

 HRS CONSORCI HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI VALÈNCIA	ARTRITIS SÉPTICA	Fecha: 16/02/2014
		Elaborado por: Dr. V. Estrems Díaz Dra. I. Cabanes Ferrer
		Páginas: 5

CLÍNICA

Cuadro clínico inflamatorio por presencia de microbios en la articulación (artritis infecciosa). Se denomina artritis séptica si está provocada por gérmenes que producen pus. Se produce una reacción inflamatoria de la sinovial, con tendencia a la supuración y destrucción articular secundaria a la colonización de un germen en el seno de la articulación.

La destrucción del cartílago articular en la artritis séptica aguda es irreversible a partir del 7º día.

EDAD	Cualquier edad pero es más frecuente en niños , con porcentajes del 30% en < de 2 años y del 50% en < de 5 años
GÉNERO	Más frecuente en varones (1♀: 2-3♂)
LOCALIZACIÓN	Articulación más frecuente rodilla (50%) seguida de cadera (25%) En ancianos el hombro es tan frecuente como la rodilla En ADVP: articulaciones sacroilíacas, esternoclaviculares y pubis
CLÍNICA	<u>Artritis no gonocócica</u> Dolor (síntoma más frecuente aunque puede faltar en 15%), calor, rubor, tumor e impotencia funcional con movilidad dolorosa y disminuida. Fiebre y escalofríos (pueden estar ausentes en recién nacidos y lactantes) Monoarticular (poliarticular en ptes con factores de riesgo) Niños: mayor afectación del estado general Lactantes: pseudoparálisis de la extremidad y dolor a la movilidad pasiva; ligero flexo articular <u>Artritis gonocócica</u> Artralgias o artritis migratoria Mono u oligoartritis Compromiso del estado general

ETIOLOGÍA

CON AFECTACIÓN MONO U OLIGOARTICULAR

EDAD Y SITUACIÓN DEL PACIENTE	AGUDA	CRÓNICA
Menor de 60 años	Staphylococcus aureus (el + común), Streptococcus spp (el + frecuente en recién nacidos), Neisseria gonorrhoeae, otras bacterias	M. tuberculosis , Brucella spp, otras micobacterias, hongos
Mayor de 60 años o Inmunodeprimido	Staphylococcus aureus, bacilos gram negativos, Staphylococcus coagulasa negativos, Streptococcus spp, anaerobios	Mycobacterium spp, Nocardia spp, Candida spp, Mycoplasma spp.

CON AFECTACIÓN POLIARTICULAR

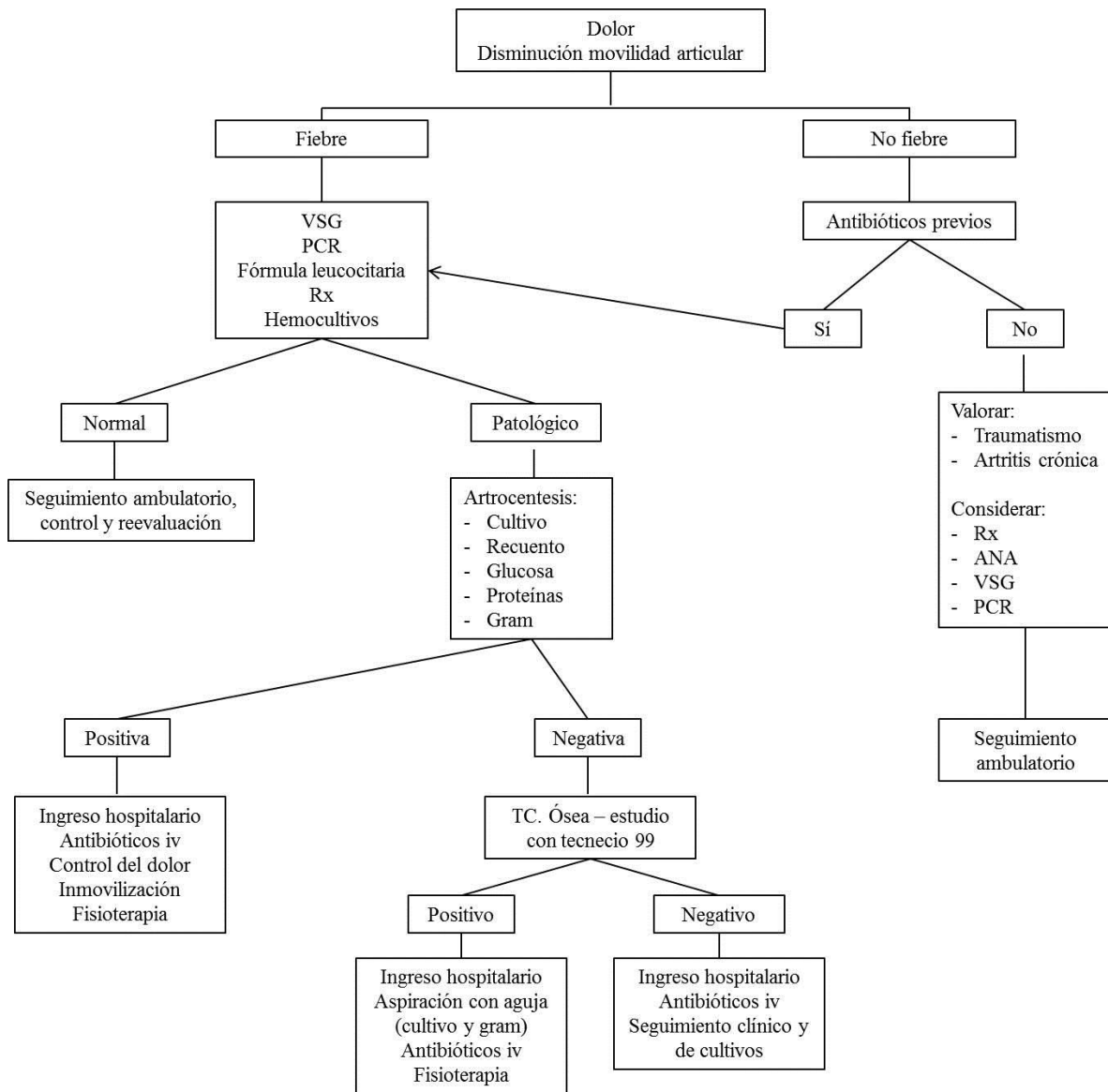
AGENTES	AGUDA	CRÓNICA
VIRUS	Rubeola, virus de la parotiditis, parvovirus B 19, hepatitis B y C, otros.	Parvovirus B 19, hepatitis B y C.
BACTERIAS Y HONGOS	Staphylococcus aureus, Neisseria spp, Streptobacillus moniliformis, Treponema Pallidum	Mycobacterium tuberculosis, Mycobacterium leprae, hongos

DIAGNÓSTICO

La base del diagnóstico de la artritis séptica es la clínica, las técnicas de imagen y el análisis del líquido articular.

Análisis del líquido articular según la patología:				
	NORMAL	INFLAMATORIO	SÉPTICO	NO INFLAMATORIO
ASPECTO	Transparente, incoloro	Opaco, translúcido, amarillo	Opaco, amarillo	Transparente, amarillo
VISCOSIDAD	Alta	Baja	Variable	Alta
LEUCOCITOS	<200/mm ³	5000-75000/mm ³	>50000/mm ³	200-2000/mm ³
GLUCOSA	Normal	<50% de glucemia	<50% glucemia	Normal
PMN (polimorfonucleares)	<25%	>50%	>75%	<25%
GÉRMENES	No	No	Frecuente	No

ALGORITMO DIAGNÓSTICO ARTRITIS SÉPTICA



TRATAMIENTO

La base del tratamiento de la artritis séptica es:

- 1. Evacuación del derrame:** artrocentesis, artroscopia o artrotomía.
- 2. Antibioterapia.**
- 3. Terapia física:** inmovilización inicial seguido de rehabilitación activa.

ANTIBIÓTICO EMPÍRICO INICIAL SEGÚN TINCIÓN GRAM

GRAM	ANTIBIOTICO DE ELECCION	ANTIBIOTICO ALTERNATIVA
Tinción Gram: Cocos Gram -	Ceftriaxona 1-2gr/24h/EV	Ciprofloxacino 400/12h/EV
Tinción Gram: Cocos Gram +	Cloxacilina 2gr/4h/EV + Gentamicina 3-5mg/Kg/24h	Si riesgo MRSA o alérgicos a penicilina: Vancomicina 15mg/Kg/12h/EV, linezolid 600mg iv u oral c/12h o daptomicina 6-10mg/kg/día asociados o no a gentamicina 5-7 mg/kg/días los primeros 3- 5 días
Tinción Gram: S Bacilos Gram -	Ceftriaxona 2gr/24h/EV+ Amikacina 15mg/Kg/día (3- 5 días)	Ciprofloxacino 400/12h/EV + Amikacina 15mg/Kg/día (3- 5 días) Monoterapia con tigeciclina 100mg 1ª dosis y 50 mg/12h de mantenimiento
Tinción Gram: no microorganismos o no realizada	Cloxacilina 2gr/4h/EV + Ceftriaxona 2gr/24h/EV	Vancomicina 15mg/Kg/12h/EV, linezolid 600mg iv u oral c/12h o daptomicina 6-10mg/kg/día + Amikacina 15mg/Kg/día o ciprofloxacino 400mg/8-12h. Monoterapia con tigeciclina 100mg 1ª dosis y 50 mg/12h de mantenimiento.

ANTIBIÓTICO EMPÍRICO INICIAL SEGÚN TINCIÓN FACTORES DE RIESGO

PACIENTE	ANTIBIÓTICO DE ELECCIÓN	ANTIBIÓTICO ALTERNATIVA
Sin factores de riesgo para gérmenes atípicos, artritis reumatoidea (S. aureus) o mieloma múltiple (neumococo)	Cloxacilina 2 g/4h EV + Gentamicina 3-5 mg/Kg/24 h (3-5 días)	Vancomicina 15 mg/Kg/12 h EV

Riesgo de sepsis por Gram – (ancianos, ITU de repetición, cirugía abdominal reciente, cirrosis)	Ceftriaxona 2 g/24 h EV + Amikacina 15mg/Kg/día (3-5 días)	
Riesgo MRSA (antecedente conocido MRSA, úlceras en extremidades inferiores, portador de cateteres,	Vancomicina 15 mg/Kg/8-12 h EV , linezolid 600mg iv u oral c/12h o daptomicina 6-10mg/kg/día asociados o no a 5-7 mg/kg/días lo primeros 3-5 días	
ADVP	Cloxacilina 2 g/4h EV + Gentamicina 3-5 mg/Kg/24 h (3-5 días)	Vancomicina 15 mg/Kg/12 h EV
Sospecha gonococo, meningococo	Ceftriaxona 2 g/24 h EV	

La **duración del tratamiento** depende del germen aislado y de la evolución clínica. El tratamiento habitual para H. influenzae, estreptococos, y gonococo es de dos semanas. Las artritis por S.aureus y bacilos Gram negativos debe tratarse durante cuatro semanas (seis si existe osteitis). Si son sensibles a quinolonas puede plantearse a partir de la tercera semana del tratamiento pasar a quinolonas (ciprofloxacino 750 mg cada 12h o levofloxacino 750mg cada 24h vía oral), asociada a rifampicina en caso de infecciones estafilocócicas.