

10.2. ARTRITIS SÉPTICA NATIVA

Beatriz Sobrino Díaz¹, Luis Fco Caballero Martínez¹, Gabriel Jiménez Núñez², Begoña Palop Borrás³ y Ismael Menendez Quintanilla⁴.

Servicio de Enfermedades Infecciosas¹, Servicio de Reumatología², Servicio de Microbiología³ y Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología⁴.

1. INTRODUCCIÓN

La artritis séptica (AS) es una urgencia médica cuya prevalencia es difícil de conocer porque los datos proceden de cohortes retrospectivas, pero de incidencia creciente.

2. ¿CUANDO SE DEBE SOSPECHAR DE UNA ARTRITIS SÉPTICA?

CLÍNICA		
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> Fiebre y malestar, con dolor localizado, tumefacción, rubor y disminución de la movilidad articular de 1 a 2 semanas de evolución, en presencia de factores de riesgo. 	
Factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> Edad >65 años Artritis reumatoide u otra enfermedad articular previa Procedimientos articulares invasivos Presencia de diabetes Enfermedades de la piel, de transmisión sexual o inmunodeficiencias. 	
IMPORTANTE	Se debe sospechar una artritis séptica en toda monoartritis aguda hasta demostrar lo contrario. Salvo que haya sido razonablemente descartado el diagnóstico, el paciente debe recibir terapia antibiótica empírica.	
MICROBIOLOGÍA		
Cocos gram positivos	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Staphylococcus aureus</i> (+frec) - <i>S. aureus</i> MR (6-8%) - <i>Streptococcus</i> spp 	Factores de riesgo colonización por SAMR: Edad avanzada, hospitalización reciente, procedimientos invasivos, antecedentes de diabetes o colonización previa y presencia de artritis reumatoide o dermatopatía crónica.
Bacilos gramnegativos (10-20%)	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Escherichia coli</i>, - <i>Proteus mirabilis</i> - <i>Klebsiella pneumoniae</i> - <i>Enterobacter</i> 	Más frecuentes en inmunodeprimidos y ancianos
	- <i>P. aeruginosa</i>	ADVP, traumatismos abiertos, inmunodeprimidos, amputados por insuficiencia vascular y diabetes mellitus (DM) mal controlada
	- <i>N. gonorrhoeae</i>	En jóvenes sexualmente activos
APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA		
Artrocentesis diagnóstica	Líquido articular	<ul style="list-style-type: none"> Examen citológico, determinación de glucosa, proteínas, LDH, tinción de Gram y cultivo en medios ordinarios, y Brucella o micobacterias si procede. Examen a microscopía óptica de luz polarizada: Descartar cristales de ácido úrico o pirofosfato cálcico dihidratado Biología molecular (PCR multiplex) en casos seleccionados por el facultativo especialista de E.Infecciosas y tras consensuar con facultativo de Microbiología clínica competente.
Analíticas		<ul style="list-style-type: none"> Hemograma, bioquímica, proteína C reactiva y hemocultivo, que se incubará durante 2 sem caso de sospecha de Brucelosis
Pruebas imagen	Rx simple	<ul style="list-style-type: none"> De articulación afecta y contralateral
	Ecografía	<ul style="list-style-type: none"> Detección de derrame en articulaciones profundas así como la realización de artrocentesis dirigida

Criterios de Ingreso: La simple sospecha de una AS obliga siempre al ingreso hospitalario.

3. TRATAMIENTO EMPÍRICO

Según el lugar de adquisición se definen dos tipos de artritis sépticas:

- **RELACIONADA CON LOS CUIDADOS SANITARIOS/NOSOCOMIAL:** Las que se presentan en pacientes que llevan más de 48h hospitalizados, en hemodialisis, bajo tratamiento con quimioterapia en mes previo, recibiendo tratamiento antibiótico parenteral ambulatorio, residentes en centros de larga estancia y también la que sigue a una infiltración articular o una artroscopia.

- **COMUNITARIA:** Las que no cumplen los criterios descritos en el apartado anterior.

Tinción Gram	ATB elección	ATB alternativa
ARTRITIS SEPTICA COMUNITARIA		
Tinción de Gram Negativo o no realizada	<ul style="list-style-type: none"> • Cloxacilina 2 g/4h/iv + Ceftriaxona 2 g/24h/iv o im ó • Cefotaxima 1-2 g/8h/iv ó Ceftarolina 600 mg/8h/iv 	<ul style="list-style-type: none"> • Vancomicina 1 g/12h/iv ó Daptomicina 6-8 mg/kg/24h/iv + Ciprofloxacino 400 mg/12h(iv o 750 mg/12h/vo ó Amikacina 15 mg/kg/24h/iv
Cocos Gram +	<ul style="list-style-type: none"> • Cloxacilina 2 g/4h/iv ó Cefazolina 2 g/8h/iv <p>Riesgo de SAMR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Daptomicina 6-8 mg/kg/24h/iv ó • Linezolid 600 mg/12h/iv o vo ó • Ceftarolina 600 mg/8h/iv 	<ul style="list-style-type: none"> • Vancomicina 1 g/12h/iv ó Levofloxacino 500 mg/24h/iv ó 750 mg/24h/vo <p>Riesgo de SAMR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Daptomicina 6-8 mg/kg/24h/iv ó • Linezolid 600 mg/12h/iv o vo ó • Ceftarolina 600 mg/8h/iv
Cocos Gram -	<ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxona 2 g/24h/iv ó • Cefotaxima 1 g/8h/iv 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciprofloxacino 400 mg/12h/iv o 750 mg/12h/vo ó • Levofloxacino 500 mg/24h/iv o vo
Bacilos Gram –	<ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxona 1 g/12h/iv o im ó Cefotaxima 2 g/8h/iv ± Amikacina 15 mg/kg/24h/iv/3-5 días <p>Riesgo de BLEE**</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meropenem 1 g/8h/iv 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciprofloxacino 400 mg/12h/iv o 750 mg/12h/vo ± Amikacina 15 mg/kg/24h/iv/3-5 días <p>Riesgo de BLEE**</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tigeciclina 100 mg/iv (dosis carga), seguido de 50 mg/12h/iv
ARTRITIS SEPTICA NOSOCOMIAL		
	<ul style="list-style-type: none"> • Ceftazidima 2 g/8h/iv + Vancomicina 1 g/12h/iv 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciprofloxacino 400 mg/12h/iv + Vancomicina 1 g/12h/iv
	En insuficiencia renal: Sustituir Vancomicina por Daptomicina 6-8 mg/kg/24h/iv	
SEPSIS GRAVE O SHOCK SEPTICO (Independientemente del lugar de adquisición):		
	<ul style="list-style-type: none"> • Piperacilina-Tazobactam 4 g/6h/iv o Meropenem 2g/8h/iv + Daptomicina 8-10 mg/kg/24h/iv 	

****Factores de riesgo para infección por enterobacterias productoras de BLEEs:** Infección o colonización previa por gérmenes productores de BLEEs. Estancia hospitalaria previa, residentes en centros de larga estancia, contacto habitual con el sistema sanitario, portadores de sonda vesical, tratamientos antimicrobianos previos con quinolonas o betalactámicos. (Desescalado el tratamiento tras identificar y testar la sensibilidad del agente etiológico).

Es suficiente la sospecha de AS para iniciar el tratamiento antimicrobiano empírico tras la artrocentesis y toma de hemocultivos. El tratamiento se ajustará o simplificará según la susceptibilidad del germen aislado en los cultivos. Dicho tratamiento debe ser al menos 1 semana por vía intravenosa (IV), y posteriormente si buena evolución vía oral (VO) hasta completar 3-4 semanas, 6 en casos de osteomielitis concomitante.

5. ARTROCENTESIS Y DRENAJE QUIRÚRGICO

Se trata de una infección frecuentemente bacteriémica en la que se debe realizar un drenaje articular (con reducción rápida del inóculo) en las primeras horas. La mayor parte de la destrucción articular y secuelas se debe a reacción del sistema inmune frente a los antígenos bacterianos

La artrocentesis repetida permite la eliminación de dichos productos bacterianos que mantendrían activado el sistema inmune, además de favorecer la llegada de la ATB al reducir la presión de los vasos intrasinoviales. La artrocentesis permite valorar también si existe buena respuesta al tratamiento antimicrobiano. El drenaje quirúrgico está indicado en artritis séptica de cadera y hombro, presencia de tabicación del espacio articular que impida la artrocentesis, evolución clínica desfavorable o persistencia cultivo líquido sinovial positivo pasados 5 días de iniciar en tratamiento. No hay evidencia para recomendar artrocentesis versus cirugía como modo inicial de drenaje en AS. Si la tabicación impide la artrocentesis evacuadora una alternativa es instilar urokinasa 25.000 UI en 10 cc de suero fisiológico, y a la hora usar un abocath. El tratamiento anticoagulante no debe demorar la realización de una artrocentesis.