



Sinovitis por cuerpo extraño punzante

E. Palazzo

Las sinovitis por punción con cuerpo extraño, sean de origen vegetal o animal, constituyen una causa infrecuente de tenosinovitis o de monoartritis. Hay que pensar en el diagnóstico en caso de afectación aislada de las partes distales (manos, pies) y de las extremidades inferiores, en primer lugar de la rodilla y el tobillo, especialmente en los niños, o en caso de exposición ocupacional o por actividad recreativa (jardinero, submarinista en agua del mar). El diagnóstico puede ser difícil o establecerse con retraso, sobre todo si la punción ha pasado desapercibida o se ha olvidado. El diagnóstico de certeza se basa en la anatomía patológica, que pone de manifiesto una sinovitis granulomatosa y en la presencia de espinas. Las radiografías simples pueden mostrar la espina cuando es de origen animal, debido a su composición en calcio; la ecografía es útil porque puede revelar la presencia de un cuerpo extraño en forma de una imagen lineal hiperecogénica y orientar el diagnóstico. La resonancia magnética (RM) puede no sólo mostrar el objeto extraño, sino también evaluar la extensión de la sinovitis y guiar el tratamiento. El tratamiento se basa en la extirpación del cuerpo extraño y en una sinovectomía, a veces localizada, pero casi siempre completa, para evitar la recidiva. La sobreinfección bacteriana es infrecuente. El principal agente infeccioso que se identifica es Pantoea agglomerans.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Tenosinovitis; Monoartritis; Erizo de mar; Espina vegetal; Cuerpo extraño; Sinovitis granulomatosa

Plan

■ Introducción	1
■ Agentes responsables	1
■ Contexto de aparición y manifestaciones clínicas	1
■ Estudio del líquido articular	2
■ Pruebas de imagen	2
■ Patología	2
■ Tratamiento	2
■ Enfermedades asociadas	2
Infecciones	2
Reumatismo inflamatorio crónico	3
■ Conclusión	3

■ Introducción

Los pinchazos o las picaduras producidos con espinas de origen vegetal o animal no tienen habitualmente consecuencias. La extirpación o la expulsión espontánea del cuerpo extraño impiden la aparición de complicaciones. Sin embargo, estas lesiones por punción pueden complicarse con tenosinovitis o artritis cerca del punto de entrada de la espina, lo que refleja habitualmente una

reacción a cuerpo extraño que suele persistir mientras éste no se retire. La sintomatología depende de la localización de la penetración, de la importancia de los síntomas provocados por la picadura, de la edad del paciente y del modo de penetración de la espina (accidental o profesional).

■ Agentes responsables

Varían según el clima y las zonas geográficas. Los agentes vegetales más a menudo implicados son las espinas de palmera datilera [1-7], de arbustos de endrino [8-12], de cactus [13] y, más raramente, las espinas de rosales [10, 14, 15], de buganvillas [16, 17], de espino blanco, de yuca, de *Pyracantha* (espinos de fuego) [9, 11, 18] o astillas de madera [19].

Los agentes animales están principalmente constituidos por las espinas de erizo de mar [3, 20-28], de pescado [29], la mandíbula del pez «aguja de mar» [30] o, también, los aguijones de los himenópteros [31].

■ Contexto de aparición y manifestaciones clínicas

El tiempo que transcurre hasta la aparición de los síntomas es extremadamente variable: puede ir desde unas

pocas horas hasta varios años (7 años), aunque habitualmente es de 10 semanas [27, 32]. Los síntomas varían en función de la zona de la penetración, de la importancia de los signos locales en el punto de penetración y también de las circunstancias de la punción y la edad. De hecho, la punción puede pasar desapercibida en un niño que cae con frecuencia y que no siempre puede explicar el lugar y las circunstancias de la caída. La punción puede considerarse como banal en un trabajador como un jardinero o un buzo, acostumbrados a sufrir heridas que, por lo general, no tienen consecuencias.

En los niños, las localizaciones más frecuentes son, con mucho, la rodilla y a continuación los dedos, la muñeca, el tobillo [5, 7, 32-37] y el codo [38]. La punción se debe casi siempre a espinas vegetales al caer jugando y después de la adquisición de la edad de la marcha; más raramente, a pinchazos con erizos de mar [28, 37].

En los adultos, las localizaciones más frecuentes son las partes distales, sobre todo los dedos de las manos y también de los pies, las rodillas y la bolsa prerrotuliana [3, 13, 28].

Los pinchazos con plantas y animales, principalmente con las espinas de erizos de mar, están implicados en las mismas proporciones [39].

Las manifestaciones clínicas consisten en monoartritis o tenosinovitis que asocian dolor, aumento de la temperatura local, hinchazón de la articulación o de una vaina sinovial con derrame sinovial. No existen habitualmente signos sistémicos. En casos poco frecuentes, se han observado fiebre alta, malestar general, mialgias y adenopatías, que sugieren una reacción de hipersensibilidad [3, 16].

El diagnóstico de artritis séptica es el que se sospecha más a menudo [40], en particular en los niños, pero, de hecho, raramente se asocia sobreinfección [41-43]. Se han comunicado infrecuentes casos de afectación poliarticular, incluso con descripción de artritis de carácter reumatoide tras pincharse con un rosál.

La evolución es variable. Puede producirse de forma inmediata, y los signos articulares aparecen en las horas que siguen a la punción, lo que facilita el diagnóstico. Los signos pueden aparecer también tras un intervalo libre (desde unos días hasta 7 años), lo que hace más difícil el diagnóstico, ya que el paciente no mencionará este incidente de forma espontánea. En estas circunstancias, solamente la anamnesis orientada, en particular en los niños y, en los adultos, la recogida de información sobre la profesión y las actividades de ocio ayudan a considerar el diagnóstico en caso de monoartritis o de tenosinovitis aislada. La evolución puede tener lugar espontáneamente hacia la curación o en forma de accesos intermitentes intercalados con remisiones. La afección puede recidivar en el caso de tratamiento incompleto.

■ Estudio del líquido articular

El líquido articular presenta un aspecto extremadamente variable. Puede ser mecánico y paucicelular o inflamatorio e, incluso, purulento. Es estéril a menos que exista sobreinfección asociada. Habitualmente no se detecta el cuerpo extraño [8, 32, 33].

■ Pruebas de imagen

Las radiografías simples suelen ser normales o sólo muestran signos indirectos de inflamación, en forma de engrosamiento de los tejidos blandos o de derrame articular. En algunos casos poco frecuentes de afectación crónica, se pueden observar geodas subcondrales, con afectación de aspecto pseudotumoral en su máxima expresión [6, 16, 44]. Por regla general, no existe osteomielitis. A veces se observa reacción perióstica.

Las espinas vegetales son habitualmente radiotransparentes, mientras que las espinas de erizo de mar pueden

ser radiopacas si tienen un tamaño suficiente, ya que están rodeadas por una capa de carbonato de calcio.

La ecografía, que se solicita sobre todo en caso de tenosinovitis, puede orientar el diagnóstico, demostrando la espina en forma de una imagen lineal hiperecogénica a veces discontinua [7, 36, 45].



En ocasiones, la tomografía computarizada (TC) puede mostrar la espina [46, 47].

La utilización de la TC con 64 cortes mejora su detección.

La resonancia magnética (RM) puede visualizar el cuerpo extraño en forma de una imagen lineal hipointensa T1 y T2 a veces fragmentada. Permite evaluar la extensión de la sinovitis [11, 36, 48].

La artroscopia, en caso de afectación de las grandes articulaciones, es útil por razones diferentes [49]:

- porque se sospecha el diagnóstico a partir de la historia clínica y los datos del diagnóstico por la imagen permiten extraer la espina y practicar una sinovectomía casi siempre parcial y en ocasiones total;
- o porque no se ha pensado en el diagnóstico y la artroscopia se ha realizado para practicar una biopsia sinovial con fines diagnósticos, lo que puede permitir el descubrimiento de la espina.

Sin embargo, esta exploración puede fallar [37].

■ Patología



La confirmación del diagnóstico es histológica [6, 32]. Es necesario un examen microscópico cuidadoso de la sinovial, con el fin de localizar un fragmento de espina o de púa.



Para los fragmentos vegetales, la identificación debe efectuarse con luz polarizada, utilizando una tinción con ácido peryódico de Schiff. Este examen también puede mostrar una sinovial hiperplásica e inflamatoria, con numerosos granulomas de células gigantes multinucleadas. Este aspecto sugiere una reacción a un cuerpo extraño. Los principales diagnósticos diferenciales son la sarcoidosis y las infecciones por micobacterias típicas y atípicas que a veces pueden tener el mismo modo de contaminación. En este último caso, se asocia generalmente una necrosis eosinofílica.

■ Tratamiento

Los tratamientos antibióticos y antiinflamatorios son ineficaces, así como las infiltraciones locales de glucocorticoides. Solamente la extracción del cuerpo extraño permite la curación [50]. La artroscopia puede ayudar a localizar la espina, pero a menudo falla debido al tamaño muy pequeño de los fragmentos, sobre todo si no se sospechaba el diagnóstico antes de la exploración [37]. En estas circunstancias, debe realizarse una sinovectomía lo más completa posible, teniendo en cuenta que una recaída es siempre posible si la sinovectomía no ha podido ser total [27, 51]. Algunos autores han propuesto conformarse con el lavado de la articulación y reservar la sinovectomía únicamente para los casos rebeldes.

De forma ideal, las técnicas de imagen guían el procedimiento (ecografía, RM) para intentar localizar el cuerpo extraño y evaluar la extensión de la sinovitis con el fin de conseguir un tratamiento lo más adecuado posible y evitar una sinovectomía demasiado extensa con el subsiguiente riesgo de complicaciones postoperatorias.

■ Enfermedades asociadas

Infecciones

La detección de una sinovitis por punción con cuerpo extraño no debe llevar a pasar por alto una posible

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8737515>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8737515>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)