ARTRITE SÉPTICA (AS)

* **Definição:**

A artrite séptica (AS) pode ser definida como uma reação inflamatória resultante da invasão do espaço articular por micro-organismos.

* **Aspectos Gerais:**

Pode ocorrer em qualquer faixa etária, mas é mais prevalente em crianças. Seu início é geralmente agudo, manifestando-se clinicamente com dor, edema, limitação de movimento e, se não tratada, há destruição da articulação, com déficit motor permanente.

* **Importância:**

Apesar da baixa incidência da doença, os avanços nos métodos diagnósticos e na terapêutica não foram suficientes para reduzir sua elevada morbimortalidade. Dessa maneira, o tema continua relevante para a prática médica, uma vez que um elevado índice de suspeição clínica é a chave para um diagnóstico precoce e consequente sucesso terapêutico.

* **Epidemiologia:**

Predomina na faixa etária infantojuvenil, sendo que aproximadamente metade dos casos ocorre antes dos 20 anos de idade (com predomínio nos menores de 3 anos). Sua incidência oscila de 5,5 a 12 casos em cada 100.000 crianças, e o sexo masculino é 2 a 3 vezes mais atingido do que o feminino. Os joelhos e os quadris são as articulações mais acometidas.

* **Fatores De Risco:**

Trauma, doença falciforme, hemofilia, imunodeficiências primária e secundária, artrite reumatoide, artrites crônicas, próteses articulares, uso de drogas venosas, história de cirurgias recentes, diabetes mellitus, hemodiálise e presença de infecções cutâneas.

* **Etiologia:**

O estafilococo aureus é o microorganismo mais frequente em todas as faixas etárias, exceto no período neonatal, no qual há predomínio do estreptococo do grupo B, seguido pelo S. aureus. Outros agentes comumente isolados são os estreptococos beta-hemolíticos do grupo A, pneumococo e hemofilo (atualmente menos frequente, após inclusão da vacinação de rotina no primeiro ano de vida). A salmonela deve ser considerada em crianças com doença de pele, portadores de anemia falciforme e lupus eritematoso sistêmico. A Kingella kingae tem sido considerada importante bactéria em pacientes com menos de dois anos de idade, sobretudo nas infecções ósseas e articulares de etiologia indefinida precedidas por estomatite e infecção das vias aéreas superiores.

* **Fisiopatogenia:**

A penetração da bactéria no líquido sinovial pode ser por via hematogênica associada à bacteremia persistente ou transitória, como ocorre na presença de catéteres, em caso de uso de drogas endovenosas ou na endocardite bacteriana. Ocorre também associada com a contiguidade de outro foco infeccioso, como ocorre na osteomielite, celulite ou abscesso e inoculação direta devido a procedimento cirúrgico (punção da veia femoral, injeção intra-articular, trauma penetrante). Na criança, há predomínio da via hematogênica, o que é favorecido pela grande vascularização da sinóvia e pela comunicação da epífise com a metáfise por vasos sanguíneos.

Necessidade de urgência diagnóstica: a invasão do espaço articular por bactérias segue-se pela liberação de endotoxinas e consequente estímulo à produção de citocinas, como o fator de necrose tumoral e interleucina-1, que por sua vez incitam a migração de leucócitos e a liberação de enzimas proteolíticas. Esses fatores combinados proporcionam a destruição da sinóvia e da matriz cartilaginosa, que se inicia logo nas primeiras 24 a 48 horas.

* **Quadro Clínico:**

As manifestações clínicas geralmente precedem a internação hospitalar por quatro a sete dias e dependem da faixa etária do paciente, do sítio de infecção e do agente etiológico. É predominantemente monoarticular acometendo grandes articulações, sendo as principais os joelhos e quadris, além dos tornozelos, respondendo, pelo menos, por 80% dos casos. Os sintomas mais importantes são a dor de início súbito, rubor, calor, aumento de volume articular com limitação funcional (claudicação ou recusa a andar), postura antálgica em repouso e febre.

* **Diagnóstico:**

A artrite séptica deve ser suspeitada em crianças que apresentam síndrome febril, dor monoarticular, edema e limitação de movimentos. O diagnóstico é confirmado pelo isolamento da bactéria no líquido sinovial ou em hemocultura.

* **Diagnóstico diferencial:**

Sinovite transitória, dor pós-traumática, a doença de Legg-Calvé-Perthes, monoartrite tuberculosa, tumores, artrite reacional ou pós-infecciosa, doenças reumatológicas, entre outras.

* **Exames:**

A aspiração do líquido sinovial e sua análise devem ser feitas imediatamente quando se suspeita de artrite séptica. No hemograma pode haver anemia leve a moderada, leucocitose com neutrofilia e desvio a esquerda, há aumento da velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C reativa aumentada (PCR), hemocultura (positiva em 40% dos casos) e análise do líquido sinovial por de contagem de leucócitos, Gram e cultura.

* **Exames de imagem:**

A radiografia da articulação é de pouca validade diagnóstica, uma vez que as alterações características, ocorrem em estágio tardio da doença. A tomografia computadorizada não é realizada rotineiramente, mas é de grande valia para a avaliação de áreas de anatomia complexa (ombros, quadril e junção sacroilíaca). A ressonância magnética é mais sensível do que outras modalidades de exames de imagem no que se refere à detecção precoce de fluido articular. A ultrassonografia é útil para avaliar a presença de líquido nas articulações, em especial as mais profundas como a do quadril, bem como para guiar a punção articular, mas tem baixa especificidade. A cintilografia óssea é bastante sensível e, juntamente com a suspeita clínica, sua impregnação corrobora com o diagnóstico.

* **Tratamento:**

Inclui esterilização, descompressão do espaço articular e remoção de debris inflamatórios, a fim de aliviar a dor e evitar deformidades ou sequelas funcionais. A drenagem articular e a antibioticoterapia são os pilares do tratamento. A escolha do antibiótico inicial deve ser baseada na faixa etária e em fatores de risco, podendo sofrer os ajustes necessários após resultado da cultura do líquido sinovial. A via de administração do antibiótico deve ser parenteral, por 2 a 4 semanas, podendo ser mudada para esquema oral desde que os parâmetros clinico-laboratoriais tenham melhorado, com tempo total de tratamento entre 4 e 8 semanas. Os esquemas antibióticos consistem basicamente na associação de penicilina antiestafilocócica, como a oxacilina, a uma cefalosporina de terceira geração, como a ceftriaxona ou a cefotaxima. Esse esquema cobre cocos Gram positivos, em especial estafilococo aureus e estreptococo sp., além de bacilos Gram negativos. Em pacientes previamente hígidos, entretanto, pode-se omitir a cefalosporina de terceira geração e cobrir apenas cocos Gram positivos. A Kingella pode ser tratada com uma cefalosporina de segunda ou terceira geração, penicilina cristalina ou ampicilina.

* **Prognóstico:**

Depende do diagnóstico precoce e do início adequado do tratamento, sendo ambos de extrema importância para se evitar a destruição, a formação de sequelas e a perda irreversível da função articular. As taxas de letalidade giram em torno de 10%. A artrite séptica apresenta alta morbidade, sendo que 25 a 50% dos pacientes podem evoluir com acometimento ósseo, anquilose, necrose avascular e luxação do quadril. Nas crianças, nota-se frequentemente alterações do crescimento do membro por acometimento da cartilagem de crescimento.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Idade | Germes prováveis | Antibiótico | Dose (mg/Kg/dia) | Número de doses/dia |
| Neonato | Estreptococo B Estafilo aureus Enterobactérias | Oxacilina +  Cefotaxima ou Ceftriaxona | 100  150  75-100 | 4  3  1 |
| < 5 anos | Estafilo aureus  Estrepto grupo A  Pneumococo  Hemófilo | Oxacilina +  Cefotaxima ou Ceftriaxona | 100  150  75-100 | 4  3  1 |
| > 5anos | Estrepto grupo A  Estafilo aureus | Oxacilina ou Clindamicina ou Cefazolina | 100  20-40  100 | 4  3 ou 4  4 |
| Adolescentes | Organismos anteriores  Gonococo | Oxacilina ou Clindamicina ou Cefazolina  Ceftriaxona | 100  20-40  100  75-100 | 4  3 ou 4  4  1 |
| Antibiótico oral |  | Cefalexina ou  Clindamicina | 75-100  20-40 | 4  3 ou 4 |

* **Referências Bibliográficas:**

1-Moreira Jr. Infecções osteoarticulares em pediatria, revisão. Pediatria moderna, Dez 2014 V50 N12: 560-5.

2-Nassif KC e col. Artrite séptica em pediatria, revisão. Rev Med Minas Gerais 2009; 19(2 Supl 3): S39-S45

3-**Prezzi SH e col.** Medicina Interna na Prática Clínica. Porto Alegre: Artmed; 2013.

Responsáveis pela rotina: Dr. Fabrício Pereira Madureira e Dra. Dania Lemos Dionízio