

¡DOCTOR, NO PUEDO MOVER MI PIERNA!

JIMÉNEZ CASADO, MERCEDES; MORENO JUSTE, AIDA; SÁNCHEZ PRIETO, YASMINA;;MATEO SEGURA, ZORAIDA; RAMÍREZ DOMÍNGUEZ, NATALIA; REJAS MORAS, LAURA

CASO CLÍNICO: Paciente varón de 44 años, sin alergias medicamentosas, con antecedente de intervención túnel carpiano izquierdo, que presenta dolor a nivel de ingle izquierda que le impide caminar dos días después de dicha intervención. En un primer momento el dolor es tratado como una ciatalgia por lo que se pautan antiinflamatorios, ante la no mejoría del dolor se deriva el paciente a urgencias

EXPLORACIÓN FÍSICA: Exploración física: Cadera izquierda en flexo con tendencia a la rotación interna. Fuerza disminuida por dolor, sensibilidad conservada, no inflamación, ni hematomas, ligero aumento de la temperatura local a nivel de cabeza femoral izquierda. A nivel de antebrazo izquierdo: 10 puntos de sutura, dos de ellos eritematosos.

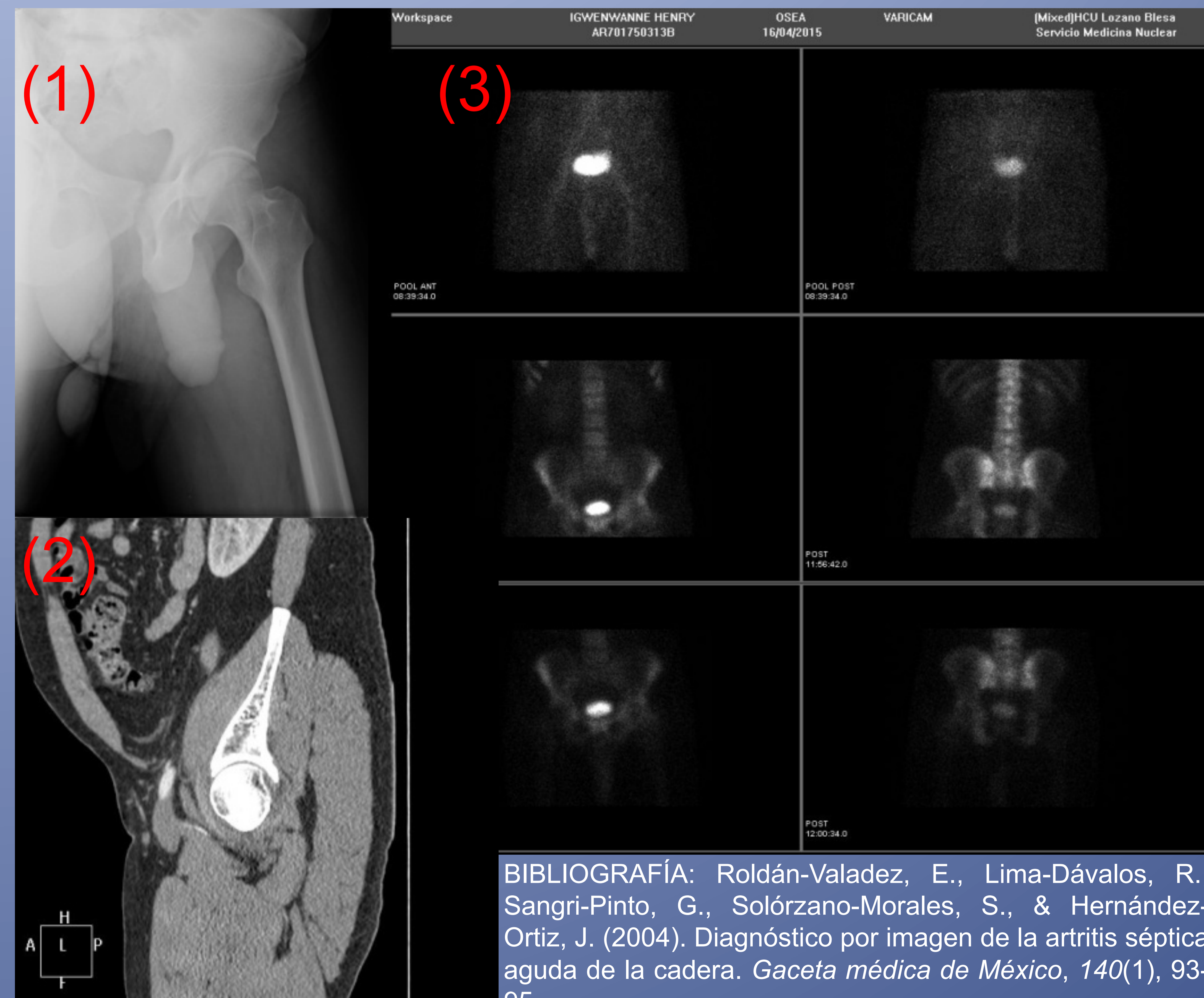
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Pruebas complementarias: Radiografía de pelvis: prominencia de la ceja externa cotiloidea en ambos lados, con calcificación adyacente que puede ser causa de fricción y dolor coxofemoral a ese nivel (1). RMN coxofemoral: la articulación coxofemoral izquierda muestra únicamente un incremento de intensidad ligero del margen acetabular, con engrosamiento capsular adyacente mínimo. También es mínima la presencia de un derrame articular adyacente a este margen lateral de la cápsula. Compatible con artritis de grado ligero y buena evolución, sin lesión estructural destacable (2). Analítica: sin alteraciones de interés. Gammagrafía ósea: muy leve aumento de captación del radiotrazador en cadera izquierda que puede traducir coxitis con mínima actividad. (3)

EVOLUCIÓN: tras pautar analgesia intravenosa y persistir el dolor es ingresado en el Servicio de Reumatología. Se pauta antibioterapia empírica (Linezolid y Ceftriaxona IV), tras tres

semanas de tratamiento intravenoso fue dado de alta para continuar en su domicilio otras tres semanas con antibioterapia oral.

DIAGNÓSTICO: Artritis séptica de cadera

CONCLUSIONES: En este caso deberíamos sospechar la artritis séptica por el antecedente de cirugía previa, ya que a la exploración está cicatriz se encontraba con signos de infección y el paciente no mejoraba con los analgésicos pautados.



BIBLIOGRAFÍA: Roldán-Valadez, E., Lima-Dávalos, R., Sangri-Pinto, G., Solórzano-Morales, S., & Hernández-Ortiz, J. (2004). Diagnóstico por imagen de la artritis séptica aguda de la cadera. *Gaceta médica de México*, 140(1), 93-95.