

# Artritis Séptica

Hospital Obrero N° 6 "Dr. Jaime Mendoza" C.N.S.

\* Dr. Martín Barrón Romero

(\*) Terapia Intensiva Hospital Obrero No 6 "Dr. Jaime Mendoza" C. N. S.

\*\* Dr. Milber La Madrid

(\*\*) Médico Residente Tercer Nivel Medicina Interna

## Palabras Clave:

*Artritis Séptica*

## RESUMEN.-

La infección articular sigue siendo un motivo relativamente frecuente de consulta, tanto en los Servicios de Urgencia como en las consultas del Médico General. De ahí que el diagnóstico precoz y la derivación oportuna para el inicio de un tratamiento mixto que considera el uso adecuado de esquemas antibióticos asociado a aseo quirúrgico, son cruciales en su manejo y pronóstico; que aún no se encuentra exento de complicaciones incluso de mortalidad en algunos pacientes con enfermedades predisponentes.

Realizamos la presentación del caso clínico de una paciente del Hospital "Dr. Jaime Mendoza" que acudió a nuestro nosocomio después de recibir tratamiento con medicina tradicional por período no determinado de tiempo.

Paciente con una evolución de varios días en los cuales no se llegó a un diagnóstico y tratamiento adecuados; en esta revisión se realiza un análisis referente al diagnóstico y tratamiento oportuno que a menudo requiere de la participación de distintos especialistas para un mejor resultado en beneficio de la funcionalidad articular y/o de una complicación de mayor riesgo para el paciente.

## INTRODUCCIÓN.-

Consiste en la invasión bacteriana directa del espacio articular. Es una emergencia médica, ya que conduce a una rápida destrucción de la articulación y compromete la supervivencia del paciente si el diagnóstico y tratamiento no son oportunos.(3) La mortalidad de la artritis séptica es de 9%. En pacientes con artritis reumatoide (AR) aumenta al 25%, además 1/3 sufre deterioro funcional importante de la articulación con necesidad de cirugía posterior como reemplazo articular (1, 9, 10, 15).

La llegada de la bacteria a la membrana sinovial puede ocurrir a través

De distintas rutas:

- Vía hematógena: es la forma más frecuente de artritis séptica. En esta se produce una bacteriemia secundaria a focos primarios de infección que pueden ser cutáneos, dentales, respiratorios, urinarios, endocarditis. En algunos casos no se encuentra foco primario.
- Diseminación desde un foco de osteomielitis de la metáfisis o epífisis, (mecanismo importante en los niños).

- Diseminación de infección de partes blandas periarticulares: bursitis.

- Inoculación directa: artrocentesis, cirugía, trauma.

En el sinovio las bacterias se multiplican, hay migración de polimorfonucleares (PMN), fagocitosis de bacterias por PMN y sinoviocitos, aumento del flujo sanguíneo, proliferación de la membrana sinovial, liberación de enzimas proteolíticas (metaloproteinasas), y citoquinas proinflamatorias como Interleukina 1 (IL1), y factor de necrosis tumoral (TNF $\alpha$ ). Finalmente hay exudación de PMN al espacio articular, lo que determina la presencia de derrame articular purulento con aumento de la presión de la cavidad articular. Todo ello determina en pocas horas la degradación del cartílago articular y eventual pérdida de la integridad articular (4,9).

El *Staphylococcus* spp. Es el microorganismo causal más frecuente. En general es la causa de artritis bacteriana en poblaciones sin patología articular preexistente entre el 37 al 56%, en ancianos entre 43 y 64%, en pacientes con artritis reumatoide (AR) y diabéticos aumenta al 80%, y en pacientes con prótesis articulares 75 a 90%.(5, 9,13).

El segundo microorganismo más frecuente es el *Streptococcus* (15 a 30%), por lo tanto las cocáceas G (+) son responsables del 50 al 90% de las artritis sépticas. Los bacilos G (-) son causa en el 7 a 26 % y los anaerobios en un 1% (5, 13).

Sin embargo, virtualmente cualquier microorganismo es capaz de producir artritis bacteriana, además existen ciertas condiciones que se asocian a determinadas bacterias.

Son monoarticulares en el 80% de los casos, es decir se presentan como monoartritis aguda. El paciente desarrolla en forma abrupta aumento de volumen de una articulación con intenso dolor y calor local.

La articulación más frecuentemente comprometida es la rodilla. La cadera es sitio frecuente en niños. Sin embargo se puede comprometer cualquier articulación (muñecas, tobillos, hombro, esternoclaviculares, entre otras).

Son poliarticulares en el 20%. En general son pacientes con enfermedad debilitante preexistente (ej. diabetes mellitus) o enfermedad articular (ej. artritis reumatoide).(3)

La mayoría de los pacientes presenta fiebre; pudiendo o no haber evidencia de focos primarios de infección en piel, tracto urinario, respiratorio u otros.

**PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO.-**

Paciente de 36 años de edad, sexo femenino, procedente del área rural, ingresa al servicio de Medicina Interna presentando: monoartralgia de rodilla izquierda que se exagera a la movilización, aumento de volumen de la misma, impotencia funcional y alza térmica no cuantificada. Paciente en posición antiálgica y postrada.



**Enfermedad Actual.-**

Paciente refiere que el cuadro comenzó aproximadamente 1 semana atrás, medicada con medicina tradicional desde esa fecha sin respuesta alguna.

**Antecedentes Personales.-**

Paciente refiere haber cursado con Osteomielitis hace más o menos 25 años.

Paciente evoluciona en forma tórpida a las 24 hrs. Es transferida al servicio de UCI con datos francos de Shock Séptico. En ese momento se evidencian lesiones pustulosas en ambos miembros inferiores.

Se realizan exámenes complementarios:

Hemograma:

Hb	11.3 gr/dl	Glucosa	37 mg/dl
Hto	35%	Urea	73 mg/dl
Leucocitos	11.500	Creatinina	1.0 mg/dl
Cayados	10%	BT	8.4 mg/dl
Segmentados	70%	BD	5.8 mg/dl
Linfocitos	15%	BI	2.6 mg/dl
Monocitos	5%	TC	10' 30''
VSG	180 1ra hr.		

Proteína C Reactiva: 153  
 Rx: Articulación Rodilla Izq: Normal  
 Hemocultivos: Negativos  
 Punción Articular:

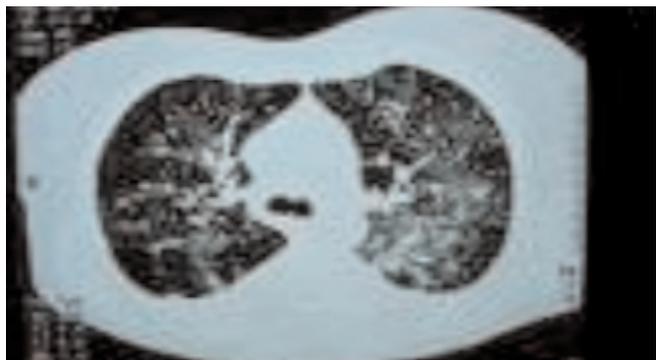
Se realiza la punción de líquido articular obteniéndose líquido purulento en una cantidad aproximada de 100cc. Posteriormente se aísla staphylococcus aureus.

Como intercurencias durante su internación la paciente presenta Síndrome de Disfunción Multiorgánica (SDMO) y Síndrome de Dificultad respiratoria (SDRA); motivo por el cual preciso apoyo inotrópico y Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) prolongada; además de antibioterapia respectiva.

Se realiza estudio de Fibrobroncoscopia, evidenciándose sólo tapones mucosos.

Entre otras intercurencias la paciente curso con Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAV), aislándose Bacilo No Forheniador (BNF), Diabetes Insípida y Polineuropatía del Paciente Crítico; motivo por el cual la desconexión de ARM fue dificultosa.

Durante su internación recibió múltiple tratamiento antibiótico y punciones articulares repetidas; paciente evoluciona favorablemente siendo dada de alta del servicio.



## DISCUSIÓN.-

La monoartritis aguda es séptica hasta que no se demuestre lo contrario (3)

Las pruebas complementarias que disponemos (habitualmente sangre y radiología) no muestran datos específicos en el inicio. La presencia de leucocitosis y una velocidad de sedimentación o proteína C reactiva elevada nos apoya un diagnóstico de artritis séptica, aunque carece de sensibilidad y especificidad. (14)

El médico debe tener claro los hallazgos radiológicos más característicos de esta patología para un diagnóstico y tratamiento oportuno.(13).

La prueba definitiva para valorar una posible infección bacteriana es el análisis del líquido sinovial. (1, 2, 3).

La duración recomendada de la antibioterapia depende del tipo de microorganismo implicado, las características del huésped y la evolución clínica observada. Las infecciones por *N. gonorrhoeae* o *N. meningitidis* suelen curar en 7 a 10 días; las producidas por *Streptococcus* spp o *Haemophilus* spp, en 2 a 3 semanas y las originadas por *S. aureus* o bacilos Gram negativos requieren un mínimo de 4 semanas. Estos periodos deben alargarse a 6 semanas ante la sospecha de osteomielitis acompañante. (2, 3).

El diagnóstico precoz asociado a un tratamiento agresivo y oportuno de la infección articular representa sin duda alguna el pilar fundamental para obtener mejores resultados en cuanto a la recuperación funcional del paciente. Esto sin duda alguna es labor de un equipo multidisciplinario que incluye un trabajo interrelacionado.

## BIBLIOGRAFÍA.-

- 1.- Harrison. Principios de Medicina Interna. España: Mc Graw Hill Interamericana 16 a Ed. 2002, 2209 - 2214.
- 2.- Farrera Rozman. Medicina Interna, España; Harcourt Bruce 16ª Ed., 2004: 1628-1637
- 3.- Angela Restrepo M. Enfermedades Infecciosas, 6ta Edición, 2007, 224 – 231, 383 – 390.
- 4.- Welker Y., Doco-Lecompte T., Decazes J.M. Arthrites infectieuses. Pathologie Articulaires. Klippel J., Dieppe P. Rheumatology. 2da edición. 1998. Ed. Mosby.
- 5.- Espinoza L. Infectious arthritis. Rheumatic Disease Clinics of North America. 1998. Ed. Saunders.
- 6.- Mensa Pueyo J., Gatell Artigas J., Jiménez De Anta Losada M.T., et al. Guía de terapéutica antimicrobiana. Barcelona. 8va edición. 1998. Ed. Masson. Argentina.
- 7.- Du bon usage des antibiotiques. Hopital Bichat-Claude Bernard. Coordination: Anne Crémieux. 1996.
- 8.- Sanford. Guide to antimicrobial therapy. 2006. EEUU.
- 9.- Smith J.W. Piercy E.A. Arthritis infecciosa. Mandel, Douglas, Bennett. Ed. Panamericana. 1998:1150-8.
- 10.- Goldenberg DL. Septic arthritis. Lancet 1998; 351: 197-202.
- 11.- Norden C, Nelson JD, Mader JT, Calandra GB. Evaluation of new anti-infective drugs for the treatment of infectious arthritis in adults. Clin Infect Dis 1992; 15 (Suppl 1): S167-171.
- 12.- Nelson JD, Norden C, Mader JT, Calandra GB. Evaluation of new anti-infective drugs for the treatment of acute suppurative arthritis in children. Clin Infect Dis 1992; 15 (Suppl 1): S172-176.
- 13.- Smith JW, Piercy EA. Infectious arthritis. Clin Infect Dis 1995; 20: 225-231.
- 14.- Grupo de trabajo para el estudio de las infecciones en drogadictos. Estudio multicéntrico de las complicaciones infecciosas en adictos. Enf Infecc Microb Clín 1995; 13: 532-539.