

ARTRITIS SÉPTICA DEL PUBIS EN DOS DEPORTISTAS

JOSÉ A. ANDREWS, DANIEL RIZZATO LEDE, MELISA SENDEROVSKY, BÁRBARA C. FINN, NICHOLAS EMERY, FEDERICO BOTTARO, JULIO E. BRUETMAN, PABLO YOUNG

Servicio de Clínica Médica, Hospital Británico de Buenos Aires

Resumen La artritis séptica de pubis u osteomielitis púbica es la infección que compromete la sínfisis pubiana y su articulación. Es poco frecuente, representando menos del 1% de las osteomielitis. Afecta más a menudo a atletas jóvenes y a mujeres que se someten a cirugía ginecológica o urológica. Se presenta con fiebre y dolor púbico, irradiado a genitales, que aumenta con la movilización de la cadera lo que produce claudicación de la marcha. Debe hacerse el diagnóstico diferencial con la osteítis del pubis que es una condición inflamatoria estéril. La punción guiada por imagen suele ser necesaria para el diagnóstico diferencial con la osteítis del pubis. El diagnóstico se basa en la clínica apoyada en el aislamiento microbiológico, métodos por imágenes e incremento de las proteínas de fase aguda. Los agentes etiológicos más comúnmente encontrados son *Staphylococcus aureus*, seguidos de bacilos gram negativos, o pueden ser polimicrobianos en posquirúrgicos. El tratamiento antibiótico se ajusta al germen aislado por cultivo, además de antiinflamatorios y reposo. El desbridamiento quirúrgico se requiere hasta en el 55% de los casos. Se recomiendan antibióticos por 6 semanas. Se presentan dos casos de osteomielitis del pubis por *S. aureus*, con buena respuesta al tratamiento. Ambos pacientes eran jóvenes y deportistas.

Palabras clave: deportes, osteomielitis del pubis, dolor pélvico

Abstract *Septic arthritis of the pubic symphysis in two athletes.* Septic arthritis of the pubic symphysis, so called osteomyelitis pubis is the infection which involves pubic symphysis and its joint. It is a rare condition, representing less than one percent of all cases of osteomyelitis. It affects most frequently young athletes and women undergoing gynecologic or urologic surgery. It presents itself with fever and pubic pain which irradiates to the genitals and increases when hip is mobilized, and this fact produces gait claudication. Differential diagnosis should be made with pubic osteitis, which is a sterile inflammatory condition. Diagnosis is based on clinic supported by microbiologic culture results, image methods, and proteins augment during acute phase. Image guided puncture is often necessary for the differential diagnosis with pubic osteitis. The etiologic agents most commonly found are *Staphylococcus aureus*, followed by gram-negative bacilli, and polymicrobial infection in recent pelvis surgery. The antibiotic treatment is adjusted depending on the microbiological diagnosis, adding NSAIDs, and bed rest. Surgical debridement is required up to 55% of the cases. Two cases of osteomyelitis of the pubis by *S. aureus*, with good outcome to treatment with antibiotics, NSAIDs and rest are here described. Both patients were healthy relevant athletes.

Key words: osteomyelitis of the pubis, pelvic pain

La artritis séptica del pubis (ASP) u osteomielitis púbica (OMP) es la infección que compromete la sínfisis pubiana y su articulación. Es poco frecuente, representando menos del 1% de las osteomielitis, y se desconoce su verdadera incidencia. Hasta la fecha, se han descrito en la literatura aproximadamente 200 casos¹⁻⁸. Fue inicialmente descrita por Shepherd en 1911². Afecta a atletas jóvenes y a mujeres que se someten a cirugía

ginecológica o urológica^{1, 5-8}. Se describen dos casos de ASP en atletas jóvenes internados en el Hospital Británico entre los años 2008-2011.

Caso clínico 1

Varón de 24 años sin antecedentes de importancia, que consultó en reiteradas oportunidades por dolor pubiano e inguino-crural de un mes de evolución, progresivo, con irradiación a ambas caderas y claudicación en la marcha. Tres semanas antes del comienzo de los síntomas presentó una lesión pustulosa del hallux derecho, que requirió *toilette* quirúrgica y terapia antibiótica. Era deportista amateur (futbolista). Al examen físico se evidenció impotencia funcional de miembros inferiores y dolor a la palpación de la sínfisis pubiana. En los análisis de ingreso presentó velocidad de eritrosedimentación

Recibido: 27-X-2011

Aceptado: 5-I-2012

Dirección postal: Dr. Pablo Young, Servicio de Clínica Médica, Hospital Británico, Perdriel 74, 1280 Buenos Aires, Argentina
Fax (54-11) 43043393 e-mail: pabloyoung2003@yahoo.com.ar

globular (VSG) 32 mm en la primera hora (normal < 20), glóbulos blancos (GB) 20 800 por mm³ (normal < 10000), como únicos hallazgos. La Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de pelvis mostró edema óseo, hiperintensidad en secuencia T1 en sínfisis pubiana y partes blandas, compatible con ASP (Figs. 1 y 2). Uno de dos hemocultivos fue positivo para *Staphylococcus aureus* meticilino sensible (SAMS). Se realizó punción guiada por Tomografía Axial Computarizada (TAC) de la articulación pubiana, con rescate de SAMS. El examen eco-transesofágico (ETE) fue negativo para vegetaciones. Por diagnóstico de ASP recibió tratamiento con cefazolina intravenosa (IV) durante seis semanas. Evolucionó afebril, con mejoría del dolor y recuperación de la marcha.

Caso clínico 2

Varón de 21 años con antecedentes de hernioplastia inguinal y deportista (rugby). Ingresó a otro centro por cuadro clínico de 2 semanas de evolución, caracterizado por dolor inguinal derecho pulsátil, que aumentaba ante los esfuerzos, generando impotencia del miembro inferior ipsilateral, asociado a fiebre. Se realizó TAC de abdomen y pelvis que evidenció absceso perianal por lo que requirió drenaje quirúrgico, con cultivo de material quirúrgico y dos hemocultivos positivos para SAMS. Se trató con ampicilina sulbactam con egreso posterior. Reingresó una semana más tarde, por persistencia del dolor inguinal derecho, sumándose un nuevo dolor en la sínfisis pubiana, el que se exacerbaba con la marcha. Al ingreso presentó 5800 GB/mm³, VSG 55 mm en la primera hora, Proteína C Reactiva (PCR) 0.7 (normal < 0.3). Dos nuevos hemocultivos fueron positivos para SAMS. Se realizó TAC de abdomen y pelvis que evidenció separación de ambas ramas del pubis con alteración de la señal, por lo que se realizó diagnóstico de ASP. El ETE fue negativo. Se realizó una RMN de abdomen y pelvis de control una semana después, donde persistió alteración ósea del pubis bilateral con separación de

ambas ramas y pequeña imagen hipointensa con realce del lado derecho del pubis y partes blandas. Recibió cefazolina IV por seis semanas más rifampicina vía oral. Evolucionó afebril, con mejoría del dolor.

Discusión

La sínfisis del pubis es una articulación no sinovial, o anfiartrosis, situada en la confluencia de los dos huesos del pubis. Cada cara articular del pubis está cubierta por una capa delgada de cartílago hialino, unido al cartílago del lado opuesto por un grueso disco fibrocartilaginoso interpúbico, el cual está reforzado por los ligamentos pubiano superior y arqueado. En la estabilización de la sínfisis participan los músculos abdominales: recto abdominal, oblicuos internos y externos, y los músculos aductores que surgen de las ramas superiores e inferiores del pubis; estos dos grupos musculares actúan antagónicamente para estabilizar la sínfisis. Cualquier desequilibrio entre los músculos abdominales y aductores de la cadera puede causar osteítis del pubis⁹.

Ross y col¹, en una revisión de 100 casos, determinaron los principales factores de riesgo para ASP, entre ellos: cirugía de incontinencia urinaria, deportes que requieren aducción de caderas, enfermedad pélvica maligna, drogadicción IV, posparto, cateterización cardíaca y herniorrafía entre otros. La causa más común de la ASP es la inoculación postoperatoria, y los casos de osteomielitis sin origen identificable son de atletas sanos (fútbol), o posteriores al parto vaginal⁵⁻⁸.



Fig. 1.- RMN en secuencias T2 Fat coronal. Se observa que ambas ramas pubianas presentan hiperintensidad de su señal a nivel de la médula ósea preservando la señal de la cortical (flechas).



Fig. 2.- RMN en secuencias T2 Fat sagital. Se observa que una rama pubiana presenta hiperintensidad de su señal a nivel de la médula ósea preservando la señal de la cortical (flecha).

El agente etiológico más frecuente en la recopilación de Ross fue el *S. aureus* (34% de los pacientes), y es el germen más común hallado en atletas. Le sigue en frecuencia la *Pseudomonas aeruginosa*, que predomina en usuarios de drogas IV, y la flora polimicrobiana en pacientes con cirugía pélvica reciente, o enfermedad pélvica maligna, entre varios otros^{1,7}. Existe consenso en la actualidad que la punción articular es un elemento fundamental en la evaluación de una monoartritis séptica¹⁰.

Nuestros pacientes presentaron una ASP; en uno de los casos se realizó punción guiada por TAC con rescate de SAMS, y en el otro caso teniendo en cuenta la clínica característica, hemocultivos positivos y hallazgos imagenológicos típicos, con elevación de proteínas de fase aguda, no se consideró necesaria. En ambos casos se realizó antibioticoterapia IV por 6 semanas, con evolución clínica satisfactoria y recuperación total de su actividad física. Ambos pacientes presentaron antecedentes de infección previa, además de ser deportistas.

El diagnóstico se basa en la clínica apoyada por el aislamiento microbiológico, y métodos de imágenes, observando aumento en las proteínas de fase aguda¹⁻⁸.

La clínica destaca como principal síntoma el dolor, que se ubica en la sínfisis púbica y puede irradiarse a ingle, muslos o glúteos, aumentando con la actividad física y con la abducción de la cadera. La mitad de los pacientes se presentan con marcha antálgica con claudicación. Según la literatura, la fiebre mayor a 38 °C estaría presente en 74% de los casos y las linfadenopatías inguinales en menos de 5%^{1,3-5}.

En cuanto a los datos de laboratorio, encontramos leucocitosis, aumento de los niveles de proteína C reactiva (PCR) y VSG, además de hemocultivos positivos. Deberían tomarse muestras de PCR seriadas para determinar la respuesta al tratamiento antibiótico más allá de la clínica^{1,3}.

Dentro de los exámenes de imágenes, la radiografía simple de pelvis es un examen de baja sensibilidad para el diagnóstico de ASP, alrededor de 68%, especialmente en estados iniciales de la enfermedad. Cuando es positiva, la radiografía simple muestra márgenes óseos irregulares, erosión ósea y lesiones osteolíticas¹¹. La RMN y la TAC son más sensibles que la radiografía simple, mostrando cambios inflamatorios de forma más precoz. Los hallazgos incluyen fluido sinfival y edema u otras lesiones de partes blandas peri-púbicas. En caso de osteomielitis, la destrucción ósea es prominente¹¹.

El tratamiento antibiótico debe ser iniciado lo más pronto posible; se inicia con un esquema empírico que cubra los agentes etiológicos más frecuentes, considerando los factores de riesgo del paciente, ya que esto último lo predispone a padecer infecciones por agentes determinados. Se ha notificado una alta prevalencia de osteomielitis en pacientes con ASP, mayor a 95%, por lo que se recomienda un tratamiento antibiótico IV de por

lo menos dos semanas, seguido de antibióticos orales hasta cumplir seis semanas totales. Se deben indicar antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y reposo físico¹⁻⁸.

En la revisión de Ross y col, el 55% de los pacientes requirió cirugía como complemento del tratamiento antibiótico, estableciéndose que la infección extensa, la presencia de cuerpos extraños, la diástasis pélvica secundaria a necrosis ósea, la inestabilidad pélvica, la perforación vesical y dolor grave que no responde al tratamiento antibiótico podrían considerarse indicaciones de cirugía¹.

La ASP es de buen pronóstico, y cuando se trata con antibióticos adecuados la recuperación es excelente.

Es importante realizar diagnóstico diferencial con patologías ginecológicas, urológicas, abdominales como la apendicitis aguda y osteítis del pubis. La osteítis púbica es un término utilizado para describir una condición benigna y autolimitada que afecta al pubis, de etiopatogenia aún incierta. Se caracteriza por cuadros de dolor pélvico, específicamente en la ingle, que aumenta con la deambulación y la abducción de la cadera, pudiendo incluso presentar fiebre leve en algunos casos. No se asocia a un cuadro infeccioso y se presenta con cultivos siempre negativos, siendo esta característica la que la diferencia de la osteomielitis del pubis. Se asocia a etiologías como trauma, período posparto, atletismo y procedimientos quirúrgicos del sistema digestivo, urológico y genital. Responde de excelente forma al tratamiento con AINES o corticoides^{1,3-5,12,13}.

En síntesis, la ASP es una entidad infrecuente, que requiere un alto índice de sospecha para evitar un retraso en el diagnóstico y el tratamiento que pueden llevar a complicaciones graves, tales como la inestabilidad pélvica, diástasis púbica, e incluso perforación de vejiga urinaria.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Bibliografía

- Ross JJ, Hu LT. Septic arthritis of the pubic symphysis; review of 100 cases (Review). *Medicine (Baltimore)* 2003; 82: 340-5.
- Shepherd FJ. Tuberculous osteomyelitis of the symphysis pubis. *Can Med Assoc J* 1911; 1: 881-2.
- Pauli S, Willemsen P, Declerck K, Chappel R, Vanderveken M. Osteomyelitis pubis versus osteitis pubis: a case presentation and review of the literature. *Br J Sports Med* 2002; 36: 71-3.
- Knoeller SM, Uhl M, Hergert GW. Osteitis or osteomyelitis of the pubis? A diagnostic and therapeutic challenge: report of 9 cases and review of the literature (Review). *Acta Orthop Belg* 2006; 72: 541-8.
- Choi H, McCartney M, Best TM. Treatment of osteitis pubis and osteomyelitis of the pubic symphysis in athletes: a systematic review. *Br J Sports Med* 2011; 45: 57-64.
- Esckridge C, Longo S, Kwark J, Robichaux A, Begnaud W. Osteomyelitis pubis occurring after spontaneous vaginal delivery: a case presentation. *J Perinatol* 1997; 17: 21-4.

7. Mader R, Yeromenko E. Pseudomonas Osteomyelitis of the symphysis pubis after inguinal hernia repair. *Clin Rheumatol* 1999; 18: 167-9.
8. Sexton DJ, Heskestad L, Lambeth WR, McCallum R, Levin LS, Corey GR. Postoperative pubic osteomyelitis misdiagnosed as osteitis pubis: report of four cases and Review. *Clin Infect Dis* 1993; 17: 695-700.
9. Gamble JG, Simmons SC, Freedman M. The symphysis pubis. Anatomic and pathologic considerations. *Clin Orthop* 1986; 203: 261-72.
10. Lupovitch A, Elie JC, Wysocki R. Diagnosis of acute bacterial osteomyelitis of the pubis by means of fine needle aspiration. *Acta Cytol* 1989; 33: 649-51.
11. Gibbon W, Hession P. Diseases of the pubis and pubic symphysis: MR imaging appearances. *AJR* 1997; 169: 849-53.
12. Lentz SS. Osteitis pubis: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1995; 50: 310-5.
13. Andrews SK, Carek PJ. Osteitis pubis: a diagnosis for the family physician. *J Am Board Fam Pract* 1998; 11: 291-5.

[...] “Con el sistema actual de fosos de depósitos para las aguas servidas y demás, no hay casa que no esté, más o menos, en condiciones insalubres. Todo esto podría evitarse con la instalación del servicio de cloacas [...] pero se ha visto que, lejos de propender a tan saludable objeto, se ha tratado de impedirlo, en todo sentido. Ahí está, todavía, la propuesta del sifón del Riachuelo, del que todo dependía. Desgraciadamente, se ha hecho todavía algo peor, en el sentido sanitario, que obstaculizar la construcción del sifón del Riachuelo. Como se sabe, se ha habilitado una gran parte de las cloacas sin dar a las materias en ellas arrojadas la salida que deben tener y este abuso, [...] ha dado resultados que empeoran las condiciones del aire ya malsano que se respiraba, siendo que hay muchos barrios de la ciudad, [...] en que las emanaciones que se producen desde las cloacas alarman, tanto como incomodan, al vecindario. Pero continuamos con los ojos cerrados y con las cloacas sin salida habilitadas al servicio público”(La Nación. 29 de diciembre de 1887).

[...]

En 1905, el Radio Antiguo (Barrios del este de la ciudad) ya tenía funcionando los tres servicios: agua corriente, cloacas y desagües pluviales. Cinco años más tarde y pese a que desde 1895 la Municipalidad de Buenos Aires había prohibido la excavación de pozos ciegos, solamente el 40 por ciento de las viviendas estaba conectada a la red cloacal. Así lo registró el censo de 1910, por lo que los carros atmosféricos y luego los camiones atmosféricos siguieron trabajando en el desagote de esos pozos por muchos años más. Mientras tanto, la ciudad festejaba fastuosamente el Centenario.

En 1895 se levantó un censo que dio como resultado una población de 663 854 personas en la ciudad de Buenos Aires. El de 1914 trajo como novedad que en el transcurso de una década tal población casi se había triplicado: 1 575 814 almas. [...]

Ángel O. Prignano

Buenos Aires higiénica. Agua y cloacas: entre la realidad y la ficción. Buenos Aires: Ediciones CICCUS, 2010, p 51-52