

Caso Clínico mes de Abril de 2009. Síndrome Monoarticular

Presenta: Dr. Juan Carlos Rivas.

Coordina: Dr. Luis Arturo Gutiérrez González.

Se trata de paciente masculino de 56 años sin antecedentes patológicos quien comienza a presentar desde hace 3 meses gonartralgia derecha de moderada intensidad acude a traumatólogo quien indica AINE por lesión de menisco presentando posteriormente aumento de volumen comprometiendo progresivamente la flexión del miembro y movilización, ingresa al servicio de traumatología del HUC-UCV en donde se observo prueba de pivot shift (+), con trastorno de alineación axial de la rodilla derecha (Tendencia al genu valgu), Choque de rótula positivo (Figura 1). Se le realiza artrocentesis con el hallazgo de Hifas gemantes y prueba de tinta china (+), se inicia tratamiento con fluconazol 200mg al día y en vista del aumento de volumen de partes blandas se decide trasladarlo al servicio de Infecciosas del HUC-UCV, donde al realizarle el interrogatorio y registro epidemiológico revelo que comparte el pat o de su domicilio con un vecino que comercializa aves exóticas, negando otro contacto epidemiológico, se realiza inicia protocolo de artritis séptica, con laboratorio de rutina y estudios de extensión (TAC tórax-abdomen-pelvis, ecosonograma abdominal y Punción de LCR). Función respiratoria 18 rpm, TA 129/79 mmHg Fc 78 lpm, Exámenes de laboratorio: hematocrito: 32%, leucocitos: 8.000 c ls/mm³, VHS 83 mm/hora, PCR 56 mg/dl (VN < 3 mg/dl); glicemia 87 mg/dl, albuminemia 3,4 g/dl, creatininemia 0,8 mg/dl, enzimas hepáticas normales, serología para VIH negativa (ELISA). Se realiza Nueva artrocentesis de rodilla derecha el cual reporto al citoquímico del liquido sinovial: Aspecto turbio.; Recuento celular fue de 32.000 c ls/mm³ sin presencia de cristales. El estudio microbiológico de este líquido articular incluyó examen directo con tinción de Gram, cultivo en agar sangre, agar chocolate, caldo tioglicolato, caldo cerebro-corazón y medio de Lowenstein-Jensen para estudio de micobacterias.



Figura 1. Aumento de volumen con Signos de flogosis rodilla derecha.

Estudios de LCR: Negativo para crecimiento bacteriano y/o micótico. Se excluyó la existencia de un foco clínico pulmonar mediante TAC de tórax y de un foco endocárdico con ecocardiograma trans-esofágico. En la tinción de Gram directa no se observaron bacterias ni elementos levaduriformes. A las 48 horas se constató en los agares sangre y chocolate el crecimiento de colonias mucosas y brillantes, de color crema, que fueron identificadas

como *C. neoformans* . El líquido articular que fue sembrada en un frasco de hemocultivo automatizado (Becton Dickinson) y medio de Sabouraud; nuevamente se apreció el crecimiento de levaduras a las 48 horas de incubación. Una muestra de suero para la detección de antígeno de *Cryptococcus* mediante técnica cualitativa de látex (Remel), dio resultado positivo. Se determinó la susceptibilidad *in vitro* a anfotericina B, fluconazol, itraconazol y ketoconazol mediante la técnica de difusión en agar con tabletas Rosco en medio de Shadomy y por E-TestMR, resultando susceptible a todos los agentes antifúngicos estudiados.

Las CIM fueron:

Fluconazol 1,0 µg/ml

Itraconazol 0,094 µg/ml

ketoconazol 0,016 µg/ml

Anfotericina B 0,125 µg/ml

La evolución radiológica evidenció importante pérdida del espacio femoro-tibial, con grandes imágenes erosivas en los márgenes articulares y un acentuado aumento de partes blandas. (Figura 2).



Figura 2. Rx de rodilla derecha con disminución del espacio femoro-tibial

Se inicia Anfotericina B sugiriendo nueva reevaluación por traumatología quienes realizan artroscopia la cual se evidenció: proliferación sinovial importante, practicándose sinovectomía parcial y biopsia.

La histopatología evidenció un proceso inflamatorio crónico granulomatoso con células gigantes de tipo cuerpo extraño y fragmentos de tejido óseo necrótico . Se observó un infiltrado tisular con abundantes microorganismos redondos y ovales de aproximadamente 7,5 a 10 µ, positivo para tinción de mucicarmin. En el cultivo de estas muestras de tejido sinovial también creció *C. neoformans*.

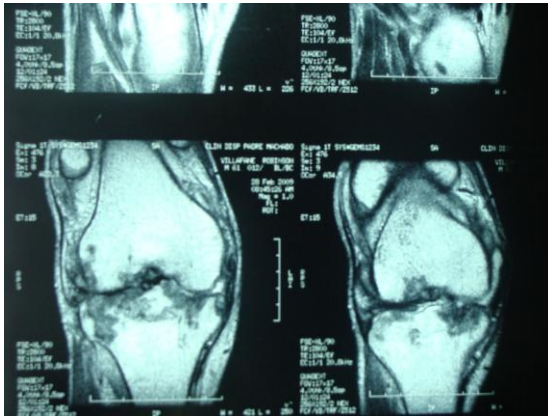


Figura 3. RMN de rodilla derecha infectada por *Cryptococcus*.

Se solicita Resonancia magnética de rodilla derecha (RMN), en donde se observa múltiples áreas focales de necrosis con bordes irregulares a predominio del platillo tibial con edema extendiéndose a los tejidos blandos adyacentes y erosiones corticales subcondrales. El paciente se mantuvo con Anfotericina B hasta completar la dosis acumulada de 2 gramos y luego se continuo con Itraconazol 200mg cada 12 por 6 meses actualmente en espera de turno quirúrgico para colocación de prótesis de rodilla.