

INFECCIÓN OSTEOARTICULAR

> ARTRITIS SÉPTICA

Autores: Dr. Melchor Riera, Dr. Francisco de Asís, Dr. Antonio Ramírez

Proceso rápidamente destructivo que puede dar lugar a importantes secuelas.

El origen de la infección es hematógeno en más del 70% de casos pero también puede ocurrir por inoculación directa secundaria a inyecciones/intervenciones articulares o por contiguidad de una infección de partes blandas o de una osteomielitis.

Factores predisponentes

- Edad > 80 años.
- Diabetes mellitus.
- Artritis reumatoide.
- Inmunosupresión.
- Uso de drogas por vía parenteral.
- Endocarditis.
- Intervenciones articulares recientes.
- Punciones intraarticulares.
- Artropatías por cristales.

Etiología

- Más frecuentemente aislados: *S.aureus* y *estreptococos*
- *N.gonorrhoe*.
- Bacilos gram negativos (inmunodeprimidos, neonatos y ancianos).
- SARM de la comunidad (en niños).

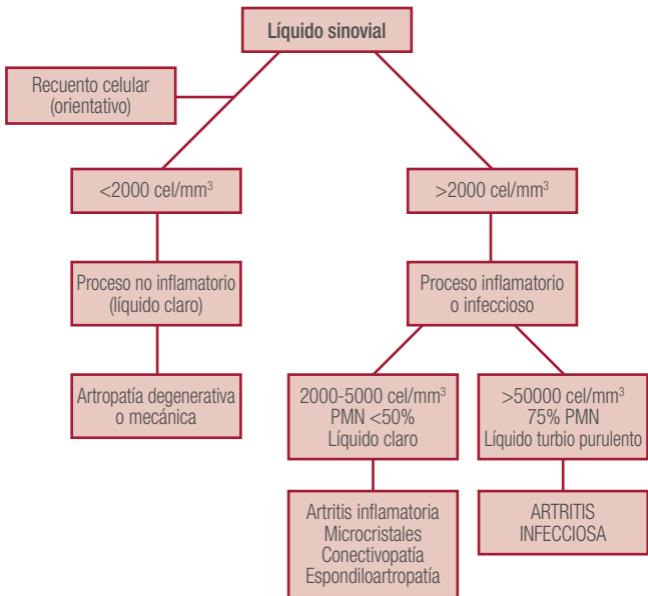
Evaluación en urgencias

- Historia clínica y exploración física.
- Hemograma y bioquímica que incluya PCR.
- Radiología simple de la articulación afecta.
- Hemocultivos y cultivos de posibles focos infecciosos (cutáneos, si sospecha de *N.gonorrhoe*: frotis uretral, rectal y faríngeo).

· Artrocentesis:

- Exámen citoquímico (2 tubos estériles, uno de ellos con heparina) para recuento celular, glucosa, proteínas, cristales y ADA si procede.
 - Microbiología (1 tubo estéril y 2 frascos de hemocultivos) para exámen de Gram urgente, cultivo general y cultivo de micobacterias si procede.
- Si no es posible la realización de una artrocentesis valorar con traumatología necesidad de artrocentesis dirigida por TAC o artrotomía.

Algoritmo diagnóstico



Tratamiento: aspectos generales

- Tratamiento antibiótico empírico endovenoso se basará en la tinción de Gram y antecedentes epidemiológicos.
- Drenaje de las grandes articulaciones para toma de muestras y disminuir la presión intraarticular.
- Inmovilización inicial y rehabilitación.
- Duración habitual del tratamiento es de 4 semanas. Puede variar en función del microorganismo aislado y de la evolución clínica.
 - *H. influenzae*, estreptococos, y gonococo: 2 semanas.
 - *S. aureus* y bacilos Gram negativos: 4 semanas (6 si existe osteitis).
 - Puede plantearse a los 10-14 días del tratamiento pasar a vía oral con ciprofloxacino 750 mg cada 12h o levofloxacino 750 mg cada 24h asociada a rifampicina en caso de infecciones estafilocócicas.

Tratamiento según tinción de Gram

Resultado de tinción de Gram líquido articular	Antibiótico de elección
Cocos Gram -	Ceftriaxona 1-2 g/24h EV Alergia: Ciprofloxacino 400 mg/12h EV
Cocos Gram +	Cloxacilina 2 g/4h EV Alergia o pacientes con alto riesgo de SARM: vancomicina 15 mg/Kg/12h o daptomicina 6-8 mg/kg/24h
Bacilos Gram-	Ceftazidima 2 g/8h Alergia: ciprofloxacino 400 mg/12h + gentamicina 3-5 mg/Kg/24h EV en los primeros 3-5 días o Aztreonam 2 g/8h
No visualización de microorganismos o no realizada	Cloxacilina 2g/4h EV + Ceftriaxona 1-2 g/24h EV Alergia: vancomicina 15 mg/kg/12h + Ciprofloxacino 400 mg/12h EV

Posteriormente ajustar tratamiento antibiótico según resultado de antibiograma y microorganismo responsable

Tratamiento según antecedentes clínico-epidemiológicos

Paciente	Antibiótico (de elección)	Antibiótico (alternativa)
Sin factores de riesgo para microorganismes atípicos	Cloxacilina 2 g/24h EV	Vancomicina 15 mg/Kg/12h EV
Riesgo de sepsis por Gram – (ancianos, ITU de repetición, cirugía abdominal reciente, cirrosis)	Ceftriaxona 2 g/24h + Gentamicina 3-5 mgr/Kg/24h EV	
Riesgo SARM (colonización previa, úlceras en extremidades inferiores, portador de cateteres)	Vancomicina 15 mg/Kg/12h EV	Daptomicina 6 mg/Kg/24h EV Linezolid 600 mg/12h EV
Adictos a drogas por vía parenteral	Cloxacilina 2 g/4h EV	Vancomicina 15 mg/Kg/12h EV
Sospecha artritis gonocócica	Ceftriaxona 2 g/24 h EV	