

Costocondritis séptica con absceso intratorácico en paciente inmunocompetente

Orenes Vera AV, Montolio Chiva L, Vázquez Gomez I, Flores Fernández E, Valls Pascual E, Ybáñez García D, Martínez Ferrer A, Alegre Sancho JJ.

Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Doctor Peset. València.

Correspondencia: Dra. Ana V^a Orenes Vera. Sección de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova-Lliria. Carrer de Sant Clement. 46015-València.

✉ ana.avov@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En todo paciente que inicie inflamación articular junto con fiebre y malestar general debe sospecharse una artritis séptica, lo que debe suponer siempre una urgencia médica. La fiebre y la sintomatología pueden aparecer parcialmente enmascaradas en aquellos tratados previamente con antiinflamatorios no esteroideos (AINES) o corticoterapia. El microorganismo involucrado más frecuentemente es el *Staphylococcus aureus*. Entre los factores de riesgo para el desarrollo de una artritis séptica se encuentran una edad superior a 65 años, patología articular inflamatoria crónica previa, o patologías que puedan inmunocomprometer al paciente, como la enfermedad neoplásica o la infección por VIH, entre otros. La colonización se produce habitualmente tras diseminación por vía hematogena a partir de un punto de entrada y/o foco infeccioso primario. La infección es generalmente monoarticular, afectando más frecuentemente a la rodilla, cadera, muñeca, tobillo, codo y hombro (en orden descendente de frecuencia). La artritis séptica de la articulación costocondral es una entidad rara, con pocos casos descritos hasta el momento en la literatura.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 70 años con antecedentes personales de hipertensión arterial e hipotiroidismo en tratamiento con valsartán 160 mg/día, hidroclorotiazida 12,5 mg/día y levotiroxina 100 mcg/día que acudió a urgencias por omalgia derecha de 5 días de evolución de inicio súbito, sin antecedente traumático ni sobreesfuerzo previo. No había recogido fiebre termometrada en su domicilio ni presentaba otra sintomatología infecciosa, preguntada por aparatos. En urgencias la paciente se mostró afebril, y en la exploración física se constató dolor a la palpación en región antero-superior de parrilla costal derecha, con eritema y tumefacción por debajo de la articulación esternoclavicular, junto con dolor a la movilización activa, antiálgica, del hombro ipsilateral. Se realizó un ECG, que fue normal, y se extrajo una analítica sanguínea, donde se evidenció una PCR de 246 mg/L, así como una leucocitosis con neutrofilia. Se realizó una radiografía de tórax, donde se objetivó una masa pulmonar

en el lóbulo superior derecho de márgenes parcialmente mal definidos y de aproximadamente 5,5 cm de diámetro máximo.



Figura 1: Radiografía de tórax postero-anterior en la que se evidencia masa pulmonar en lóbulo superior derecho.

Dados los hallazgos en las pruebas complementarias, la paciente ingresó a cargo de Reumatología para estudio. En planta se realizó una ecografía articular, en la que se evidenció una distensión de la cápsula articular de la primera articulación costocondral derecha con irregularidad de márgenes articulares y presencia de señal power-doppler grado II. Se realizó una artrocentesis, obteniendo líquido sinovial de aspecto purulento que se envió a cultivo. Se inició antibioterapia empírica con cloxacilina 2 g cada 8 horas y ceftriaxona 1 g cada 24 horas vía endovenosa (ev). Dados los hallazgos en la radiografía se solicitó una tomografía computarizada (TC), donde se evidenció una masa hipodensa en segmento anterior de lóbulo superior derecho, que se extendía a la pared torácica englobando primer y segundo arcos costales y músculos pectorales con cambios inflamatorios y pequeñas colecciones hipodensas correspondiente a un absceso en relación con una costocondritis séptica de la primera costilla derecha.



Figura 2: imágenes de TC donde se objetiva el absceso en relación con costocondritis séptica de la primera costilla.

Se solicitó una ecocardiografía, con el objetivo de descartar endocarditis séptica, que fue normal, y se extrajeron hemocultivos. El cultivo del líquido extraído en la artrocentesis fue positivo para *Staphylococcus aureus* sensible a oxacilina, al igual que los hemocultivos. Se contactó con el servicio de Neumología para drenaje del absceso acompañante, obteniendo 20 ml de líquido de aspecto hemático-purulento. Se solicitaron nuevos cultivos, que fueron también positivos para *Staphylococcus Aureus*. Además, se mandó una muestra a anatomía patológica, cuya citología fue negativa para células malignas. La paciente evolucionó favorablemente, con remisión del dolor y la tumefacción asociadas, así como prác-

tica normalización de la PCR (34 mg/L), razón por la cual se procedió al alta hospitalaria tras 10 días de tratamiento antibiótico intravenoso, manteniendo antibioterapia vía oral con levofloxacino 500 mg/día y rifampicina 600 mg/día hasta un total de 12 semanas de antibioterapia, que fueron necesarias hasta la completa desaparición de la clínica, desaparición de los hallazgos ecográficos y normalización completa de los reactantes de fase aguda. Se realizó en esos momentos, tres meses tras el debut del cuadro clínico, un TC de control donde se evidenció la resolución del absceso dejando una pequeña imagen nodular de 2 cm, sólida y dependiente de la articulación condroesternal, de carácter residual.

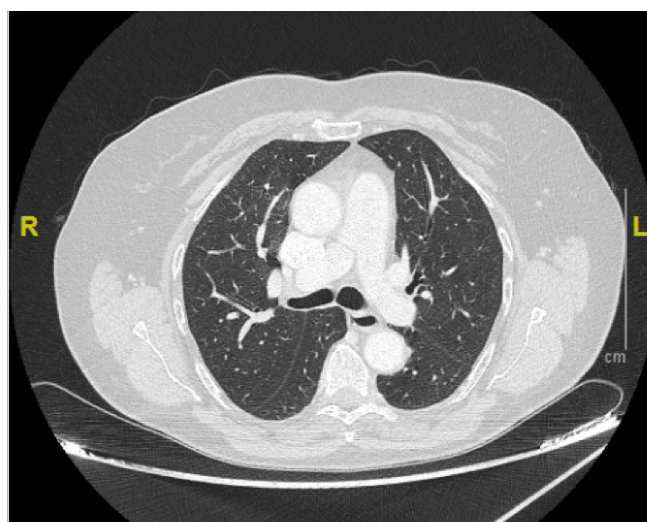


Figura 3: Imágenes de TC de control en el que se constata la adecuada resolución del proceso agudo.

DISCUSIÓN

La costochondritis séptica es una patología infrecuente con pocos casos descritos en la literatura, la mayor parte de ellos en pacientes con factores predisponentes, principalmente la adicción a drogas por vía parenteral (ADVP). Los agentes infecciosos más comunmente descritos en la literatura en estos pacientes son *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Aspergillus* y *Candida albicans*. Se han descrito otros factores de predisposición como son una cirugía o manipulación dentaria previa, en cuyo caso también ha sido descrita la participación de otros microorganismos como la *Prevotella*, una bacteria comensal que en ocasiones puede dar lugar a infecciones oportunistas. Ninguno de estos factores de predisposición descritos hasta el momento actual concurrían en nuestra paciente; tampoco ninguna otra condición que pudiera inmunocomprometerla. El microorganismo aislado fue el *Staphylococcus Aureus*, germen que, aunque es el agente causal más frecuente en las artritis sépticas en general, no suele ser el que se presenta habitualmente en esta localización.

Poco menos que excepcional puede considerarse la existencia de un absceso adyacente al foco infeccioso, como en

nuestra paciente. En este sentido, sólo hemos podido encontrar en la literatura la publicación de un caso de costochondritis por *Escherichia Coli* tras trauma local que se complicó con la formación de un absceso.

BIBLIOGRAFÍA

- Gotway MB, Marder SR, Hanks DK, Leung JW, Dawn SK, Gean AD, Reddy GP, Araoz PA, Webb WR. Thoracic complications of illicit drug use: an organ system approach. *Radiographics* 2002; 22: S119-135.
- Derouane F, Lambert M, De Greef J, Malghem J, Lecouvet FE. Primary infectious costochondritis due to *Prevotella nigrescens* in an immunocompetent patient: clinical and imaging findings. *Skeletal Radiol* 2019; 48: 1305-1309.
- Fujita T, Kataoka Y, Hanaoka J, Inoue S, Ozaki Y, Ohuchi M. [Costochondritis and Osteomyelitis of the Ribs after Intercostal Thoracotomy]. *Kyobu Geka* 2020; 73: 117-119.
- Massie JD, Sebes JJ, Cowles SJ. Bone scintigraphy and costochondritis. *J Thorac Imaging* 1993; 8: 137-142.
- Sakran W, Bisharat N. Primary chest wall abscess caused by *Escherichia coli* costochondritis. *Am J Med Sci* 2011; 342: 241-246.