

Instituto Municipal de Clínica Urológica  
Director: Prof. Dr. Luis Figueroa Alcorta

## ARTRITIS INFECCIOSA, A TIPO DESTRUCTIVO CONSECUTIVA A UNA PERITONITIS SUPURADA

---

Por los Doctores LUIS R. MOLINA y SIMON TEPLITZKY

Nos ha parecido oportuno agregar a la casuística, este caso de artritis infecciosa coxo-femoral, como consecuencia de un estado septicémico de origen periuretral, ya que la existencia de la misma, aunque de fácil explicación, no es frecuente.

A. J. A. de 60 años de edad, argentino naturalizado, casado, mecánico, ingresa al Instituto de Urología en agosto de 1942, con los síntomas clásicos de un adenoma periuretro-subcervical y previo su estudio es operado el 4 de setiembre, practicándosele la cistostomía, como primer tiempo del tratamiento quirúrgico de su adenoma prostático. Su post-operatorio es perfecto, lo que permite, luego de su nuevo estudio funcional, practicarle la adenomectomía, que se efectúa el 30 de noviembre de 1942, siendo 1 post-operatorio de esta segunda intervención, normal; se retiran los taponces de gasa de la "loge" a los cinco días, colocándosele sonda de Pezzer Nº 24 hipogástrica, la que se retira a los 15 días para colocar sonda de Marion por uretra.

A los dos días de habersele colocado su sonda uretral, se observa en la región periuretral posterior, la presencia de una tumefacción caliente, con todos los caracteres del absceso periuretral, con fluctuación, enrojecimiento y dolor, tomando periné con prominencia de la línea media. Aparece también temperatura de 39° con escalofrío, lo que obliga a retirar la sonda uretral para permitir la evacuación del absceso formado y abierto espontáneamente en uretra; colocándose nuevamente sonda hipogástrica. Al día siguiente, como el absceso drena deficientemente y como el proceso inflamatorio se hace más extenso, con tendencia a abrirse al exterior, se incinde en la línea paramedia perineal, debridándose a dedo. Sale gran cantidad de pus flúido, grisáceo y mal oliente; se deja tubo de drenaje y se solicitan cultivos y examen directo del pus, las que revelan la presencia de estafilococos.

A los tres días de incindiendo el absceso antedicho y pese a que drena abundantemente el estado febril continúa, presentándose la fiebre de tipo remitente (39°5 a 40° vespertina, 37°5 matutina) con escalofríos, pulso frecuente (110 pulsaciones por minuto), sensación de malestar con cefaleas, sudores, vómitos, palidez.

Se efectúa un hemocultivo, haciendo la toma de sangre por la tarde, antes de la exacerbación febril vespertina, resultando éste positivo al estafilococo; se practica también un recuento globular

y fórmula leucocitaria, los que arrojan las siguientes cifras: Glóbulos rojos: 4.500.000. Glóbulos blancos: 16.000. Polinucleares neutrófilos: 85 %. Polinucleares basófilos: 1 %. Polinucleares eosinófilos: 0 %. Monocitos: 3 %. Linfocitos: 11 %.

Como se ve hay leucocitosis con aumento evidente de los polinucleares neutrófilos.

Concomitantemente, el enfermo acusa dificultad a la deglución, constatándose una tumefacción dolorosa en la región tiroidea, que examinada por el oto-rino-lanigólogo, se diagnostica como proceso agudo de la tiroides. Al mismo tiempo, hacen su aparición síntomas articulares a localización coxo-femoral izquierda, cuadro que se caracteriza por dolor espontáneo y provocado y



Figura 1

limitación de los movimientos propios de la articulación. Se obtiene una radiografía, en la que se aprecian lesiones destructivas del cótilo, especialmente a nivel del techo, con alargamiento de la cavidad cotilóidea; destrucción del cartilago, con pinzamiento de la interlínea y desaparición de ésta en casi toda su extensión, encontrándose la cadera en posición viciosa (Adducción y rotación externa), diagnosticándose en consecuencia artritis infecciosa coxo-femoral izquierda, a tipo destructivo (informe del Prof. Valls). Esta radiografía contrasta con la N° 1, obtenida 25 días antes del proceso que nos ocupa, radiografía de contraste efectuada para comprobar el estado funcional y dinámico de su aparato urinario alto y que casualmente nos permite apreciar el perfecto estado de su articulación.

Se instituye tratamiento ortopédico y médico, consistiendo el primero en extensión continua en abducción y rotación externa y el segundo en leucotropina (dos ampollas diarias por vía endo-

venosa) y sulfamidados, en forma de sulfatiazol, a la dosis de 4 gramos diarios durante dos días, 3 gramos los dos días subsiguientes y 2 gramos, dos días más, agregándose nicotilamida:



Figura 2



Figura 3

100 miligramos diarios, consiguiéndose con ésto la remisión febril a  $37^{\circ}5$  por la tarde y  $36^{\circ}8$  por la mañana y la desaparición simultánea del proceso inflamatorio tiroideo y de la supuración del absceso periuretral, lo que induce a retirar el drenaje.

Se continúa con la extensión continua y leucotropina endovenosa, de la que se administra una ampolla diaria durante tres días.

Los dolores articulares disminuyen hasta desaparecer, manteniéndose la extensión continua durante cuarenta y cinco días, al cabo de los cuales se retira se obtiene la radiografía N° 3, en la que se ve que la regresión de las lesiones, no se ha efectuado en forma satisfactoria, observándose aún, el proceso destructivo coxo-femoral izquierdo, que ya hemos descripto y la cadera en buena posición.

En ese ínterin se hace el tratamiento de la fístula uretro escrotal que se ha formado, como consecuencia de la abertura del absceso periuretral, practicándose dilataciones con beniqué, hasta el número 50, y consiguiéndose en esta forma el cierre de la fístula uretro cutánea, se retira la sonda hipogástrica y se coloca sonda uretral en permanencia, para llegar el cierre definitivo de la fístula, lo que sólo se consigue mediante procedimiento quirúrgico.

Comprobado clínica y radiográficamente que la mejoría de la artritis infecciosa coxo-femoral izquierda, no se ha llevado a cabo, se vuelve a inmovilizar al paciente, tratándose de que la anquilosis, que sería su curación ideal, se produzca en buena posición.

## CONCLUSIONES

- a) El estado septicémico es consecutivo al proceso periuretral agudo.
- b) La lesión articular infecciosa coxo-femoral es consecutiva al estado septicémico, lo que se funda en virtud de la sucesión cronológica de los síntomas, a saber:
  - 1º) Proceso periuretral primario.
  - 2º) Procseo sanguíneo.
  - 3º) Proceso articular infeccioso.
  - 4º) La concomitancia del germen estafilococo en el cultivo del pus del absceso y en la hemocultura y el control radiográfico de la lesión articular.
  - 5º) El pronóstico y el porvenir de nuestro enfermo es serio, ya que la mejor curación para el mismo es la anquilosis de su cadera, con todos sus inconvenientes.