

ARTRITIS SÉPTICA EN LA EDAD ADULTA Y PEDIÁTRICA

Autores: Dra. Meritxell Gavalrà, Dra. Helem Vilchez, Dr. Joaquín Dueñas, Dr. Jaime Carrasco, Dr. Lluís Galmés

La artritis séptica es proceso rápidamente destructivo que puede dar lugar a importantes secuelas.

Factores predisponentes

- Edad >80 años
- Diabetes mellitus
- Enfermedad renal crónica
- Cirrosis
- Artritis reumatoide
- Inmunosupresión
- Uso de drogas por vía parenteral
- Endocarditis
- Intervenciones articulares recientes, punciones intraarticulares
- Artropatías por cristales

Manifestaciones clínicas

Más frecuente monoartritis aguda

- Fiebre (la ausencia de fiebre no descarta la artritis séptica)
- Dolor
- Hinchazón articular
- Impotencia funcional secundaria

Etiología

- *S. aureus* y estreptococos (60-90% casos)
- *N. gonorrhoeae* en pacientes con factores de riesgo
- Bacilos gram negativos en inmunodeprimidos, neonatos y ancianos
- *S. aureus* meticilin resistente en la comunidad

Evaluación en urgencias

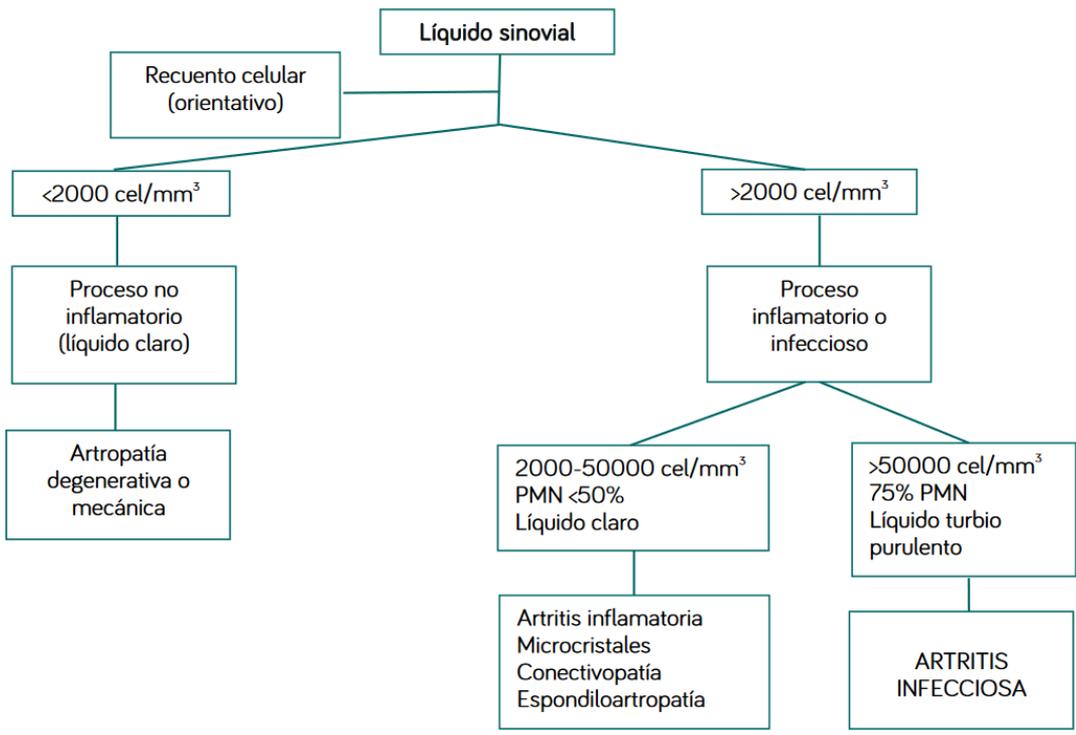
- Historia clínica dirigida y exploración física general
- Hemograma y bioquímica que incluya PCR y VSG
- Radiología simple de la articulación afecta
- Hemocultivos y cultivos de posibles focos infecciosos
- Artrocentesis
- Serología para *Brucella spp.*, *B. burgdorferi*, *Bartonella spp.*, *C. burnetti* y o *Mycoplasma* (en pacientes factores de riesgo epidemiológicos)
- Realizar una ecocardiografía transtorácica en los pacientes con artritis séptica por *S. aureus*, *Enterococcus faecalis* y todos los estreptococos excepto *S. pneumoniae* y *S. pyogenes*.

ARTROCENTESIS

Examen citoquímico (1 tubo estéril verde): recuento celular, glucosa, proteínas, cristales y ADA si procede.

Microbiología (1 tubo estéril verde y 2 frascos de hemocultivos): Gram urgente, cultivo general y cultivo de micobacterias si procede.

Algoritmo diagnóstico



Tratamiento

Tratamiento antibiótico empírico endovenoso, dirigido por tinción de Gram o antecedentes epidemiológicos.	Drenaje de las grandes articulaciones por artrocentesis, artrotomía o artroscopia. Con frecuencia hay que repetir artrocentesis diarias.	Inmovilización inicial y rehabilitación.
--	--	---

RESULTADO DE TINCIÓN DE GRAM LÍQUIDO ARTICULAR	ANTIBIÓTICO DE ELECCIÓN
Cocos Gram positivos en racimo (Staphylococco)	<p>Cloxacilina 2 g/4 h EV.</p> <p>Si alergia a betalactámicos o pacientes con alto riesgo de SARM: Vancomicina 15 mg/Kg/12 h o Daptomicina 10 mg/kg/24 h</p> <p>Se recomienda tratamiento oral secuencial con betalactámicos, Levofloxacino, Clindamicina o Linezolid, según antibiograma.</p> <p>No está recomendado el uso de Rifampicina oral.</p>
Cocos Gram positivos en cadena (Streptococco)	<p>Ceftriaxona 1-2 g/24 h EV.</p> <p>Si alergia a betalactámicos: Ciprofloxacino 400 mg/12 h EV.</p> <p>Se recomienda tratamiento oral secuencial con Amoxicilina, Cefuroxima, Levofloxacino o Moxifloxacino, según antibiograma.</p>
Bacilos Gram negativos	<p>Ceftazidima 2 g/8 h o Ceftriaxona 1-2g/24 h EV.</p> <p>Alergia a betalactámicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ciprofloxacino 400 mg/12 h + gentamicina 3-5 mg/Kg/24 h EV en los primeros 3-5 días EV. - Aztreonam 2 g/8 h EV. - <p>Se recomienda tratamiento oral secuencial con ciprofloxacino siempre que sea posible según antibiograma.</p>
No visualización de microorganismos o no realizada	<p>Cloxacilina 2 g/4 h EV + Ceftriaxona 1-2 g/24 h EV.</p> <p>Alergia: (Vancomicina 15 mg/Kg/12 h o Daptomicina 10 mg/kg/24 h) + (Aztreonam 1 g/8 h o Ciprofloxacino 400 mg/12 h)</p>

PACIENTE	ANTIBIÓTICO (de elección)	ANTIBIÓTICO (alternativa)
Sin factores de riesgo para microorganismos atípicos	Cloxacilina 12 g/24 h + Ceftriaxona 1-2 g/24 h EV	Si alergia a los betalactámicos: (Vancomicina 15 mg/Kg/12 h o Daptomicina 10 mg/kg/24 h) + (Aztreonam 1 g/8 h o Ciprofloxacino 400 mg/12 h)
Riesgo SARM (colonización previa, úlceras en extremidades inferiores, portador de catéteres)	Vancomicina 15 mg/Kg/12 h EV	Si disfunción renal: Daptomicina 10 mg/Kg/24 h o Linezolid 600 mg/12 h EV
Adictos a drogas por vía parenteral	Vancomicina 15 mg/Kg/12 h EV	
Sospecha artritis gonocócica	Ceftriaxona 2 g/24 h EV	

Duración del tratamiento

- Articulaciones grandes: 3-4 semanas para *S. aureus* y bacilos gran negativos, 2-3 semanas para las artritis estreptocócicas y 1-2 semanas para las gonocócicas. Se empieza a contar a partir del día del drenaje quirúrgico.
- Alargar la duración a 6 semanas en artritis de esqueleto axial, osteomielitis.
- Articulaciones de la mano y muñeca: 2 semanas tras drenaje quirúrgico.
- En artritis séptica por *Candida* tratamiento 6-8 semanas.
- En artritis por *Mycobacterium tuberculosis* tratamiento a 9-12 meses.

Se puede pasar el tratamiento a vía oral tras 1 semana de antibioterapia endovenosa en los adultos sin endocarditis, hemocultivos negativos y con mejoría clínica y analítica.

Artritis séptica en pediatría

Las articulaciones más frecuentemente implicadas son:

- cadera (25-40%)
- rodilla (13-56%)
- tobillo (9-23%)
- codo (5-20%)
- hombro (4-10%)

ETIOLOGÍA:

- *Staphylococcus aureus*
- *Kingella kingae*
- *Streptococcus pyogenes*
- *Streptococcus pneumoniae*
- *Enterobacterias*
- *H. influenzae*

TRATAMIENTO EMPÍRICO:

El tratamiento empírico inicial* cambia en función de la edad del paciente.

GRUPO DE EDAD	ANTIBIÓTICO EMPÍRICO (EV)
<3 meses	(Cloxacilina o Cefazolina) + (Cefotaxima o Gentamicina)**
3 meses -2 años	Cefuroxima Alternativa: Cloxacilina + Cefotaxima o Amoxicilina- clavulánico
2-4 años	Cefazolina Alternativa: Cefuroxima
>4 años	Cefazolina o Cloxacilina

*Sin factores de riesgo. **Evitar dos cefalosporinas juntas

TRATAMIENTO DIRIGIDO:

MICROORGANISMO	ANTIBIÓTICO (EV)
<i>S aureus</i> sensible	Cefazolina o Cloxacilina
<i>S aureus</i> MRSA	Cotrimoxazol, Clindamicina, Linezolid, Vancomicina, Ceftarolina
<i>Kingella kingae</i>	Cefuroxima, Amoxicilina- clavulánico,
Estreptococos grupo A o B	Penicilina o Ampicilina
Otros	En función del antibiograma

En pacientes sin factores de riesgo, con evolución favorable (desaparición de la fiebre, disminución de la PCR >50%, mejoría de la sintomatología, ...) se puede pasar a vía oral a los 2-4 días y mantener el tratamiento 2-3 semanas.

Tratar 4-6 semanas en caso de infecciones por MRSA, *Salmonella* sp, enterobacterias, *Pseudomonas aeruginosa*, infecciones de columna, menores de 3 meses de edad o pacientes inmunodeprimidos.