

Caso	(104) Artritis infecciosa femoro-acetabular
Autores	Eloy Naranjo Moreno, Serrano N, Blancas C, Soria N, Aparicio Jc, Pruna X
Centro	Hospital General De Granollers

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 49 años que refiere dolor en zona inguinal derecha de menos de dos semanas de evolución que se intensifica al iniciar la marcha y se acompaña de incapacidad funcional. Tras primera consulta médica se orienta el cuadro como tendinitis de aductores y se trata con analgesia. La paciente reconsulta a urgencias por intensificación de la clínica en reposo.

Se realiza resonancia magnética de pelvis ósea en la que se aprecia una ocupación de la articulación coxofemoral derecha a expensas de aumento de líquido dentro de la cavidad articular. También se observa distensión de la bursa del iliopsoas e hiperintensidad de señal de la musculatura de la cadera afectando al iliopsoas, glúteos menor y medio, aductores y obturador interno ipsilaterales.

Después de administrar gadolinio intravenoso se ponen de manifiesto pequeñas colecciones laminares inferiores a 3mm no confluentes y de localización intramuscular que predominan en músculo iliopsoas y aductores.

DISCUSIÓN

Se realizan secuencias potenciadas en T1, DP Fat Sat, STIR y T1 Fat Sat con contraste intravenoso. En esta prueba se observa que la ocupación articular es a expensas de un derrame sinovial con distensión de la bursa del músculo iliopsoas y la hiperintensidad de señal de la musculatura de la cadera derecha corresponde con una piomiositis de la musculatura aproximadora (glúteos e iliopsoas).

La captación de contraste por parte de la membrana sinovial y la presencia de pequeñas colecciones laminares no confluentes en el seno de la musculatura aductora y en menor cantidad en el iliopsoas, todas ellas menores de 3mm, son hallazgos sugestivos de artritis de la articulación femoro-acetabular derecha.

Ante la sospecha radiológica de artritis séptica se interviene utilizando un abordaje anterior con incisión en el pliegue inguinal para desbridar y colocar redón intracapsular tomando muestras microbiológicas que posteriormente corroborarían el diagnóstico por imagen detectando *Streptococcus agalactiae* en el líquido articular extraído.

La infección articular es una de las principales urgencias en el ámbito de la radiología músculo-esquelética y es importante tener en mente los hallazgos que nos tienen que hacer pensar en dicha afectación. El realce de la membrana sinovial y su engrosamiento, el edema óseo reactivo que podemos detectar como señal hipointensa de manera parcheada, el edema perisinovial con señal hiperintensa de los tejidos periarticulares y el derrame articular que aparece hipointenso en secuencias T1 y que puede ser heterogéneo en T2 (dependiendo del tipo de

contenido líquido) son algunos de los principales signos, siendo la demostración de colecciones un hallazgo muy específico tal y como ocurre en el caso de nuestro paciente.

CONCLUSIÓN

La correcta definición y caracterización de las lesiones infecciosas articulares es de gran importancia en las urgencias pues es motivo de desbridamiento. Este caso nos ilustra algunos de los puntos clave visibles en este tipo de pacientes como el engrosamiento y captación de la membrana sinovial, el derrame articular, así como determinar la aparición de colecciones y la señal hiperintensa en RM de las estructuras periarticulares que nos pueden indicar piomiositis.

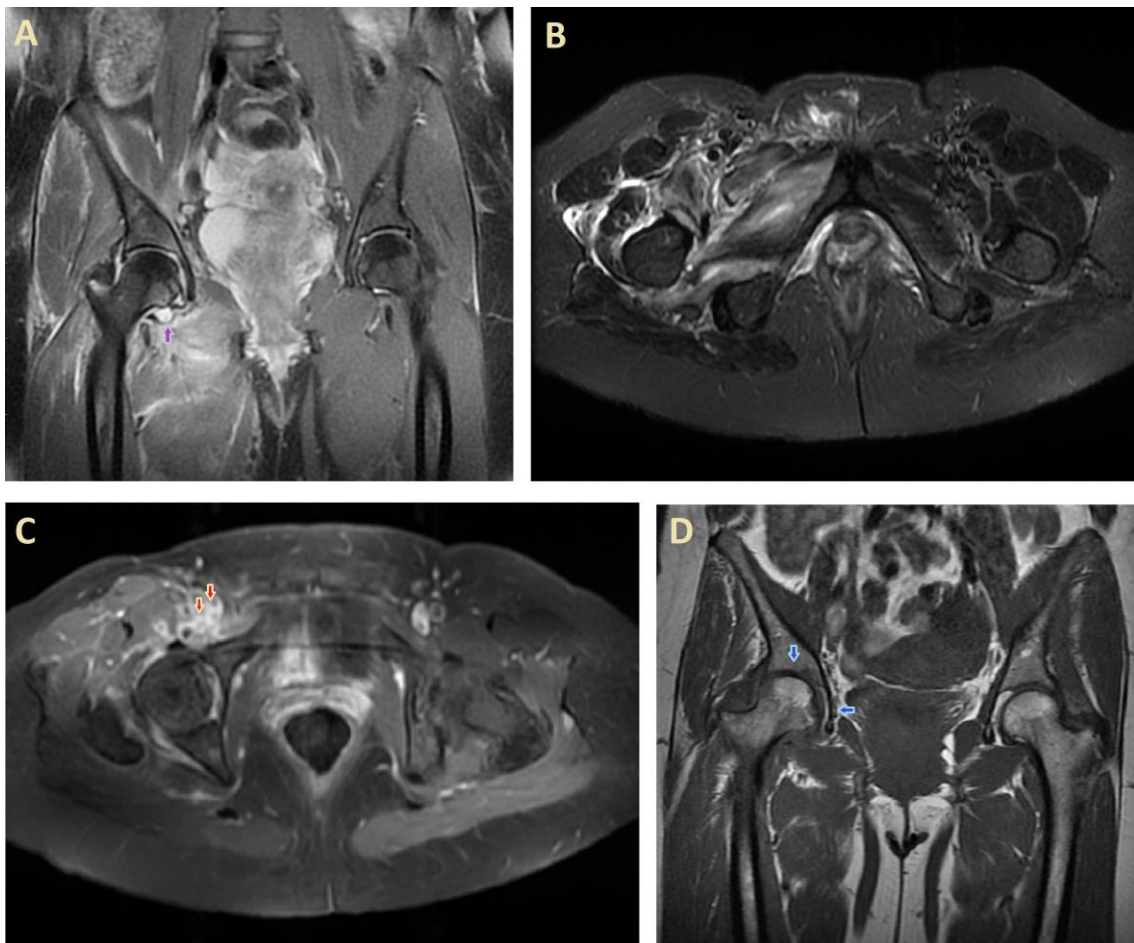


Figura 1. Artritis infecciosa de cadera derecha que se acompaña de distensión de la bursa del músculo iliopsoas e hiperintensidad de señal de la musculatura correspondiente a piomiositis. A: Corte sagital de RM potenciado en densidad protónica con supresión grasa en la que se puede observar derrame articular (flecha lila) e hiperintensidad de estructuras periarticulares derechas. B: Corte axial de RM potenciado en STIR donde se observa hiperintensidad de señal de la musculatura aductora derecha. C: Corte axial de RM potenciado en T1 con supresión grasa con contraste endovenoso donde se observan colecciones inferiores a 3mm (flechas rojas) en el seno de la musculatura aductora y en menor cantidad en el iliopsoas. D: Resonancia magnética de control aproximadamente un mes después de la urgencia donde se observa destrucción articular y pinzamiento del espacio articular residual (flechas azules).

BIBLIOGRAFÍA

1. Kothari NA, Pelchovitz DJ, Meyer JS. Imaging of musculoskeletal infections. *Radiol Clin North Am.* 2001;39(4):653-71.
2. Restrepo S, Vargas D, Riascos R, Cuellar H. Musculoskeletal infection imaging: past, present, and future. *Curr Infect Dis Rep.* 2005 ;7(5):365-72.
3. Karchevsky M, Schweitzer ME, Morrison WB, Parellada JA. MRI findings of septic arthritis and associated osteomyelitis in adults. *AJR Am J Roentgenol.* 2004;182(1):119-22.