

Artritis séptica por *Candida spp*, en un recién nacido. Reporte de un caso

Rocío Demesa Arévalo,* Alfredo Valdés López,* Juan Fernando García Robledo*

RESUMEN

La artritis séptica afecta más a los niños que a los adultos y su incidencia es de 6 a 12 de cada 100 000. La *Candida spp* puede estar presente como germen etiológico de la artritis séptica, sin embargo es muy poco frecuente. El tratamiento de elección es la anfotericina B por dos o tres semanas; de segunda elección encontramos al fluconazol por seis meses o más, con el fin de erradicar el germen y mantener funcional la articulación implicada. Se presenta el caso de un neonato con artritis séptica por *Candida spp*.

Palabras clave: Artritis séptica, *Candida spp*.

ABSTRACT

Septic arthritis is more frequent seen in children than adults, its incident in children has been estimated in 5.5 to 12 cases by 100,000. *Candida spp* etiological implicated in the arthritis but is infrequent. Election drug for treatment is amphotericin-B, for two or three weeks, followed by fluconazole during six more months in order to eradicate the infection an to preserve the joint function. We report a case of a baby to arthritis by *Candida spp*.

Key words: Septic arthritis, *Candida spp*.

INTRODUCCIÓN

La artritis séptica es más frecuente en los niños que en los adultos, se estiman frecuencias de 5.5 a 12 por cada 100 000 casos reportados.¹⁻³ Dentro de las etiologías más frecuentes se encuentran las de tipo bacteriano, siendo el germen más común el *S. aureus*, seguido de *Streptococcus spp*, *H. influenzae* y *S. pneumoniae*; entre otros agentes encontramos a las rickettsias y en menor proporción a *Candida spp*.¹⁻⁵

La *Candida albicans* es un hongo del tipo de las levaduras, considerado el germen más oportunista en los seres humanos; entre los factores de riesgo para la colonización por este hongo dentro de un área hospitalaria se describen procedimientos de tipo invasivos, tales como colocación de catéteres intravenosos, nutrición parenteral, inmunodeficiencias, empleo de antibióticos de amplio espectro, neutropenias.^{4,6,8,10,11}

En este caso, se presenta el curso de un paciente del Área de Neonatología, el cual cursa con artritis séptica en

rodilla por *Candida spp*. Las artritis por *Candida* son infecciones poco frecuentes. Constituyen una complicación de una candidemia y sólo ocasionalmente se deben a su inoculación directa en la articulación, durante un procedimiento quirúrgico o inyección intraarticular de corticosteroides.^{1,9}

REPORTE DE CASO

Masculino de 26 días de vida, originario de Texcaltlán, Almoloya de Alquisiras, Estado de México. Padres de la segunda década de la vida, sanos. Producto de la gesta V, obtenido por cesárea, pretérmino de 34 semanas por ruptura prematura de membranas.

Padecimiento actual: lo inicia a los 20 días de vida, con dificultad respiratoria y diagnóstico de sepsis neonatal tardía y neumonía, manejado con vancomicina y ceftazidime por 14 días; ameritó ventilación mecánica por ocho días.

Cinco días después inicia con dolor en rodilla izquierda, que incrementa con la flexión y extensión, crepitación a la movilización y aumento de volumen (*Figura 1*).

* IMIEM, Hospital para el Niño, Departamento de Neonatología.



Figura 1. Inmovilización inicial.



Figura 2. Rx AP comparativa de rodillas.



Figura 3. Aumento de volumen de tejidos blandos.



Figura 4. Destrucción de rodilla izquierda.

A su ingreso con peso 2.4 kg, talla 40 cm, PC 33 cm, glucometría de 110 mg/dL, FC de 133X', FR 36X' temperatura de 36 °C. Laboratorio: BH: 11 100 leucocitos, linfocitos 54%, segmentados 42%, monocitos 2%, eosinófilos 2%, Hb 9.6 g, Hto. 29.9%, plaquetas 365 mil/mm³. PCR 7.3 mg/dL, VSG 26 mm/h.

Se inicia manejo con dicloxacilina a 100 mg/kg/día. Rx de rodilla con aumento de volumen de tejidos blandos, sin afección a cartílago articular (Figuras 2 y 3).

Se realiza artrocentesis y se agrega ampicilina y amikacina. Se cultiva líquido sinovial, tinción de Gram con ausencia de bacterias.

Cinco días después inicia con datos sugestivos a nivel radiográfico de lisis en metáfisis proximal, en ortopedia se realiza exploración quirúrgica, pasa a aseo quirúrgico.

Cultivo de líquido sinovial con *Candida* spp, se realiza artrotomía evacuadora y se inicia tratamiento con anfotericina B a 1 mg/kg/día.

Se declara diagnóstico de osteomielitis por destrucción de rodilla izquierda a nivel de fémur y tibia izquierda (Figura 4). Su evolución clínica es satisfactoria, completándose dosis acumulada de anfotericina de 90 mg/kg. Se egresa por mejoría y con pruebas de función renal normal.

DISCUSIÓN

La infección por *Candida* spp es muy poco frecuente, existen pocos reportes en la literatura médica de casos de artritis séptica por dicha levadura, la articulación principalmente afectada en recién nacidos es rodilla, seguida de cadera según Swanson (Cuadro I).^{1,2,6,9,10}

Las manifestaciones clínicas de artritis causada por *Candida* no difieren significativamente de aquellas de origen bacteriano, con fiebre, dolor y signos inflamatorios locales, aunque un tercio de los casos tiene un curso más insidioso, con sólo leves síntomas que pueden retardar el diagnóstico.^{5,8,10}

La artritis puede ser adquirida de manera hematogena por diseminación o por inoculación directa al paciente, el cual en este caso cuenta con antecedentes de hospitalizaciones previas.²⁻⁵ Las guías actuales para el tratamiento de artritis séptica por *Candida* spp refieren tratamiento por dos semanas después de que haya desaparecido la sintomatología y haya sido diagnosticada la septicemia por *Candida*, además de que se recomienda descartar siembras en otros órganos.^{6,7,11}

Las últimas recomendaciones de la IDSA señalan el inicio de manejo empírico con anfotericina B ante la sospecha clínica, por al menos tres semanas de manera intravenosa y si el paciente se encuentra estable podría cambiarse a fluconazol vía oral hasta el término de seis meses para evitar recaídas.^{7,12}

Por lo anterior, queda muy claro que el tratamiento de elección para artritis séptica por *Candida* spp deberá realizarse con anfotericina B, y que la administración intravenosa deberá ser por al menos tres semanas, que debe

Cuadro 1. Casos reportados de niños con artritis séptica por *Candida albicans* (1996-2004).

Refcia.	Edad	Sexo	Factor predisp.	Localizado	Aislamiento	Tratamiento inicial	Duración	Evolución
6	78d	M	Pretérmino 28s	Rodilla	<i>C. albicans</i>	Anfotericina B	2 semanas	Curado
7	48d	M	Antibióticos de amplio espectro, cirugía abdominal, catéter	Hombro y rodilla	<i>C. albicans</i>	Anfotericina B Fluconazol	2 semanas 7 semanas	Curado
8	3 m	M	Pretérmino 28 seg, catéter umbilical, Candidemia previa.	Cadera	<i>C. albicans</i>	Anfotericina B	21 días	Curado
8	3 m	M	Pretérmino 30 seg, catéter umbilical, Candidemia previa	Cadera	<i>C. albicans</i>	Anfotericina B Flucitosina	7 semanas 12 semanas	Curado
8	5 m	M	Pretérmino 30 seg, catéter umbilical, Candidemia previa	Cadera	<i>C. albicans</i>	Anfotericina B	6 semanas	Curado
9	11 m	M	Catéter, NPT, Candidemia previa	Rodilla	<i>C. albicans</i>	Anfotericina B Fluconazol	4 semanas 2 semanas	Curado
10	10 ^a	M	Ninguno	Rodilla	<i>C. albicans</i>	Anfotericina B	6 semanas	Curado
11	3.5 m	M	Transposición de grandes arterias	Rodilla	<i>C. albicans</i>	Fluconazol	6 semanas	Curado

Fuente: Journal of Pediatrics 1996; 129: 688-94.

de asociarse al manejo quirúrgico para mejor pronóstico y posteriormente evaluar si el paciente se encuentra estable y entonces continuar la terapéutica hasta completar seis meses con fluconazol.^{7,12}

BIBLIOGRAFÍA

- Krogstad P. Osteomielitis and septic arthritis. In: Feigin F Chery JD, Deminier GI, Kaplan SL, et al. *Textbook of Pediatric Infectious Diseases 5th Philadelphia*: Saunders 2004.
- Fraser VI, Jones M, Dunkel J, Storfer S, Medoff G, Dunagan W. *Candidemia in tertiary care hospital: epidemiology, risk factor and predictors of mortality*. Clin Infect Dis, 1992; 15: 414-21.
- Kossof EH, Buscher SB, Karlowicz G. *Candidemia in neonatal intensive unit: trends during fifteen years an clinical feature of 111 cases*. Pediatric Infect Dis, 1998; 17: 504-8.
- Saiman L, Ludington E, Pfaller M, Rangel-Frausto S, Wiblin DJ, Blumber HM, Patterson JE, et al. *Risk factors for candidemia in neonatal intensive care unit patients*. Ped Infect Dis, 2000; 19: 319-24.
- Chaves PA, Mendoza NC, Morales GA, Papic GZ, Benveniste DS. *Infección osteoarticular por Candida albicans*, 2000; 17 (4): 340-3.
- Murphy O, Gray, Wagget J, Pedler SJ. *Candida arthritis complicating long term total parenteral nutrition*. Ped Infect Dis, 1997; 16: 329.
- Barson WI, Marcon MI. *Successful therapy of Candida albicans arthritis with a sequential intravenous amphotericin B and oral fluconazol régime*. Ped Infect Dis, 1996; 15: 111-19.
- Benjamín Jr DK, Stol BJ, Fanaroff AA, Mc Donald SA, Oh W, Higgins RD, et al. *Neonatal candidiasis among extremely low birth weight infants*. Pediatrics, 2006; 117 (1): 84-92.
- Swanson H, Hughes PA, Messer SA, Lepow ML, Pfaller MA. *Candida albicans arthritis one year after successful treatment of fungemia in a healthy infant*. J Pediatr, 1996; 129: 688-94.
- Hacimustafaoglu M, Cil E, Sarisözen B, Zincirci M, Ildirim I. *Bilateral septic arthritis of the knee joint in three children cause by unusual infectious agents*. Pediatr Int, 2001; 43: 697-700.
- Koven NL, Clark MM, Cody CS, Stanley CA, Baker L, Douglas SD. *Impaired chemotaxis and neutrophil (polymorphonuclear leukocyte) function in*. Pediatr Res, 1986; 2: 103-105.
- Pappas PG, Rex JH, Sobel JD, Filler SG, Dismukes WE, Walsh TJ et al. *Guidelines for treatment of candidiasis*. Clin Infect Dis, 2004; 38: 161-89.