

## ARTRITIS SÉPTICA DE CADERA

## Autores

Dr. Fernando García M.P.N° 27893/7

Esp. en Cirugía Traumatológica y Ortopédica M.E.N° 11975

Jefe de Servicio de Ortopedia y Traumatología Hospital Infantil Municipal Alta Cba.

Servicio de Traumatología Instituto Modelo de Cardiología de Cba

Dra. Graciela Giachero M.P.N° 11510/2

Esp. en Cirugía Traumatológica y Ortopédica M.E.N° 3155

Instituto Traumatológico de Cba. Médicos de Familia-Córdoba

Ex Jefa Servicio Traumatología y Ortopedia Hospital Infantil

**Definición**

La artritis séptica es una patología infecciosa producida por la colonización de un microorganismo piógeno en la cavidad articular, produce una rápida destrucción el cual condiciona el deterioro de la función articular y una notable morbilidad, obligando a considerarla una verdadera urgencia médica.

**Incidencia y Prevalencia**

La prevalencia global de la artritis séptica es relativamente mayor entre los niños menores de 4 años. La cadera es la articulación más frecuentemente afectada, comparada con la rodilla en adultos, representando el 50% de los casos. En población pediátrica la incidencia anual es de alrededor de 4:100.000 niños; siendo el género masculino más propenso, las articulaciones más frecuentemente afectadas son la cadera, rodilla. Más del 90% son monoarticulares

Hasta en un 30% de niños (sobre todo, neonatos y lactantes) coexisten osteomielitis y AS especialmente en las articulaciones de cadera por la existencia de metáfisis intraarticular.

**Etiología**

Los microorganismos patógenos habituales son:

-3 meses S. aureus, S. agalactiae, enterobacterias  
(especialmente Escherichia Coli)

3 meses-5 años S. Aureus, S. pyogenes, Kingella kingae,

-Streptococcus pneumoniae, Haemophilus  
influenzae (niños mal vacunados)

> 5 años S. Aureus, S. Pyogenes, N.gonorrhoeae  
(en adolescentes sexualmente activos)

### Clasificación

AS.Primaria: Esta producida por vía hematógica

AS.Secundaria: Producida por un foco punzo cortante de contigüidad que puede ser trauma abierto o como complicación pos quirúrgica, secundario a celulitis

### Cuadro Clínico

La sospecha clínica, la anamnesis y la exploración física son el primer paso hacia el diagnóstico. El laboratorio positivo .hemocultivo , las pruebas de imagen ayudarán a certificar o descartar la misma. El diagnóstico temprano evita complicaciones.

#### Clínica General

- Fiebre (puede estar ausente en neonatos)
- Irritabilidad
- Anorexia

#### Clínica Local

- Disminución del rango movilidad articular
- Dolor-Tumefacción
- Contractura en flexo abducción defensiva.
- Comparación del lugar afectado con el contralateral sano, para distinguir Diferencias de actitud, tamaño, temperatura y color.
- Buscar puntos de posible puerta de entrada.
- Valoración de la sedestación y la deambulación.

### Estudios a Solicitar

#### Obligatorios

- Hemograma Completo
- VSG
- PCR
- Hemograma: ocasionalmente presentan leucocitosis con neutrofilia.
- Bioquímica, que incluya PCR y VSG. Su elevación es frecuente, aunque inespecífica(11). La combinación de ambas incrementa su utilidad inicial.
- La PCR es útil para saber la respuesta al tratamiento, pues tiene un descenso rápido en 48-72 horas si la evolución es favorable. - Hemocultivo: debe recogerse siempre para intentar la identificación del microorganismo responsable, aunque su especificidad es < 50%.

- Imágenes: se debe realizar siempre una radiografía simple y una ecografía de la zona afectada .-
- La Ecografía: en la AS detecta derrame articular en el 95% de los casos, aunque las características ecográficas no son patognomónicas de infección.
- Radiografía : En los casos muy avanzados puede haber una subluxación de la cabeza femoral y carie ósea metafisaria en los casos de artromielitis.

### Conducta Medica Inicial

La estrategia de tratamiento debe ser agresiva y enfocada según el posible agente causal de la enfermedad.

CUIDADO La ATB EMPIRICO solo se instala luego de la artrocentesis, nunca antes, para evitar la negativización

- Ingreso del paciente
- Canalización
- Solicitar laboratorio de referencia
- Solicitar eco y Rx
- Hemocultivo
- Artrocentesis (En quirófano)

Según las características del líquido sinovial se debe continuar en el mismo acto con la Artrotomía (la cadera es una articulación profunda donde las repetidas artrocentesis han de mostrado no llevar a buenos resultados)

Se remitirá muestra de líquido sinovial para bioquímica, citología, para gram y cultivo de bacterias. La cito-bioquímica del líquido sinovial ofrece una aproximación diagnóstica-

### Características del líquido articular

	Normal	Séptico	Inflamatorio	Traumático
<b>Color</b>	Claro	Turbio	+/-	+/-
<b>Leucocitos/mm3</b>	<200	>50.000	2.000-50.000	<2.000
<b>Neutrófilos</b>	<25%	>90%	50-80%	0-30%
<b>Glucosa mg/dl</b>	80-100	<20	20-50	>50
<b>Formación coágulo</b>	Bueno	Pobre	Pobre	Bueno

### Niveles de Atención

#### Primer Nivel:

Acorde lo recursos deberá receptar el paciente, prolija anamnesis y examen clínico. Si sospecha de AS, realizar al menos una ecografía de cadera y laboratorio de urgencia.

#### Segundo Nivel especializado:

- Ingreso
- Laboratorio
- Hemocultivo

- Eco de cadera
- Ingreso a quirófano para artrocentesis si lo anterior es compatible con AS
- Estudio del líquido sinovial extraído.
- Artrotomía, excepto que el Nosocomio cuente con Artroscopio y especialista entrenado ( no es de momento el abordaje más utilizado)
- ATB por venoclisis
- Terapia Empírica de ATB : el más utilizado es la Vancomicina, seguido por la Clindamicina, con una media de 5 a 3 días. Posteriormente, se puede mantener el esquema antibiótico previo y en otros casos se rota el antibiótico inicial según el resultado del antibiograma; el más utilizado fue la Cefalotina.
- Control y seguimiento de tratamiento
- El Ortopedista, conjuntamente con los Pediatras, valorarán acorde curso evolutivo Clínico y de Laboratorio del paciente, el alta y el posible seguimiento por Primer Nivel, dependiendo del lugar de residencia de la familia.

### Riesgo de iatrogenia

- Sub-diagnosticar
- Derivación tardía
- Minimizar los riesgos de las complicaciones tanto locales como sistémicas.

### Bibliografía

- 1.-Iliadis AD, Ramachandran M. Paediatric bone and joint infection. EFORTOpen Rev [Internet]. 2017 [cited 2018 May 20]; 2: 7-12. Available from: <http://online.boneandjoint.org.uk/doi/10.1302/2058-5241.2.160027>.
- 2.-Borri Á, Bazán P, Medina M, Maximiliano Ciccioli N. AS facetaria en columna. Ortho-tips. 2021;17(1):6-10
- 3.-Mascioli AA, Park AL. Infectious arthritis. En: Azar FM, Beaty JH, Canale ST, editors. Campbell's Operative Orthopaedics. 13 th ed. Philadelphia: Elsevier; 2017. p. 793-6
- 4.-Moro-Lago I, Talavera G, Moraleta L, González-Morán G. Presentación clínica y tratamiento de las ASs en niños. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 2017;61(3):170-175.