

Artritis Infecciosas

Artritis Bacterianas

Bacterianas

[Virales](#)

[Artritis gonocócica](#)

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

Patogénesis:

La llegada de la bacteria a la membrana sinovial puede ocurrir a través de distintas rutas:

1. Vía hematógena : es la forma más frecuente de artritis séptica. En esta se produce una bacteremia secundaria a focos primarios de infección que pueden ser cutáneos, dentales, respiratorios, urinarios, endocarditis. En algunos casos no se encuentra foco primario.
2. Diseminación desde un foco de osteomielitis de la metafisis o epifisis, mecanismo importante en los niños.
3. Diseminación de infección de partes blandas periarticulares: bursitis
4. Inoculación directa: artrocentesis, cirugía, trauma

En el sinovio las bacterias se multiplican, hay migración de 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 (IL1, TNFa). 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 cartilago articular y eventual pérdida de la integridad articular.

Bacteriología

Adultos

El estafilococo es el germen causal más frecuente. En general es la causa de artritis bacteriana en poblaciones sin patología articular preexistente entre el 37 al 56%, en viejos en 43 a 64%, en pacientes con artritis reumatoidea aumenta al 80%, en diabéticos en 80%, y en pacientes con prótesis articulares 75 a 90%.

El segundo germen más frecuente es el estreptococo (15 a 30%), por lo tanto las cocáceas G(+) son responsables del 50 al 90% de las artritis bacterianas no gonocócicas. Los bacilos G(-) son causa en el 7 a 26 % y los anaerobios en un 1%.

Sin embargo virtualmente cualquier germen es capaz de producir artritis bacteriana, además existen ciertas condiciones que se asocian a determinadas bacterias (Tabla 1).

Tabla 1.
Causas de artritis infecciosas

Microorganismo	Clínica Predilección por :
Estafilococo Aureus	Adultos sanos o con heridas cutáneas, Articulaciones con daño previo, por ejemplo artritis reumatoídea. Las articulaciones con prótesis articular
Estreptococo grupo A	Adultos sanos
Estreptococo grupo B, C , G y pneumoniae	Paciente inmunodeprimidos, diabetes mellitus, alcohólicos, con neoplasias o con prótesis articulares
Bacilos G(-): E coli, Klebsiella, Serratia, Pseudomona, Salmonella, H influenza	Pacientes inmunodeprimidos, con infecciones gastrointestinales o urinarias, viejos, drogadictos
Anaerobios	Prótesis articular, pacientes portadores de una enfermedad inflamatoria intestinal, con foco séptico abdominal o con úlceras de decúbito.

Niños

Recién nacido, infección adquirida en la comunidad: estreptococo grupo B 52% (canal del parto), estafilococo 25%, neisseria gonorrhoeae 17%, báculos G(-) 5 %.

Recién nacido, infección intrahospitalaria: estafilococo 62%, Candida 17%, Báculos G(-) 13%, estreptococo 13%.

Niños: antes del uso de la vacuna para haemophilus influenzae, el haemophilus influenza era la causa más frecuente de artritis bacteriana en niños de 1 mes a 5 años. Sin embargo en niños vacunados es actualmente muy poco frecuente. Al igual que en adultos el germen más frecuente es el estafilococo.

Adolescentes: Neisseria gonorrhoeae, pseudomona en drogadictos.

Manifestaciones clínicas

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 1 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 articular (ej Artritis Reumatoidea).

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

Presentaciones atípicas:

1. Artropatía preexistente: En pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) la infección articular puede ser difícil de reconocer, confundirse con episodio de actividad de la AR.y conducir equivocadamente a aumento del tratamiento inmunosupresor. Puede ser mono o poliarticular.
2. De presentación poliarticular
3. En pacientes debilitados y viejos : con menos síntomas , a veces afebriles
4. Hay localizaciones que pueden pasar inadvertidas: caderas, esternoclaviculares, sacroilíacas, hombros

Diagnóstico

El diagnóstico diferencial plantea:

1. Infección periarticular : bursitis, celulitis
2. Otras causas de monoartritis aguda (tabla 2).
3. Artritis bacteriana gonocócica o no gonocócica (tabla 3)

**Tabla 2.
Diagnóstico diferencial de Monoartritis Aguda**

Infección	Enfermedad reumatológica sistémica
Bacteriana TBC Virus	Artritis Reumatoidea Espondiloartropatía LEG
Artritis por cristales	Trastorno intrarticular
Urato monosódico CPPD Otros	Desgarro meniscal Necrosis ósea avascular Fractura
Hemartrosis	Tumores intraarticulares
Trauma Anticoagulación Trastornos de la coagulación	Sinovitis pigmentada villonodular Condrosarcoma Osteoma osteoide

Tabla 3.
Características de las artritis bacterianas gonocócicas versus la artritis bacterianas no gonocócicas

Característica	Artritis gonocócica	Otras artritis bacterianas
Perfil del paciente	Joven, sexualmente activo, predominio en mujeres	Recién nacido o en viejos; Inmunocomprometido; artritis reumatoidea u otra artritis sistémica.
Presentación inicial	Poliartralgia migratoria Tenosinovitis, dermatitis	Dolor, aumento de volumen y calor en una sola articulación.
Poliarticular	40-70%	10-20%
Aislamiento de la bacteria	< 50% en líquido sinovial < 10% en sangre	> 90% líquido sinovial 50% sangre
Respuesta a antibióticos	En pocos días, el Pronóstico es excelente	En semanas. El drenaje debe ser adecuado Pronóstico regular

Lo más importante frente a un paciente que se presenta con una monoartritis aguda y por lo tanto ante la sospecha inicial de artritis bacteriana es el examen del líquido articular. Esto se realiza mediante una artrocentesis o punción articular, o aspiración bajo TAC o ecografía en articulaciones de difícil acceso. La única contraindicación es la infección periarticular

El estudio del líquido sinovial (LS) debe incluir:

1. Recuento de leucocitos y diferencial
2. Estudio de cristales
3. Tinción de Gram
4. Cultivo: se recomienda el uso de botellas de hemocultivo que incrementan el aislamiento de patógenos

El líquido articular es purulento con recuento de leucocitos de 50.000 a 150.000 / ml, con predominio de PMN (> 90%). El cultivo del LS es positivo en el 90% de las artritis bacterianas no gonocócicas.

Otros exámenes de laboratorio:

Hemocultivos: (+) en 50% de artritis bacterianas no gonocócicas

Hemograma : leucocitosis y aumento de baciliformes, Elevación de VHS

Proteína C reactiva elevada

La radiografía simple es normal al inicio del cuadro. En caso de sospecha de artritis en articulaciones difíciles de localizar y/o para puncionar es útil en cintigrama óseo, TAC o RNM.

Tratamiento: (Figuras 1 y 2)

1. Hospitalizar
2. Tratamiento antibiótico. En general se administran en forma EV por 14 días, seguido

- de tratamiento oral por otros 14 días.
3. Drenaje articular

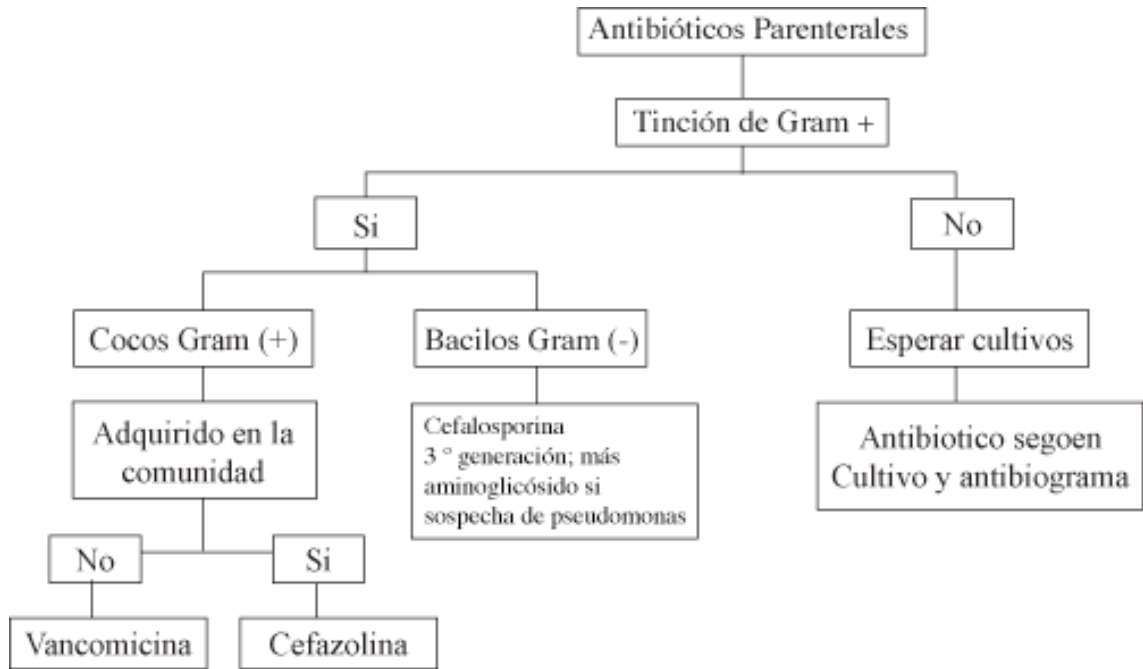


Figura 1. Tratamiento de la artritis bacteriana no gonocócica

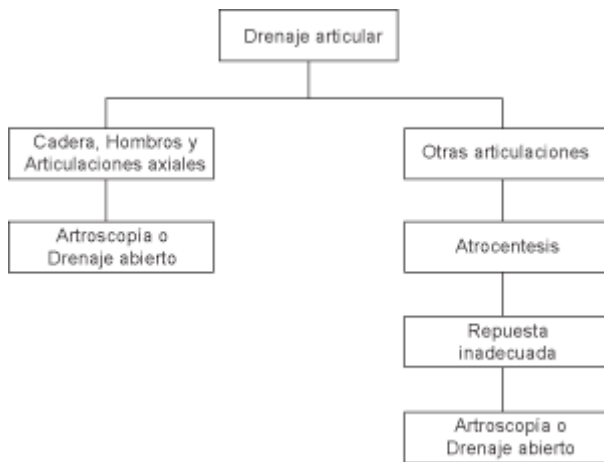


Figura 2. Tratamiento de la artritis bacteriana no gonocócica

