

**Caso 180****La acupuntura puede matar**

TERESA ESCOLAR MARTÍNEZ- BERGANZA. DANIEL SÁENZ ABAD.  
YOLANDA ARGUEDAS LÁZARO. BEATRIZ SIERRA BERGUA.  
FRANCISCO RUIZ RUIZ. ÁLVARO FLAMARIQUE PASCUAL  
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza

**HISTORIA CLÍNICA/ANTECEDENTES PERSONALES**

Se trata de un varón de 60 años con antecedentes de cirrosis hepática de posible origen metabólico, estadio A de Child-Pugh, con hipertensión portal y varices esofágicas (ligadura con bandas hace 3 años por un episodio de hemorragia digestiva alta), por lo que sigue tratamiento con nadolol. Así mismo padece diabetes mellitus tipo II, en tratamiento con repaglinida y metformina. Refiere alergia a las pirazolonas.

Es remitido al Servicio de Urgencias por presentar un cuadro, de 2 días de evolución, de deterioro del estado general, con bajo nivel de conciencia, hiporreactividad y agitación psicomotriz.

La familia niega que el paciente haya presentado fiebre, síndrome miccional, clínica respiratoria o digesti-

va (aseguran que paciente realiza deposición diariamente) y relacionan el cuadro con el inicio de tratamiento con tramadol y diclofenaco por una contractura muscular en el trapecio derecho (diagnosticada en nuestro servicio hacía 6 días). Por ese dolor muscular había recibido varias sesiones de acupuntura (previamente a la consulta), sin objetivar mejoría con este tratamiento. La familia refiere que desde el día siguiente a practicarle esa técnica, el dolor en el hombro ha aumentado en intensidad, comenzando a aparecer signos inflamatorios a dicho nivel e impotencia funcional secundaria al dolor. Niegan traumatismo o sobreesfuerzo físico previo.

**EXPLORACION FÍSICA**

A la exploración se objetiva al paciente con afectación de su estado general, diaforético, taquipneico (39 respiraciones por minuto) y con palidez cutánea. La temperatura es de 36,7°C. Las cifras tensionales de 140/59 mmHg. La frecuencia cardíaca es de 80 latidos por minuto. La saturación de oxígeno es de 93%. Presenta tendencia al sueño, bradipsiquia y desorientación. Tanto la auscultación cardiopulmonar como la exploración abdominal son normales.

En la valoración de las extremidades se observa tumefacción a nivel de hombro derecho, con aumento de temperatura local y rubor en dicha localización. La palpación del hombro resulta dolorosa y



Figura 1

existe una impotencia funcional de la articulación. No se objetiva inestabilidad ni bostezo articular.

Presenta edemas pretibiales con fovea. Los pulsos periféricos están conservados y son simétricos.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realiza analítica de sangre con hemograma en el que destaca una leucocitosis con desviación izquierda (35700 leucocitos/mm<sup>3</sup>, 94,4% polimorfonucleares). En la bioquímica se observa un sodio de 128 meq/L, una creatinina de 1,2 mgr/dL y una urea de 1,49 g/L. En el estudio de coagulación se determina un dímero D de 19410, una actividad de protrombina de 62% y un INR de 1,36. El resto de parámetros son normales.

En el electrocardiograma se objetiva un ritmo sinusal a 79 latidos por minuto.

Los estudios radiológicos de tórax, abdomen y hombro derecho no muestran alteraciones significativas.

Se realiza artrocentesis, donde se objetiva en la visión directa del líquido articular 1-9 leucocitos polimorfonucleares por campo y en el cultivo aerobio, crecimiento de *Staphylococcus aureus*.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS

Se llegó a la conclusión de que el cuadro se trataba de un síndrome confusional agudo secundario a una encefalopatía. El desencadenante del mismo, planteó dudas:

- La familia relacionaba el cuadro con la toma de tramadol, el cual puede causar agitación psicomotriz por sí mismo. Aunque es poco probable, dado que este efecto secundario sólo ocurre en 7% de pacientes.
- Otra posibilidad es que el tramadol le causara estreñimiento, provocando así la encefalopatía. Se desestimó esta opción, dado que la familia refería que el paciente presentaba un ritmo deposicional normal y la radiografía de abdomen mostraba un patrón hidroaéreo sin alteraciones.
- El desencadenante puede ser un proceso infeccioso. Se abogó por esta posibilidad dada la analítica, que mostraba leucocitosis con neutrofilia, aunque hubiera ausencia de fiebre. Como origen más probable, se pensó en el hombro, por los signos inflamatorios existentes a dicho nivel.

## EVOLUCIÓN

El paciente presentaba signos inflamatorios a nivel del hombro derecho y refería un antecedente de acupuntura en los días previos. Esta técnica podría haber sido la posible puerta de entrada de la infección. Ante la sospecha de artritis séptica se realizó una artrocentesis. El estudio del líquido articular por visión directa no fue concluyente, pero se instauró igualmente antibioterapia de amplio espectro con cloxacilina y ceftriaxona. El cultivo del líquido confirmó la sospecha diagnóstica. El paciente requirió ingreso en UCI y aproximadamente 21 días de tratamiento antibiótico.

El cuadro se resolvió por completo y el paciente incluso recuperó la movilidad de la articulación.

## DIAGNÓSTICO FINAL

Encefalopatía hepática grave secundaria a una artritis séptica probablemente por acupuntura.

## DISCUSIÓN

La acupuntura es una técnica generalmente segura, aunque se han descrito complicaciones, como transmisión de enfermedades, daño del nervio, neumotórax, punción de una víscera, taponamiento cardíaco y osteomielitis. Las complicaciones locales incluyen sangrado, dermatitis de contacto, infección, dolor y parestesias<sup>1,2</sup>.

La artritis séptica es una rara complicación de esta técnica<sup>3</sup>. Se requiere una alta sospecha para realizar un diagnóstico precoz e instaurar el tratamiento antibiótico lo antes posible de cara a obtener un buen pronóstico y resultado.

Nuestro caso muestra la importancia de hacer una anamnesis completa<sup>4</sup>, puesto que el hecho de que hubiera seguido tratamiento con acupuntura nos hizo pensar en esa puerta de entrada de un microorganismo a la articulación y sospechar consecuentemente una artritis séptica. También muestra la importancia de utilizar técnicas estériles<sup>5</sup> a la hora de realizar acupuntura para evitar este efecto adverso. Asimismo se remarca la importancia de solicitar estudios bacteriológicos ante una artritis no diagnosticada<sup>4</sup>, como en nuestro caso, que se realizó por la alta sospecha cultivo de líquido articular, a pesar de que la visión directa no orientaba hacia un proceso infeccioso a dicho nivel.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Ernst E, White AR. Prospective studies of the safety of acupuncture: a systematic review. *Am J Med.* 2001; 110: 481-5.
2. Lao L, Hamilton GR, Fu J, Berman BM, Is acupuncture safe? A systematic review of case reports. *Altern Ther Health Med.* 2003;9:72-83.
3. Tien CH, Huang GS, Chang CC, Chang DM et al. Acupuncture-associated *Listeria monocytogenes* arthritis in patient with rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine.* 2008; 75(4): 502-3.
4. Ogasawara M, Oda K, Yamaji K, Takasaki Y. Polyarticular septic arthritis with bilateral psoas abscesses following acupuncture. *Acupunct Med.* 2009. 27(2): 81-2.
5. Murray RJ, Pearson JC, Coombs GW, Flexman JP et al. Outbreak of invasive methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection associated with acupuncture and joint injection. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2008; 29(9): 859-65.

## COMENTARIO EDITORIAL

El cuadro clínico de una artritis séptica del hombro por *Staphylococcus aureus* es sugerente de **sepsis grave**. Conviene destacar que se nos presenta un proceso grave, que puede ser detectado desde un inicio por la alteración del nivel de conciencia, la taquipnea y signos de una posible hipoperfusión periférica. La hipotensión es un signo tardío de shock y la **hipoperfusión tisular** puede estar presente aunque no se detecte hipotensión. El lactato es una herramienta diagnóstica rápida y útil para identificar el estado de hipoperfusión tisular en esta situación. Como se muestra en el caso, una **anamnesis y exploración física** rigurosas son las herramientas más valiosas para reconocer una sepsis grave o shock séptico. El tratamiento se basa en el inicio inmediato de unas **medidas de resucitación hemodinámica guiadas por objetivos y de unas medidas de control del foco infeccioso**.

Por otra parte, **todo paciente con una historia breve de inflamación, calor y dolor de una articulación, con limitación de movimiento, debe ser considerado tributario del diagnóstico de artritis bacteriana y tratado como tal** hasta que se demuestre lo contrario. La posterior confirmación microbiológica del agente infeccioso es el diagnóstico definitivo. **Se debe realizar artrocentesis a todos los pacientes en los que se sospeche una artritis infecciosa ya que el diagnóstico se basa en el estudio del líquido sinovial** que macroscópicamente es un líquido turbio o purulento y que se procesa para **recuento celular** (habitualmente más de 50.000 leucocitos/ml con más de 80% PMN, hasta un 30 % pacientes pueden tener recuentos inferiores) y **estudios microbiológicos (Gram y cultivo)**. Si la **visión directa del Gram** está disponible en Urgencias (positivo en el 75-95% de pacientes infectados por cocos Gram positivos) confirma el diagnóstico y orienta el tratamiento. Si el procesamiento de las muestras no va a ser inmediato, se recomienda su inoculación en frascos de hemocultivos.

La fiebre se constata inicialmente en tan sólo en el 50 % pacientes con artritis infecciosa. Puede no objetivarse si se ha administrado previamente antitérmicos o analgésicos, tratamiento crónico con corticoides, sepsis grave o shock séptico, en edades extremas o comorbilidad como estados avanzados de insuficiencia renal crónica o cirrosis hepática.

En lo referente al tratamiento del control del foco (artritis séptica) se fundamenta en dos elementos: **drenaje articular lo antes posible** (idealmente artroscopia, sino artrotomía o artrocentesis frecuentes) y **antibioterapia basado en el contexto clínico y/o el resultado del Gram** del líquido sinovial. Si no disponemos de resultado del Gram optaremos por una pauta empírica que incluya siempre un antibiótico con **actividad bactericida** para *Staphylococcus aureus* al ser el agente causal más frecuente. Se debe considerar los factores de riesgo de infección por cepas de *Staphylococcus aureus* resistente a metilina.

El tratamiento antibiótico empírico es adecuado ante la **sospecha clínica de infección** incluso en la tesitura de negatividad del Gram.

Jorge García Lamberechts.  
Hospital Clínico San Carlos. Madrid