

ARTRITIS SEPTICA

(SEPTIC ARTHRITIS)

* María Fernanda Bolaños Solís

RESUMEN

La artritis séptica es una infección, generalmente bacteriana, en la cavidad articular. El agente infeccioso más común es *Staphylococcus aureus*. En pacientes jóvenes sexualmente activos, se debe sospechar infección gonocócica y en niños debido a diseminación hematógena. El tratamiento básico es antibiótico junto con drenaje y lavado quirúrgico de la articulación.

DESCRIPTORES

Artritis séptica, espacio articular, diseminación hematógenas, inunosupresion.

SUMMARY

Septic arthritis is infection, usually bacterial, in the joint cavity. The most common infectious agent is *Staphylococcus aureus*. In young, sexually active patients, gonococcal infection should be suspected and in children due to hematogenous spread. The basic treatment is antibiotic together with drainage and surgical washing of the joint

*Médico General.
Universidad autónoma de
Centroamerica.(UACA)
San José -Costa Rica

KEYWORDS

Septic arthritis, jointcavity, hematogenous dissemination,
inunosuppression..

INTRODUCCION

La artritis séptica es una reacción inflamatoria del espacio articular secundario a la colonización de la cavidad articular por un germe con tendencia a la supuración y a la destrucción articular; puede presentarse como consecuencia de inoculación directa, diseminación hematógena, infecciones concomitantes o por extensión de una osteomielitis. El agente infeccioso varía desde una bacteria o virus hasta micobacterias y hongos, siendo el más común el *Staphylococcus aureus*. Las partes del cuerpo con mayor afección

son rodilla, cadera, hombro, codo y muñeca. También hay predisposición ante el consumo de drogas intravenosas, estas se asocian con infección por *Pseudomonas aeruginosa* en localizaciones poco frecuentes, tales como: articulación sacroiliaca y la esternoclavicular.

En pacientes jóvenes, sexualmente activos se debe sospechar de infección por gonococo y en niños por diseminación hematógena. La metáfisis proximal del fémur, la proximal del humero, el cuello del radio y el tercio distal del peroné están dentro de sus capsulas articulares respectivas por lo que una osteomielitis metáfisiaria puede romperse en el interior

de la articulación en dichas zonas. El foco más frecuente en el que la artritis séptica sigue una osteomielitis aguda se ubica en la porción proximal del fémur y la cadera.

Los adultos inmunosupresos o inmunocomprometidos, al igual que aquellos con enfermedades por afección articular como lupus y artritis reumatoide tienen mayor riesgo. La artritis séptica también puede surgir como una complicación de un procedimiento diagnóstico o terapéutico. Las sepsis asociadas a prótesis se dividen en agudas postquirúrgicas, hematógenas y crónicas.

1. Agudas postquirúrgicas: dentro de las 3 semanas posteriores a una artroplastia.

2. Hematógenas: dentro de las 3 semanas posteriores a la diseminación.

3. Infección crónica: más de 3 semanas después de la artroplastia o la diseminación hematógena.

CLINICA

La artritis séptica, usualmente se presenta con síntomas generales como fiebre, espasmos musculares y malestar general.

La articulación presenta hipertermia, eritema, dolor moderado a severo, inflamación y disminución del rango de movimiento.

En la evaluación de un paciente con sospecha de artritis séptica se deben valorar los siguientes puntos clave: a) número de articulaciones involucradas; b) enfermedad articular o trauma asociado; c) infección previa; d) procedimientos articulares previos, como inyecciones o cirugías; e) uso de drogas intravenosas; y f) tiempo de evolución.

La artritis séptica no gonococcias se manifiesta como monoartritis con predilección por articulaciones de carga. Las artritis subaguda, crónicas y las oligoartritis sugieren infección por micobacterias u hongos. La inflamación episódica se da en la sífilis, enfermedad de Lyme y la artritis reactiva posterior a infecciones entéricas y por Chlamydia. La inflamación poliartricular ocurre como una reacción inmunológica durante la endocarditis, fiebre reumática, hepatitis B aguda e infección diseminada por Neisseria. Las infecciones por bacterias y virus usualmente afectan múltiples articulaciones.

DIAGNOSTICO

Laboratorios

Se debe realizar hemograma completo con diferencial, velocidad de eritrosedimentación (VES) y proteína C reactiva (PCR). Es importante recalcar que estas pruebas son muy sensibles pero poco específicas, por lo que se debe realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías. El hemograma y la VES pueden no elevarse en fases iniciales, por lo que los valores dentro del rango de lo normal no descartan el diagnóstico. La PCR se eleva (a las 6 u 8 horas) y se normaliza antes que la VES, por lo que consiste en una herramienta útil en el monitoreo de la respuesta a la terapia. Si existe sospecha de afección por gonococo además del cultivo del líquido sinovial se deben obtener hemocultivo, cultivos de faringe, uretra y cérvix.

Líquido sinovial

La obtención de la muestra de líquido sinovial es esencial para el diagnóstico y tratamiento, se debe tomar previo a iniciar

tratamiento antibiótico empírico. El líquido debe ser enviado para análisis por cristales, cultivos más prueba de sensibilidad antibiótica, tinción de Gram y recuento celular.

Los niveles de glucosa son bajos y las proteínas se pueden encontrar elevadas.

Análisis del líquido sinovial

Normal: Claro a amarillo pálido, transparente, <200 leucocitos.

Artrosis: Amarillo más intenso, transparente, < 2000 leucocitos.

Inflamatorio: Amarillo oscuro, turbio, translúcido (borroso u oscurecido), <80 000 leucocitos.

Séptico: Purulento, denso, opaco, > 50000 leucocitos.

Hemartrosis: Rojo, opaco, debe distinguirse de una punción traumática.

En las articulaciones prostéticas se considera positivo un recuento mayor a 1100/ mm^3 leucocitos, con un 64% de neutrófilos.

Radiografía

Se solicitan proyecciones AP y lateral de la articulación afectada. Inicialmente muestra inflamación de tejidos blandos periarticulares y distención de la capsula articular; con mayor tiempo de evolución se puede observar disminución del espacio interarticular y erosiones óseas (asociado a mal pronóstico).

Ultrasonido

Útil para detectar derrame articular y colecciones en tejidos blandos circundantes.

Resonancia Magnética

Indicado en casos que exista sospecha de osteomielitis.

Gammagrafía con tecnecio 99

Útil para localizar el sitio de infección.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Fiebre reumática: Artralgia migratoria, carditis, títulos de antistreptolisina, infección por streptococos del grupo A.

Bursitis: Inflamación de la bursa superficial a la articulación, usualmente no limita rangos de movimiento ni hay fiebre.

Arropatía por cristales: Gota, pseudogota, articulación dolorosa, hemograma normal.

Hemartrosis: Hemofilia o trauma

Artritis reumatoide juvenil Rigidez matutina, varias articulación involucradas, inflamación articular leve

Enfermedad de Lyme Inicio indolente , eritema migrans, manifestaciones cardíacas y neurológicas

Artritis reumatoide Rigidez matutina, afectación simétrica, factor reumatoide positivo, VES elevada, leucocitosis en el líquido sinovial.

Sinovitis transitoria de cadera Inflamación inespecífica e hipertrofia de la membrana sinovial de la articulación de la cadera, más frecuente en paciente de 3 a 10 años, antecedente de infección de vía respiratoria previa, afebril.

Osteoartrosis Evidencia radiográfica

TRATAMIENTO

El tratamiento básico es antibiótico junto con drenaje y lavado quirúrgico de la articulación. El manejo del antibiótico definitivo depende de los resultados de los cultivos y las pruebas de sensibilidad

antibiótica, sin embargo se inicia previo a estos, la terapia empírica basándose en la edad del paciente y en las circunstancias que orienten a un patógeno en específico. Usualmente en infecciones no complicadas los antibióticos intravenosos se van sustituyendo paulatinamente por terapia oral con periodo total de tratamiento de 4 a 6 semanas. Es importante recalcar que en artritis séptica crónica se deben sospechar de Brucella, Nocardia, Mycobacterias y hongos además en la artritis poliarticular se piensa en B. burgdorferi, fiebre reumática y virus.

El abordaje y el tratamiento de acuerdo a los grupos etarios y patógenos más frecuentes se resumen en la Tabla 1

Tabla 1 Grupos etarios, patógenos y tratamiento de la artritis séptica.		
Edad	Organismo causal	Antibiotico
Recién nacidos	S. aureus, estreptococos del grupo B	Oxacilina + Gentamicina
Niños < 5 años	S. aureus, estreptococos del grupo A S. pneumoniae, H.	Cefalosporinas de segunda generación

	influenzae (disminuido desde campañas de vacunación) Kingella Kingae	
Niños > 5 años , adolescencia y adultos sexualmente inactivo	S. aureus	Oxacilina
Adultos y adolescentes sexualmente activos (artritis aguda monoarticular)	N. gonorrhoeae S. aureus	Ceftriaxona
Adultos mayores	S. aureus	Oxacilina o cefalozina, aminoglicosido
Abuso de drogas IV	Pseudomonas aeruginosa Serratia maecescens	Aminoglicosidos IV + Cefalosporina antipseudomona como por ej ceftazidime
Prótesis posquirúrgicas	S. epidermidis, S. aureus	Vancomicina

BIBLIOGRAFIA

- Mark D. Miller. Ortopedia y Traumatología. Revisión Sistemática. Quinta edición, Capítulo 1. Página 88 – 89.
- Essentials AAOS. Essentials of Musculoskeletal Care. Fifth Edition. Section , paginas 147-151.
- Netter, Atlas Práctico de Anatomía Ortopédica. Segunda edición, Capítulo 1, paginas 30.
- Dennis L. Kasper, Anthoni S. Fauci. Harrison's of Infectious diseases, Second Edition. Capítulo 24. Paginas 563-576

Recepción: 30 Noviembre de 2016

Aprobación:15 Diciembre de 2016