



I-21. - DIEZ AÑOS DE INFECCIÓN OSTEOARTICULAR NEUMOCÓCICA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL

M. Fernández García¹, A. Casado Díez¹, C. Salas Venero², J. Hernández Hernández¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

Resumen

Objetivos: Conocer las características clínicas, epidemiológicas, microbiológicas, evolutivas y los tratamientos realizados en los pacientes diagnosticados de infección osteoarticular bacteriémica neumocócica en el Hospital Marqués de Valdecilla durante los años 2003-2013.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo de las historias clínicas de todos los pacientes diagnosticados de artritis, osteomielitis y/o espondilodiscitis neumocócica bacteriémica durante el período de tiempo mencionado, a través de la consulta de las bases de datos informatizadas del Servicio de Admisión y Documentación Clínica y del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander.

Resultados: Entre los años 2003-2013 en nuestro centro se registraron 321 pacientes con bacteriemia neumocócica de los cuales 6 presentaron algún tipo de afectación osteoarticular. La mayoría de ellos fueron pacientes varones (n = 4). El 66% era mayor de 65 años. El antecedente de asplenia estuvo presente en 1 de los pacientes. El antecedente de enfermedad hematológica estuvo presente en el 67% (GMSI, linfoma linfoplasmocítico, linfoma de Hodgkin) y el 50% tenía el antecedente de una afectación osteoarticular grave (n = 1 osteoartritis, n = 2 osteonecrosis). La cadera fue la articulación implicada con mayor frecuencia. El foco primario de la bacteriemia neumocócica fue una neumonía en el 50% de los casos. La afectación poliarticular estuvo presente en el 50% de los casos. Se registraron 2 casos de espondilodiscitis y solamente un caso de osteomielitis. Uno de los pacientes presentó afectación osteoarticular a tres niveles (artritis, espondilodiscitis y osteomielitis). Los hemocultivos fueron positivos en el 88% de los casos, a diferencia de los cultivos del líquido articular (33%). Los betalactámicos fueron los antimicrobianos utilizados con mayor frecuencia (83%). La duración media del tratamiento antibiótico fue de 5,3 semanas. Todos los pacientes habían sido vacunados con la vacuna polisacárida 23V. El serotipo 6C fue el aislado con mayor frecuencia (33%). La totalidad de los pacientes evolucionó de forma satisfactoria hacia la curación.

Discusión: La infección osteoarticular por *Streptococcus pneumoniae*, encuadrada dentro de la enfermedad neumocócica invasiva (ENI) es poco frecuente y no es habitual en los adultos sanos. La incidencia encontrada en nuestra serie (1,89) es similar a la comunicada por otros autores. Hemos encontrado un predominio de los pacientes mayores de 65 años con antecedentes de inmunosupresión (neoplasia hematológica, de órgano sólido...) de forma similar a lo publicado en la

literatura aunque en las series publicadas la relación varón-mujer suele ser 1:1. La afectación poliarticular neumocócica es más frecuente que en el caso de artritis séptica por otros gérmenes y en nuestra serie supera la encontrada habitualmente en la literatura (30%). Todos los pacientes habían recibido tratamiento antibiótico antes de la realización de los estudios microbiológicos, hecho que puede explicar el alto porcentaje de negatividad del líquido articular encontrado. El serotipo aislado con mayor frecuencia (6C) no está incluido en ninguna de las vacunas comercializadas en la actualidad para la prevención de la ENI y existen numerosos estudios que indican un incremento en la incidencia de la ENI debido a este serotipo. La vacuna conjugada (VNC13) ha mostrado reacción in-vitro frente al serotipo 6C.

Conclusiones: Es necesario mantener un alto índice de sospecha frente al neumococo como causa de infección osteoarticular, en especial en aquellos pertenecientes a los grupos de riesgo para el desarrollo de la ENI. Ante un paciente con dolor articular en el que se objetive una bacteriemia por neumococo es importante recordar que la afectación articular puede ser multifocal. Se debe llevar a cabo un programa de vacunación correcto que incluya la vacuna conjugada 13V en los pacientes de riesgo de desarrollar una ENI a fin de prevenir cualquiera de sus manifestaciones.