

**Artritis séptica sin foco por *Eikenella corrodens*****Septic Arthritis Without a Clear Focus Due to *Eikenella corrodens***

Sr. Editor:

*Eikenella corrodens* es un cocobacilo o bacilo gramnegativo de pequeño tamaño que forma parte de la flora habitual humana; se localiza principalmente en la cavidad oral y el tracto respiratorio superior, aunque puede encontrarse también en los tractos gastrointestinal y genitourinario<sup>1</sup>. Este microorganismo se considera un patógeno oportunista y se ha descrito como agente causal de infecciones en la cabeza y el cuello, sinusitis y artritis<sup>2</sup>.

Presentamos el caso de un varón de 31 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital por gonalgia izquierda de 2 semanas de evolución. Se le extrae una muestra de líquido articular y se le da de alta para valoración posterior por su médico de atención primaria e interconsulta con el servicio de reumatología, pautándose tratamiento antiinflamatorio, siendo el cultivo de microbiología de la muestra negativo. Ante la persistencia del cuadro clínico, el paciente acude de nuevo al servicio de urgencias 8 días después, realizándose una artrocentesis con salida de líquido amarillo viscoso, no turbio y no purulento, que se inocula en frasco aerobio de hemocultivo, y se le da de alta manteniendo el tratamiento antiinflamatorio. Días después el paciente es valorado en la consulta de reumatología y refiere persistencia del dolor con tumefacción progresiva y sensación distérmica vespertina (no medida con termómetro). Se decide entonces el ingreso del paciente, pautándose al inicio cloxacilina 2 g/4 h + ceftriaxona 2 g/24 h, realizándose de nuevo una artrocentesis. En el cultivo de las 2 muestras se aíslan bacilos gramnegativos, que crecen en agar sangre y agar chocolate en colonias convexas, de bordes redondeados, pero no en agar MacConkey; en la tinción de Gram se observan cocobacilos gramnegativos de pequeño tamaño. El microorganismo no se identificó por medios manuales (API 20 NE<sup>®</sup>) ni automáticos (Micro Scan<sup>®</sup>). Las muestras son enviadas para su identificación al centro de referencia (Instituto de Salud Carlos III). El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta 17 días después con tratamiento por vía oral de levofloxacino 500 mg/12 h + rifampicina 300 mg/24 h, modificándose el tratamiento por amoxicilina/clavulánico 500 mg/8 h tras la identificación de *E. corrodens*, manteniéndose durante un mes. El paciente permanece asintomático tras finalizar el tratamiento.

Los principales agentes causales de las artritis sépticas son *S. aureus* y estreptococos (60-80% casos según las series), seguidos en un 20-25% de casos de bacilos gramnegativos (edades extremas de la vida, inmunosupresión. . .) y en un 5% casos de anaerobios (traumatismos, extensión de infección abdominal. . .)<sup>3</sup>.

*E. corrodens* raramente se aísla como germen causante de artritis séptica; en la revisión de Nolla et al.<sup>4</sup> de artritis piógenas en articulaciones nativas la prevalencia de la infección por este microorganismo es de 1/268. Debido a la presencia de *E. corrodens*

en la cavidad bucal humana, la mayor parte de las artritis sépticas y osteomielitis debidas a este microorganismo están directamente relacionadas con mordeduras humanas o infecciones dentales<sup>5</sup>; también hay descritos en la literatura casos de osteomielitis debidos a pinchazos con mondadientes usados<sup>6</sup>. En nuestro caso, el paciente no refiere haber sufrido ningún traumatismo ni mordedura reciente, pero le faltan piezas dentarias, por lo que valoramos la posibilidad de que el origen de la infección sea una bacteriemia que tuviera como foco su propia cavidad bucal, aunque no hubo ninguna manipulación dental en los días previos. El paciente refirió haber sufrido pinchazos con rosales los días previos al inicio del cuadro clínico, pero no hay descrito en la literatura ningún caso en el que la transmisión de este microorganismo se produzca por esta vía.

*E. corrodens* es un microorganismo resistente a metronidazol, cloxacilina, cefalosporinas de primera y segunda generación orales, clindamicina y macrólidos, y se han descrito cepas productoras de betalactamasas; nuestra cepa fue sensible a amoxicilina-clavulánico y betalactamasa negativo. Se consideran tratamiento de elección amoxicilina/clavulánico o ceftriaxona.

**Conflicto de intereses**

Los autores declaran la no existencia de conflicto de intereses.

**Bibliografía**

- Jaramillo RD, Suárez P, Barraza B, Lara P, Teherán L, Escamilla JE. *Eikenella corrodens*: patógenesis y aspectos clínicos. *Colomb Med*. 2006;37:228–41.
- Galé Ansó I, Bergua Martínez A, Caudevilla Lafuente P, Ciria Calavia L. Infección por *Eikenella corrodens* tras mordedura humana. *Ann Pediatr*. 2013;78:414–5.
- Marín M, Esteban J, Mesenguer MA, Sánchez-Somolinos M. Diagnóstico microbiológico de las infecciones osteoarticulares. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010;28:534–40.
- Nolla JM, Lora-Tamayo J, Gómez-Vaquero C, Narváez J, Murillo O, Pedrero S, et al. Pyogenic arthritis of native joints in non-intravenous drug users: A detailed analysis of 268 cases attended in a tertiary hospital over a 22-year period. *Semin Arthritis Rheum*. 2015;45:94–102.
- Ang BSP, Ngan CCL. *Eikenella corrodens* discitis after spinal surgery. Case report and literature review. *J Infect*. 2002;45:272–4.
- Smithson-Amat A, Perelló-Carbonell R, Miret-Mas C, Bastida-Vila MT. Osteomielitis por *Eikenella corrodens* tras pinchazo con un mondadientes. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2006;24:64–7.

María Guerrero Vadillo<sup>a,\*</sup>, María Isabel Sánchez Romero<sup>a</sup>,  
María Espinosa Malpartida<sup>b</sup> y María Francisca Portero Azorín<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [maria.gv22@gmail.com](mailto:maria.gv22@gmail.com) (M. Guerrero Vadillo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2016.07.012>  
1699-258X/

© 2016 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.