

Artritis séptica por *Pseudomonas aeruginosa* de la articulación temporomandibular en un paciente joven sin otitis externa maligna

Pseudomonas aeruginosa septic arthritis of the temporomandibular joint in a young patient without malignant otitis externa

Sr. Editor: La artritis séptica de la articulación temporo-mandibular (ATM) es una entidad poco frecuente. La ATM puede afectarse como consecuencia de la extensión de un proceso séptico local^{1,4} o secundariamente a la diseminación hematogénica de una infección sistémica⁵. Los gérmenes implicados con más frecuencia son *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus species*⁵. Cuando el germen causal es la *Pseudomonas aeruginosa* la artritis suele ser secundaria a una otitis externa maligna (OEM)^{1,2}. Presentamos un caso de artritis de la ATM por *Pseudomonas aeruginosa* en un paciente sin evidencia de OEM.

Se trata de un varón de 32 años que consultó por un cuadro de 3 días de evolución, con fiebre y otalgia derecha, sobre todo con la masticación. Entre sus antecedentes destacaba la historia de diabetes mellitus secundaria a una duodeno-pancreatectomía y esplenectomía, tras una pancreatitis aguda complicada 7 años antes. Un mes antes del ingreso había sufrido una fractura de la tibia derecha que se trató de manera conservadora. Tras la retirada de la férula de yeso presentó úlceras necróticas en la pierna. En la exploración física el paciente se encontraba febril, con dolor a la palpación sobre el trago y mastoides derechos y trismos. La movilización de la articulación temporomandibular derecha le producía intenso dolor y provocaba la salida de un exudado espumoso por el conducto auditivo externo (CAE). En el CAE no había tejido de granulación y se observaba rotura de la cápsula de la ATM, con salida de líquido sinovial hacia el CAE.

La analítica mostró leucocitosis con desviación izquierda. En el estudio mediante TC se observó pequeñas burbujas de gas en torno a la ATM derecha, sin masa de partes blandas periarticular y ocupación de la mastoides y parte de la caja del tímpano del lado derecho. En un estudio posterior con TC de alta resolución se confirmó un trayecto irregular transversal al peñasco, que se extendía desde la región mastoidea comunicando a ésta con el exterior y que se acompañaba de ocupación

de la caja timpánica y de las celdillas mastoideas, con destrucción ósea. En el aspirado del líquido sinovial de la ATM y en el exudado de la úlcera cutánea pretibial se aisló *Pseudomonas aeruginosa*, con un patrón de alta sensibilidad. Se realizó lavado quirúrgico de la ATM y tratamiento antibiótico con piperacilina-tazobactan durante 4 semanas, con evolución favorable.

La ATM puede afectarse por siembra hematogénica⁵ o a través de la extensión de un foco séptico local como la cavidad oral o el oído¹⁻⁴. La sinovial de la articulación está muy vascularizada y no tiene una membrana limitante, por lo que es muy vulnerable a afectarse a través de la primera vía⁵. Entre los factores predisponentes para el desarrollo de artritis de la ATM se encuentran: los traumatismos, la enfermedad articular previa, las quemaduras⁵ y las situaciones de inmunodepresión como la diabetes³, la artritis reumatoide, el alcoholismo y el tratamiento con esteroides⁵.

El diagnóstico se basa en la suma de datos clínicos, radiológicos y microbiológicos. Desde el punto de vista clínico, se caracteriza por fiebre y dolor local, sobre todo con los movimientos de la mandíbula^{3,4}. También puede presentar eritema preauricular, adenopatías locales, trismus y desviación contralateral de la mandíbula⁴. Las técnicas de imagen de elección son la TC y la resonancia nuclear magnética (RNM), que permiten ver cambios en la articulación más precozmente que la radiografía convencional⁵. Para identificar el microorganismo causal es importante el aspirado del contenido articular y la tinción Gram del mismo, que puede ser positivo hasta en 75% de los casos⁵. Los hemocultivos son menos sensibles y sólo en 40% de los casos serán positivos⁵. Recientemente se ha comunicado la detección de gérmenes inhabituales en pacientes intervenidos de patología de esta articulación, entre ellos la *Pseudomonas*, si bien no queda claro el papel patogénico de los mismos⁶. Cuando el microorganismo causal es la *Pseudomonas aeruginosa* la artritis suele ser secundaria a la extensión de una OEM^{1,2}. En esta situación la ATM suele afectarse de después de muchas recurrencias de una otitis externa. Habitualmente se trata de pacientes ancianos diabéticos, con una otitis externa crónica con mala respuesta al tratamiento antibiótico¹. En la exploración destaca la aparición de un tejido de granulación en el suelo del CAE que invade lentamente los tejidos blandos adyacentes, células mastoideas y hueso temporal,

pudiendo extenderse a través de la base del cráneo. En la literatura hemos encontrado nueve casos de artritis de la ATM por *Pseudomonas*, todos en pacientes diabéticos mayores (edad media de 69 años) con otitis externa maligna conocida^{1,2}. En todos estos casos, excepto en uno, la clínica de afectación articular apareció meses o incluso un año tras el inicio de la otitis^{1,2}. El paciente que presentamos era también diabético, pero a diferencia de los anteriores, la clínica era de muy corta evolución y en el CAE no había tejido de granulación. La coincidencia con úlceras cutáneas infectadas por el mismo germen y lo agudo del cuadro sugieren un origen bacteriémico.

El tratamiento de elección consiste en realizar un drenaje del contenido articular, unido a tratamiento antibiótico^{4,5}. El objetivo del tratamiento es evitar la anquilosis de la articulación y la extensión de la infección a estructuras adyacentes (VIII-XII pares craneales, trombosis de la yugular, osteomielitis de la base del cráneo)^{4,5}.

*Carmen Martínez-Rey¹,
Montserrat Rodríguez-Framil².
Servicio de Medicina Interna,
¹Hospital Clínico Universitario
de Santiago de Compostela.*

²Hospital da Barbanza. A Coruña, España.

Referencias

1. Mardinger O, Rosen D, Minkow B, Tulzinsky Z, Ophir D, Hirshberg A. Temporomandibular joint involvement in malignant external otitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003; 96: 398-403.
2. Midwinter KI, Gill KS, Spencer JA, Fraser ID. Osteomyelitis of the temporomandibular joint in patients with otitis externa. *J Laryngol Otol* 1999; 113: 451-3.
3. Winslow CP, Dichard A, McGuire KA. Osteomyelitis of the temporomandibular joint. *Am J Otolaryngol* 2001; 22: 142-5.
4. Hekkenberq R J, Piedade L, Mock D, Baker G, Freeman JL. Septic arthritis of the temporomandibular joint. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 120: 780-2.
5. Goldshmidt MJ, Butterfield KJ, Goracy ES, Goldberg MH. Streptococcal infection of the temporomandibular joint of hematogenous origin: a case report and contemporary therapy. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60: 1347-53.
6. Sun W, Dong L, Kaneyama K, Takegami T, Segami N. Bacterial diversity in synovial fluids of patients with TMD determined by cloning and sequencing analysis of the 16S ribosomal RNA gene. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008; 105: 566-71.

Correspondencia a:
Montserrat Rodríguez-Framil. Servicio de Medicina Interna.
Hospital da Barbanza. Oleiros. Ribeira. 15993 A Coruña, España.
E-mail: mrodfra@yahoo.es