

DE FOLICULITIS A OSTEOMIELITIS DE TIBIA: INFECCIÓN DISEMINADA POR SARM EN PRACTICANTE DE ARTES MARCIALES

M. Santana¹, F. Santana¹, C. Lorenzo¹, M.L. Uroz¹, C.K. Fernández-Valencia¹

¹ Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

Objetivos

Descripción de la evolución, tratamiento y resultados de una infección diseminada por estafilococo aureus con afectación articular de rodilla y osteomielitis de tibia proximal.

Material y metodología

Varón de 32 años, practicante de artes marciales que refiere un cuadro de un mes de evolución de foliculitis en MMII, y posteriormente bursitis de codo tratadas por su MAP.

Presenta empeoramiento progresivo del dolor en rodilla izquierda asociado a picos febriles, siendo ingresado para estduio.

Se aísla SARM en hemocultivos y líquido sinovial de rodilla izquierda.

Precisa varias intervenciones quirúrgicas entre las que se encuentran un lavado quirúrgico por artritis séptica y drenaje/desbridamiento de compartimento posterior de pierna por absceso en soleo. (Fig. 1-2)



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

No mejoría clínica, analítica ni en pruebas de imagen en las que se aprecia en último TAC afectación medular de tibia proximal compatible con osteomielitis severa. (Fig. 3-4)

Se decide finalmente nueva intervención quirúrgica realizando curetaje de tibia proximal a través de ventana ósea y aporte de antibioterapia local con Stimulant. (Fig. 5-6)

Tratamiento antibiótico manejado por Unidad de Infecciosas con daptomicina y rifampicina.

Tras la última cirugía el paciente presenta mejoría clínica y analítica, quedando como secuela una importante rigidez articular, que precisó tratamiento rehabilitador intenso.

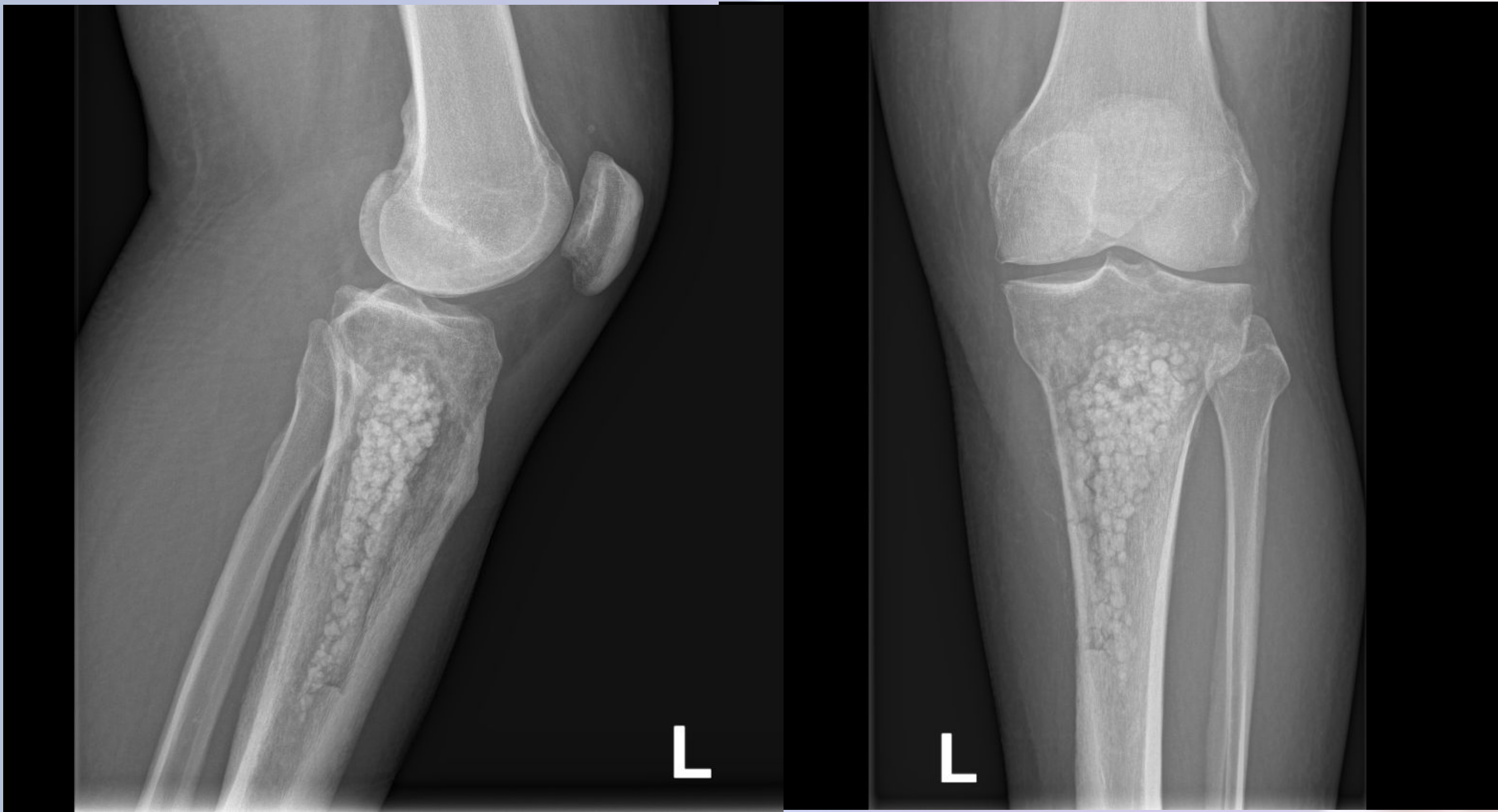


Fig. 5 Radiografía post-operatoria donde se aprecia el aporte deStimulante en la región cureteada.



Fig. 6 Radiografía de control en consultas 2 meses post-operado. Remodelado óseo del defecto.

Resultados

En el seguimiento en consultas el paciente presenta una mejoría progresiva de la movilidad (0- 110°), curación completa de las heridas, mejoría de los RFA y radiológica sin recidiva de osteomielitis.

Conclusiones

Aunque es un cuadro poco frecuente, las bacteriemias por S.aureus asociadas a pequeñas lesiones cutáneas en un ambiente sucio (en este caso el tatami) está descrito. En este caso, posteriormente fuimos conocedores de que varios compañeros de gimnasio del paciente presentaron infecciones leves por SARM. Importante conocer el ambiente epidémico del paciente para un correcto diagnóstico y tratamiento precoz, y así evitar la diseminación de la infección.

Bibliografía:

1. Lee AS, de Lencastre H, Garau J, Kluytmans J, Malhotra-Kumar S, Peschel A, Harbarth S. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus. Nat Rev Dis Primers. 2018 May 31;4:18033. doi: 10.1038/nrdp.2018.33. PMID: 29849094.
2. David MZ, Daum RS. Community-associated methicillin-resistant Staphylococcus aureus: epidemiology and clinical consequences of an emerging epidemic. Clin Microbiol Rev. 2010 Jul;23(3):616-87. doi: 10.1128/CMR.00081-09. PMID: 20610826; PMCID: PMC2901661.
3. Dhanoa A, Singh VA, Mansor A, Yusof MY, Lim KT, Thong KL. Acute haematogenous community-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus osteomyelitis in an adult: case report and review of literature. BMC Infect Dis. 2012 Oct 25;12:270. doi: 10.1186/1471-2334-12-270. PMID: 23098162; PMCID: PMC3529109.