

Artritis séptica por piógenos en adultos

J.-J. Dubost, A. Tournadre, M. Soubrier, J.-M. Ristori

*La artritis séptica se debe a la invasión de la sinovial por microorganismos vivos después de una diseminación hematógena o de una inoculación por lo general iatrógena (infiltración o cirugía articular). La incidencia se estima en 1-10/100.000 habitantes/año. Se ve favorecida por la edad avanzada, la artritis reumatoide, la diabetes, la inmunodepresión y una artropatía previa. Los microorganismos identificados son los estafilococos (sobre todo *Staphylococcus aureus*) de los que el 10% son resistentes a la meticilina, un 20% por estreptococos variados y un 10% por bacilos gramnegativos. El gonococo es excepcional en países como Francia. En el 20% de los casos como promedio no se identifica ningún microorganismo, con diferencias significativas según las series. La rodilla está frecuentemente afectada (50%) y, después, el hombro y la cadera, pero puede producirse en todas las articulaciones, con un cuadro poliarticular en el 10% de los casos. Alrededor de un 25% de las infecciones se produce en prótesis articulares y hay que distinguir entre las infecciones crónicas causantes de un desprendimiento séptico y las infecciones hematógenas y postoperatorias precoces, que son una urgencia, pues es posible salvar la prótesis. El síndrome infeccioso presenta una intensidad variable y la fiebre está ausente en aproximadamente el 50% de los casos. El aumento de la velocidad de sedimentación globular y de la proteína C reactiva son pruebas sensibles, pero inespecíficas. Las pruebas de imagen no son fiables para distinguir entre artritis séptica y de otro origen. La ecografía es muy útil para detectar con rapidez los derrames en las articulaciones profundas. La probabilidad de artritis séptica aumenta con la celularidad del líquido articular. El diagnóstico se basa en la demostración de un microorganismo por la punción articular, que es indispensable y urgente y debe realizarse antes de aplicar cualquier antibioticoterapia. El tratamiento es urgente y se basa en la antibioticoterapia y el drenaje de la articulación mediante punciones repetidas o artroscopia. El pronóstico sigue siendo sombrío, con una mortalidad superior al 10% y secuelas en cerca del 50% de los casos.*

© 2010 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Artritis séptica; Artritis infecciosa; Artritis purulenta; Osteoartritis infecciosa; Infección osteoarticular

Plan

■ Introducción	2	■ Pruebas complementarias	5
■ Frecuencia, factores de riesgo	2	Utilidad de los exámenes de sangre	5
Incidencia	2	Utilidad del estudio del líquido sinovial	5
Factores de riesgo	2	Radiografías	6
■ Fisiopatología	2	Ecografía	6
■ Bacteriología	3	Tomografía computarizada (TC)	6
■ Sintomatología	4	Resonancia magnética (RM)	6
Forma típica: monoartritis en una articulación sana asociada a un síndrome infeccioso	4	Histología	6
Formas especiales	4	■ Diagnóstico bacteriológico	6
		Toma de muestras articulares	6
		Hemocultivos	9
		Puertas de entrada	9
		Diagnóstico bacteriológico empírico	10
		Artritis sépticas sin microorganismo	10

■ Diagnóstico diferencial	10
Cuadro de artritis aguda	10
Cuadro de artritis subaguda con deterioro radiológico rápido	12
■ Formas clínicas	12
Artritis gonocócicas	12
Artritis sépticas por inoculación iatrogénica	12
Infección de articulaciones con prótesis	12
■ Tratamiento	13
Antibioticoterapia	13
Drenaje	15
Tratamientos variados	16
Infección de articulaciones con prótesis	16
■ Pronóstico	16

■ Introducción

La artritis séptica es la consecuencia de la invasión de la sinovial articular por un microorganismo vivo (bacteria o levadura). Este término no engloba las artritis reactivas, que se consideran enfermedades reumáticas pertenecientes al grupo de las espondiloartropatías, pero que son uno de los diagnósticos diferenciales de las artritis sépticas. La tuberculosis, las otras infecciones por micobacterias, la brucelosis o la enfermedad de Lyme no se describen en este artículo.

La infección se debe a una diseminación hematógena (60% de los casos) [1] y, en menos ocasiones, a una inoculación directa (sobre todo, intervención quirúrgica e infiltración). De forma excepcional, la causa es una difusión por contigüidad.

Todas las articulaciones pueden afectarse y la frecuencia de las infecciones en pacientes con prótesis articulares aumenta con el número de intervenciones.

La artritis séptica compromete el pronóstico funcional y vital, que además empeora con cualquier retraso terapéutico. Por tanto, se trata de una urgencia.

El diagnóstico se basa en la demostración del microorganismo mediante la toma de una muestra articular, que debe realizarse antes de prescribir ningún antibiótico.

■ Frecuencia, factores de riesgo

Incidencia

La incidencia de las artritis sépticas es de alrededor de 1-10 casos anuales por 100.000 habitantes. Tomando todas las edades en conjunto, fue de 5,7 en un estudio prospectivo realizado entre 1990 y 1993 en Ámsterdam [1]. En dos estudios prospectivos, la incidencia de artritis sépticas demostradas por bacteriología en adultos fue de 1,6 en Escocia [2] y de 1,4 en Riad [3]. En un estudio que registró todos los casos de artritis sépticas en Islandia [4], la incidencia en adultos pasó de 4,2 en el período 1990-1994 a 9,4 en 1998-2002, por un incremento de las artritis sépticas iatrogénicas.

Existe un ligero predominio masculino. Se observa sobre todo que a partir de los 50 años la incidencia de las artritis sépticas aumenta con regularidad con la edad [4]. La mitad de los adultos tiene más de 65 años [1, 2, 4]. En la serie de los autores, la proporción de pacientes mayores de 80 años pasó del 7,8% en el período 1979-1983 al 21,8% en el período 1998-2002 [5].

Factores de riesgo

Son de tipo general y local. En un extenso estudio prospectivo realizado en Ámsterdam entre 1990 y

1993 [6], los factores de riesgo asociados a la artritis séptica fueron: edad superior a 80 años (cociente de posibilidades [OR]: 3,5), diabetes (OR: 3,3), artritis reumatoide (AR) (OR: 4), cirugía articular reciente (OR: 5,2), prótesis de cadera o de rodilla (OR: 15), infección cutánea (OR: 27). En el 10% de las artritis sépticas el paciente tiene diabetes y en el 3-5%, una neoplasia [1, 2, 4]. El alcoholismo crónico (sobre todo con cirrosis), la insuficiencia renal (especialmente con hemodiálisis [7]), el tratamiento corticoideo e inmunosupresor, así como la quimioterapia se citan con regularidad en las series. Un estudio prospectivo [8] realizado en Ruanda en 1990 demostró que la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un factor de riesgo de artritis séptica (riesgo relativo: 3,2). En los países desarrollados, este factor parece menos relevante que la utilización de drogas ilegales por vía intravenosa [1, 2, 4]. La hemofilia multiplica el riesgo de artritis séptica por 15-40, con independencia del estado respecto al VIH [9]. Habitar en una zona desfavorecida desde el punto de vista social es un factor de riesgo considerable en un estudio británico [2].

La AR es un factor de riesgo muy destacado. La frecuencia es variable dependiendo de las series, según el reclutamiento, pero un promedio del 15% de los casos de AR [1, 2, 4]. Se complican con una artritis séptica. Un estudio realizado por médicos generales británicos [10] muestra que la incidencia de las artritis sépticas es 13 veces superior en la AR que en la población control. Suele tratarse de AR antiguas avanzadas y tratadas con corticoides en más de la mitad de los casos. Los anticuerpos antifactor de necrosis tumoral (anti-TNF) alfa duplican el riesgo de infección grave, pero el aumento del riesgo de artritis séptica no es significativo en el registro británico [11]. Los otros reumatismos y el lupus eritematoso sistémico suelen estar implicados en menos ocasiones.

Las infecciones en articulaciones con prótesis o material extraño son cada vez más frecuentes y representan alrededor del 25% de las artritis sépticas [1, 2, 4]. Al menos el 20% de los pacientes tienen una artrosis preexistente [1, 2, 4], pero debido a su frecuencia en la población de la misma edad, su papel favorecedor está menos establecido. Cualquier artropatía puede complicarse con una artritis séptica. Los antecedentes de cáncer de mama tratado con cirugía y radioterapia, incluso hace mucho tiempo, también son un factor de riesgo en el caso del hombro y de la articulación esternoclavicular [12].

■ Fisiopatología

El inicio y después el desarrollo de la artritis séptica se deben a la interacción de los factores de virulencia de la bacteria y de las defensas del huésped [13, 14]. La individualización y el estudio de los múltiples factores implicados se basan en modelos animales experimentales. La extrapolación al ser humano conlleva algunos problemas.

La entrada de la bacteria en la articulación a través de la membrana sinovial, que cuenta con una profusa vascularización, se ve favorecida por la ausencia de membrana basal. Los microorganismos también pueden penetrar en la articulación después de una inoculación directa o, en menos casos, por difusión a partir de un foco adyacente.

En la fase de inicio, la etapa determinante es la adherencia de las bacterias a la matriz extracelular mediante adhesinas como el receptor del colágeno. *Staphylococcus aureus* también puede interiorizarse e inducir la apoptosis o sobrevivir en el interior celular (osteoblastos, células endoteliales, polimorfonucleares) al escapar de las defensas del huésped y de los antibióticos.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3349188>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3349188>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)