisa Betoret, Ana Pons (S. Reumatología, Hospital Marina

TABLA 1

EVOLUCIÓN DE LOS PARÁMETROS ANALÍTICOS

	Ingreso	10 días	1 mes	6 meses
Hb (g/dl)	9,1	10,1	12,1	13,0
Plaquetas (miles/ul)	743	604	300	160
Leucocitos (miles/ul)	5,7	6,1	6,5	4,0
PCR (mg/dl)	11,8	4,0	0,6	0,1
VSG (mm/h)	120	ND	ND	7

Baixa), Francisca LLinares-Tello, Juan Molina (S. Laboratorio, Hospital Marina Baixa); Carlos Santos-Ramírez, Rafaela Ortega Castro (S. Reumatología Hospital Marina Alta. Denia), Xavier Barber (Centro de Operaciones e Investigación de la Universidad Miguel Hernández, Elche), Mabel Sánchez-Barrioluengo (INGENIO (CSIC-UPV), Universitat Politècnica de València).

BIBLIOGRAFÍA

1.- Mader R, Yeromenco E. Pseudomonas Osteomyelitis of the symphysis Pubis After Inguinal Hernia Repair. *Clin Rheumatol* (1999)18:167-169.
 2.- Sexton DJ. Pelvic osteomyelitis. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2013.
 3.- Rodríguez Montero S. Sinfisitis pùblica. Revisión bibliográfica. *Seminarios de la Fundación Española de Reumatología* 2007;8:145-53.
 4.- Erdman WA, Tamburro F, Jayson HT, Weatherall PT, Ferry KB, Peshock RM. Osteomyelitis:

characteristics and pitfalls of diagnosis with MR imaging. *Radiology* 1991;180(2):533
 5.- Tumei SS, Aliabadi P, Weissman BN, McNeil BJ. Chronic osteomyelitis: bone and gallium scan patterns associated with active disease. *Radiology* 1986;158(3):685.
 6.- Pineda C, Vargas A, Rodríguez AV. Imaging of osteomyelitis: current concepts. *Infect Dis Clin North Am* 2006;20(4):789.
 7.- Ho G, Jue SJ, Cook PP. Artritis producida por bacterias o sus componentes. En Harris E, Budd RC, Genovese MC, Firestein GS, Sargent JS y Sledge CB. *Kelley Tratado de Reumatología*. 7^a Edición. Madrid: Elsevier España; 2006. p. 1638.
 8.- Lalani T. Overview of osteomyelitis in adults. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2013.
 9.- Goldenberg DL, Sexton DJ. Septic arthritis in adults. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2013.
 10.- González Ferrández JA, Noguera Pons JR, Tovar Beltrán JV, Navarro Blasco FJ. Artritis infecciosa. En: Belmonte Serrano MA, Castellano Cuesta JA, Román Ivorra JA, Rosas Gómez de Salazar J. *Enfermedades reumáticas: Actualización SVR*. 2^a Edición. Valencia: Ibáñez y Plaza; 2013. p. 659-679.