

# BMJ Best Practice

## Artrite séptica

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Fundamentos</b>	<b>4</b>
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
<b>Prevenção</b>	<b>5</b>
Prevenção secundária	5
<b>Diagnóstico</b>	<b>6</b>
Caso clínico	6
Abordagem passo a passo do diagnóstico	6
Fatores de risco	7
Anamnese e exame físico	8
Exames diagnóstico	10
Diagnóstico diferencial	11
<b>Tratamento</b>	<b>13</b>
Abordagem passo a passo do tratamento	13
Visão geral do tratamento	14
Opções de tratamento	17
Novidades	28
<b>Acompanhamento</b>	<b>29</b>
Recomendações	29
Complicações	29
Prognóstico	29
<b>Diretrizes</b>	<b>30</b>
Diretrizes de diagnóstico	30
Diretrizes de tratamento	30
<b>Referências</b>	<b>31</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>33</b>

## Resumo

- ◇ Uma artrite séptica será dolorosa, quente, edemaciada e restrita.
- ◇ O diagnóstico baseia-se na opinião do médico com experiência no tratamento de doenças musculoesqueléticas.
- ◇ Em todos os casos de suspeita de artrite séptica nativa, a articulação deve ser aspirada.
- ◇ Em todos os casos de suspeita de artrite séptica, antibioticoterapia empírica deve ser iniciada após a coleta das culturas apropriadas.

## Definição

A artrite séptica é definida como a infecção de 1 ou mais articulações causada pela inoculação patogênica de micróbios. Pode ocorrer pela inoculação direta ou por meio de disseminação hematogênica.

## Epidemiologia

Estima-se que a incidência de artrite séptica em países desenvolvidos é de 6 casos para 100,000 habitantes por ano.[1] Em pacientes com doença articular subjacente ou com prótese articular, a incidência aumenta aproximadamente 10 vezes; são 70 casos para 100,000 pessoas.[2]

## Etiologia

A artrite séptica é causada pela inoculação patogênica de microrganismos na articulação por via hematogênica ou diretamente. Os organismos causadores predominantes da artrite séptica são estafilococos ou estreptococos.[2] [3] [4] [5] [6] [7] Esses organismos são responsáveis por 91% dos casos.[4]

Fatores de risco para o desenvolvimento da artrite séptica incluem artrite reumatoide ou osteoartrite,[2] [3] [4] [6] próteses das articulações,[2] [4] abuso de substâncias por via intravenosa,[4] [7] transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas,[7] diabetes,[7] injeção intra-articular prévia de corticosteroides[8] e a presença de úlceras cutâneas.[2]

Em pacientes sexualmente ativos, pode-se suspeitar de artrite gonocócica. Os organismos Gram-negativos são encontrados com mais frequência em pessoas idosas e em pacientes imunocomprometidos que entre os jovens, embora os estafilococos e os estreptococos predominem. Microrganismos anaeróbios raramente causam artrite séptica, exceto no caso de traumatismo penetrante.[9]

O *Staphylococcus aureus* resistente à metilicina (MRSA) associado à comunidade está se tornando mais comum em muitas partes do mundo e deve-se suspeitar do microrganismo em pacientes que recentemente receberam alta de hospital, residentes de instituições asilares, pessoas com ulceração na perna e aqueles com sonda vesical de demora.

Deve-se suspeitar de artrite tuberculosa em pessoas imunocomprometidas e em pacientes provindos de áreas onde a tuberculose é prevalente.

## Fisiopatologia

Após a inoculação patogênica na articulação, os mecanismos que fazem a artrite séptica se desenvolver posteriormente ainda não são inteiramente compreendidos. Estudos experimentais em camundongos revelaram uma complexa variedade de fatores de virulência bacteriana, assim como de respostas imunológicas do hospedeiro, que determinam a evolução da doença. Essa multiplicidade de componentes da patogênese da doença pode explicar por que os antibióticos sozinhos nem sempre são suficientes para tratar a artrite séptica com sucesso.[1]

## Prevenção secundária

Os parceiros sexuais dos pacientes com artrite gonocócica precisarão ser contatados, examinados e tratados para gonorreia conforme a necessidade.

## Caso clínico

### Caso clínico #1

Uma mulher de 55 anos apresenta história de 1 semana de dor e edema no punho esquerdo. Ela recebeu o diagnóstico de artrite reumatoide aos 36 anos, mas suas demais articulações encontram-se assintomáticas no momento. Sua artrite reumatoide está bem controlada com a medicação atual. Ao exame físico, seu punho esquerdo estava quente, edemaciado e sensível, e a amplitude do movimento muito reduzida. Não há sinal de inflamação em nenhuma outra articulação. Sua temperatura corporal é de 37.5 °C (99.5 °F).

### Caso clínico #2

Um homem de 25 anos de idade, conhecido por abusar de drogas intravenosas, apresenta história de dor e edema em sua perna direita com duração de 5 dias. No exame físico, há múltiplos locais com picadas intravenosas. Sua perna direita está edemaciada do joelho para baixo. Há uma grande efusão no joelho direito junto a mudanças celulíticas significativas da pele sobrejacente.

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

Embora existam características clínicas e resultados laboratoriais altamente sugestivos de artrite séptica, não existe um fator único que apresente uma sensibilidade de 100% ou especificidade de 100% para o diagnóstico. A chave para o diagnóstico é o nível de suspeita clínica de um médico com experiência no tratamento de doenças musculoesqueléticas. Se a suspeita clínica for alta, é importante realizar o tratamento para artrite séptica presumida, independentemente dos resultados dos exames de sangue ou microbiológicos.[10]

### História

A artrite séptica geralmente apresenta um breve episódio de calor, edema e dor na articulação (ou nas articulações), com restrição de movimentos associada.[3] [4] Sua manifestação pode ser mais insidiosa no contexto de um organismo com baixa virulência, na tuberculose ou se a articulação for protética.[4] [5] No contexto de doença articular subjacente, pode-se suspeitar de artrite séptica caso os sintomas na articulação afetada sejam desproporcionais à atividade da doença detectada em outra região. Em até 22% dos casos, a artrite séptica é poliarticular.[2] [6]

### Fatores de risco

Os fatores de risco para o desenvolvimento da artrite séptica incluem artrite reumatoide, osteoartrite, prótese das articulações, condição socioeconômica baixa, abuso de drogas intravenosas, transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas, diabetes, injeção intra-articular de corticosteroides prévia e a presença de úlceras cutâneas. Em pacientes sexualmente ativos, pode-se suspeitar de artrite gonocócica.[2] [3] [4] [6] [7] [8] A incidência de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA) está aumentando em muitas partes do mundo.[11] Os pacientes particularmente em risco são os recém-hospitalizados, os residentes em instituição asilar e aqueles com ulceração na perna ou sonda vesical de demora. A artrite tuberculosa também está se tornando mais frequente e deve-se suspeitar da doença em pessoas imunocomprometidas e em pacientes provindos de áreas onde a tuberculose é prevalente.

## Exame

Os elementos característicos de uma articulação infectada são edema, calor, sensibilidade e uma redução significativa na amplitude de movimentos. A presença ou ausência de febre não é um indicador confiável de artrite séptica.[3] [4] [5] [6]

## Investigações laboratoriais

Caso exista a suspeita de artrite séptica, é obrigatório aspirar a articulação para obter uma amostra do líquido sinovial antes que a terapêutica antimicrobiana tenha início.

A única contraindicação para a aspiração simples é a presença das próteses articulares. Sob essas circunstâncias, recomenda-se que qualquer procedimento invasivo deve ser desenvolvido sob condições estéreis em uma sala de cirurgia. Portanto, recomenda-se o encaminhamento a um cirurgião ortopedista. Também é recomendável que os pacientes com suspeita de artrite tuberculosa sejam encaminhados a um cirurgião ortopedista, e pode ser indicada uma biópsia sinovial para confirmar o diagnóstico.

### [VIDEO: Demonstração animada de aspiração e injeção no joelho ]

### [VIDEO: Demonstração animada de aspiração e injeção do ombro ]

Nem celulite sobrejacente ou anticoagulação são contraindicações absolutas para a aspiração da articulação. Deve ser procurado aconselhamento de especialistas caso o médico responsável sinta-se desconfortável realizando artrocentese sob qualquer uma dessas condições.

O líquido sinovial deve ser enviado para coloração de Gram imediata, contagem de leucócitos e subsequente cultura. A hemocultura também é recomendada no início da manifestação, antes que tenha início a antibioticoterapia.

A contagem de leucócitos, a velocidade de hemossedimentação (VHS) e a proteína C-reativa sérica podem ajudar no diagnóstico e no monitoramento do tratamento. Portanto, recomenda-se que essas investigações sejam feitas rotineiramente em caso de suspeita de artrite séptica.

Eletrólitos e testes da função hepática podem ser realizados para indicar se há sepse sistêmica.

Se a anamnese ou o exame físico sugerir uma fonte não articular alternativa para a infecção, então amostras apropriadas devem ser obtidas e enviadas para cultura.

## Imagens radiológicas

Nenhuma investigação radiológica foi apontada como sendo confiável para o diagnóstico de artrite séptica.[14] [15] Entretanto, recomenda-se a realização de uma radiografia simples inicial para estabelecer a presença de qualquer doença articular subjacente.

A ressonância nuclear magnética (RNM) pode ser útil em caso de suspeita de osteomielite associada.

Se houver suspeita de artrite séptica do quadril, sugere-se que seja feita aspiração guiada por ultrassonografia.

## Fatores de risco

## Fortes

### doença articular subjacente

- A presença de uma doença articular subjacente, como artrite reumatoide, osteoartrite ou artrite causada por cristais, predispõe a articulação ao desenvolvimento de uma infecção caso patógenos sejam introduzidos.[2] [3] [4] [6]

### próteses das articulações

- A presença de material protético aumenta a probabilidade de desenvolvimento de artrite séptica.[2] [4]

### abuso de substâncias por via intravenosa

- Punções de agulha recorrentes na pele para acesso intravenoso aumentam a probabilidade de transferência de organismos patogênicos da pele para a corrente sanguínea e a consequente disseminação da infecção para a articulação.[4] [7]

### diabetes

- Um fator de risco para o desenvolvimento da artrite séptica devido ao risco elevado que estes pacientes têm de infecção no diabetes.[7]

### presença de úlceras cutâneas

- Úlceras cutâneas podem causar bacteremia e subsequente disseminação da infecção em uma articulação.[2] A incidência de *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (MRSA) é maior nessa população.

## Fracos

### transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas

- O abuso de álcool é um fator de risco para o desenvolvimento da artrite séptica, devido em parte ao maior risco geral de infecção.[7]

### injeção intra-articular de corticosteroides prévia

- Injeção intra-articular de corticosteroides pode ser uma via através da qual a infecção pode ser introduzida em uma articulação, causando artrite séptica.[8]

## Anamnese e exame físico

### Principais fatores de diagnóstico

#### articulação quente, edemaciada, sensível e com mobilidade restrita (comum)

- Quase sempre presentes como indicadores de infecção.[3] [4]

### Outros fatores de diagnóstico

#### condição socioeconômica baixa (comum)

- Condição socioeconômica mais baixa está associada a uma frequência mais alta de artrite séptica.[16]

#### história de abuso de substâncias por via intravenosa. (comum)



- Usuários de drogas intravenosas correm o risco de introduzir organismos estafilocócicos.

### **história de diabetes (comum)**

- A artrite séptica é mais comum em pessoas com diabetes mellitus.[7]

### **história de úlceras cutâneas (comum)**

- A ulceração cutânea é um portal de entrada para organismos patogênicos.

### **prótese articular (comum)**

- Sempre suspeite de artrite séptica se uma prótese articular está presente e sintomática.
- Consulte um cirurgião ortopedista para investigações adicionais e o tratamento necessário.
- A aspiração fora de uma sala de cirurgia estéril não é indicada.

### **história de artrite reumatoide ou de osteoartrite (comum)**

- Uma articulação afetada apresentará sintomas/sinais desproporcionais à atividade da doença detectada em outras articulações.
- A presença de uma doença articular subjacente, como artrite reumatoide ou osteoartrite, é um fator de risco para o desenvolvimento de artrite séptica. Até 35% dos casos de artrite séptica ocorrerão em articulações anormais.[2]

### **história curta dos sintomas (comum)**

- Os sintomas geralmente estão ocorrendo há <2 semanas na apresentação.
- A demora na manifestação pode ocorrer no contexto de um organismo com baixa virulência, tuberculose ou infecções protéticas.[4] [5]

### **febre (comum)**

- Não é um indicador confiável de infecção.
- Presente em aproximadamente 60% dos casos.[3] [4] [5] [6]

### **transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas (incomum)**

- A artrite séptica é mais comum em pessoas com transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas.[7]

### **história de injeção de corticosteroide prévia (incomum)**

- Muito raramente uma injeção de corticosteroide pode causar uma infecção.

## Exames diagnóstico

### Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
<p><b>coloração de Gram e cultura do líquido sinovial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomenda-se que o líquido sinovial para a coloração de Gram e cultura seja obtido antes do início da antibioticoterapia.</li> <li>• Positivo em aproximadamente 70% dos casos.</li> <li>• Há algumas comprovações de que o rendimento da cultura é melhor quando se inocula o líquido sinovial em frascos de hemocultura à beira do leito.<sup>[17] [18]</sup></li> <li>• Análises microscópicas e cultura podem revelar o organismo causador e sua sensibilidade a fármacos.</li> <li>• A microscopia de polarização pode revelar a presença de urato ou cristais de pirofosfato (gota ou pseudogota).</li> <li>• Um resultado negativo não exclui o diagnóstico de artrite séptica.</li> <li>• Artrite por cristais e artrite séptica podem coexistir.</li> <li>• No caso de suspeita de sepse em uma articulação protética, deve-se sempre encaminhar o paciente a um cirurgião ortopedista, pois a artrocentese não deve ser realizada fora de um ambiente cirúrgico estéril.</li> </ul> <p><b>[VIDEO: Demonstração animada de aspiração e injeção no joelho]</b></p> <p><b>[VIDEO: Demonstração animada de aspiração e injeção do ombro]</b></p>	<p><b>presença de microrganismos; cultura subsequente revelando o tipo de organismo e sensibilidades à antibioticoterapia</b></p>
<p><b>contagem de leucócitos no líquido sinovial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomenda-se que o líquido sinovial para a contagem de leucócitos seja obtido antes do início da antibioticoterapia. A contagem de leucócitos do líquido sinovial não é 100% sensível nem 100% específica, embora uma contagem de &gt;100,000 células/microlitro aumente significativamente a probabilidade de diagnóstico de sepse.<sup>[19]</sup></li> <li>• No caso de suspeita de sepse em uma articulação protética, deve-se sempre encaminhar o paciente a um cirurgião ortopedista, pois a artrocentese não deve ser realizada fora de um ambiente cirúrgico estéril.</li> </ul> <p><b>[VIDEO: Demonstração animada de aspiração e injeção no joelho]</b></p> <p><b>[VIDEO: Demonstração animada de aspiração e injeção do ombro]</b></p>	<p><b>quantidade de leucócitos</b></p>
<p><b>hemocultura</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomenda-se que o sangue para culturas seja sempre retirado antes do início da antibioticoterapia.</li> <li>• Positivo em aproximadamente 25% dos casos. Em alguns casos a hemocultura pode ser positiva na ausência de uma cultura de líquido sinovial positiva. Um resultado negativo não exclui o diagnóstico de artrite séptica.</li> </ul>	<p><b>presença de microrganismos; cultura subsequente revelando o tipo de organismo e sensibilidades à antibioticoterapia</b></p>

Exame	Resultado
<b>contagem de leucócitos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não tem valor diagnóstico.</li> <li>• Elevada em aproximadamente 50% dos casos.</li> <li>• Útil para monitorar a resposta ao tratamento.</li> </ul>	pode estar elevada
<b>velocidade de hemossedimentação</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não tem valor diagnóstico.</li> <li>• Pode estar apenas moderadamente elevada ou normal.</li> <li>• Útil para monitorar a resposta ao tratamento.</li> </ul>	pode estar elevada
<b>proteína C-reativa</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não tem valor diagnóstico.</li> <li>• Útil para monitorar a resposta ao tratamento.</li> </ul>	elevado
<b>radiografia simples</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não foram observados benefícios na realização do diagnóstico, mas pode revelar doença articular subjacente.</li> <li>• Recomendável como uma investigação inicial.</li> </ul>	pode revelar alterações degenerativas ou condrocalcinose
<b>ultrassonografia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se houver suspeita de artrite séptica do quadril, sugere-se que seja feita aspiração guiada por ultrassonografia.</li> </ul>	pode evidenciar a presença de uma efusão para orientar a aspiração

## Exames a serem considerados

Exame	Resultado
<b>RNM</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não é suficientemente específica para ter valor diagnóstico.</li> <li>• Apropriada em caso de suspeita de osteomielite associada, pode exigir uma abordagem cirúrgica.</li> </ul>	pode mostrar evidências de osteomielite associada

## Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Osteoartrite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História conhecida de osteoartrite.</li> <li>• Muitas articulações sintomáticas em graus similares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O líquido sinovial aspirado não irá revelar microrganismos.</li> </ul>
<b>Artrite psoriática</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História conhecida de artrite inflamatória e psoríase ou história familiar de psoríase.</li> <li>• Muitas articulações sintomáticas em graus similares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O líquido sinovial aspirado não irá revelar microrganismos.</li> </ul>

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Artrite reumatoide</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>História conhecida de artrite reumatoide.</li> <li>Muitas articulações sintomáticas em graus similares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O líquido sinovial aspirado não irá revelar microrganismos.</li> </ul>
<b>Gota</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>história conhecida de gota</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Microscopia de polarização do líquido sinovial irá revelar cristais de urato.</li> </ul>
<b>Pseudogota</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>história conhecida de pseudogota</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Microscopia de polarização do líquido sinovial irá revelar cristais de pirofosfato.</li> </ul>
<b>Hemartrose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>História conhecida de diátese hemorrágica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A aspiração da articulação irá revelar sangue.</li> </ul>
<b>Trauma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>História de trauma da articulação afetada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A aspiração da articulação pode revelar sangue.</li> </ul>
<b>Bursite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O exame físico irá revelar que o edema é externo à articulação. A articulação se moverá livremente e sem dor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nenhum líquido é obtido ao aspirar a articulação.</li> </ul>
<b>Celulite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O exame físico irá revelar pele eritematosa recobrimdo a articulação. A articulação não terá limitações.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nenhum líquido é obtido ao aspirar a articulação.</li> </ul>
<b>Tuberculose extrapulmonar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pode haver uma história de imunocomprometimento, de origem de uma área endêmica ou de um início insidioso dos sintomas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A biópsia sinovial pode mostrar esfregaços ou culturas positivos para micobactérias.</li> </ul>
<b>Doença de Lyme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pode haver história de eritema migratório ou picada de carrapato.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O título de anticorpos específicos para Lyme pode ser positivo.</li> </ul>

## Abordagem passo a passo do tratamento

Recomenda-se que todos os pacientes com suspeita de artrite séptica comecem com a antibioticoterapia empírica. Não existem evidências de alta qualidade para basear as decisões de escolha dos antibióticos, da duração ou da via de administração da terapia. Os antibióticos são administrados geralmente por via intravenosa durante 2 semanas, seguidos por 4 semanas de terapia oral. Os serviços de doenças infecciosas locais devem ser consultados com relação aos organismos prevalentes e suas sensibilidades.[10] A escolha da antibioticoterapia varia em diferentes regiões do mundo e deve ser modificada de acordo com a localização e os resultados obtidos com coloração de Gram e cultura subsequentes.

As articulações afetadas devem ser aspiradas até secar com a frequência necessária. Isso pode ser feito tanto por meio de punção aspirativa com agulha grossa quanto por artroscopia. Não existem evidências sugerindo que qualquer uma dessas abordagens seja mais eficiente que a outra, exceto no caso de artrite séptica do quadril, em que é recomendável o encaminhamento precoce a um cirurgião ortopedista, já que poderá ser necessário o desbridamento aberto de urgência.

### [VIDEO: Demonstração animada de aspiração e injeção no joelho ]

### [VIDEO: Demonstração animada de aspiração e injeção do ombro ]

Em pacientes com artrite inflamatória sendo tratados com terapias biológicas, como terapia com antifator de necrose tumoral alfa (anti-TNF-alfa), as recomendações atuais são de que essas terapias devem ser descontinuadas por 12 meses após um episódio de artrite séptica, e indefinidamente se uma articulação protética infectada permanecer in situ.[20]

## Artrite séptica do quadril

Devido à dificuldade técnica de se tentar a punção aspirativa por agulha grossa da articulação do quadril, sugere-se que esses pacientes sejam encaminhados como casos de urgência a um cirurgião ortopedista, já que podem necessitar de aspiração e drenagem artroscópica. A aspiração pode precisar ser guiada por ultrassonografia.

Caso contrário, esses pacientes devem ser submetidos a investigação da mesma forma que outros grupos de pacientes, e a antibioticoterapia empírica deve ser instituída após a realização das culturas.

## Suspeita de estreptococos ou estafilococos

As bactérias Gram-positivas são os organismos infecciosos mais comuns, e deve-se suspeitar de sua presença se não houver fatores sugerindo uma etiologia alternativa. Recomenda-se tratamento empírico com vancomicina. Em pacientes alérgicos, podem ser usados clindamicina ou uma cefalosporina de terceira geração.[10] O tratamento da infecção confirmada deve ser dirigido pela sensibilidade ao antibiótico. A terapia por via intravenosa com flucloxacilina, com ou sem ácido fusídico ou gentamicina, é um esquema possível. Em pacientes alérgicos a penicilina, podem ser usados cefalosporina de terceira geração ou clindamicina. Flucloxacilina, clindamicina ou cefalexina por via oral podem ser usadas após o término do tratamento com antibióticos intravenosos.

Os seguintes pacientes correm o risco de MRSA:

- Pacientes hospitalizados recentemente

- Residentes de instituições asilares
- Pacientes com úlceras nas pernas ou cateter urinário.

Deve-se considerar a avaliação por um especialista em doenças infecciosas. Recomenda-se tratamento empírico com vancomicina,[10] seguida por clindamicina oral ou linezolida.

## Suspeita de infecção por Gram-negativos

Os seguintes pacientes apresentam alto risco de sepse por microrganismos Gram-negativos:

- Pacientes idosos ou frágeis
- Pacientes com infecções recorrentes do trato urinário (IRTU)
- Pacientes submetidos recentemente a cirurgia abdominal.

Para esse grupo, recomenda-se o tratamento empírico com cefalosporina de terceira geração (por exemplo, ceftriaxona, ceftazidima ou cefotaxima). Em pacientes nos quais há suspeita de infecção por *Pseudomonas* (por exemplo, usuários de drogas intravenosas), a ceftazidima deve ser preferida. A política local pode exigir a inclusão da gentamicina, particularmente em pacientes com sepse. Em pacientes com alergia à cefalosporina, recomenda-se o ciprofloxacino. Em pacientes com infecção por Gram-negativos confirmada, os antibióticos intravenosos geralmente são seguidos por um ciclo de antibióticos orais (por exemplo, com cefalexina). A escolha dos antibióticos deve ser orientada pela sensibilidade em cultura.

Para os pacientes com alergia à penicilina ou cefalosporina, recomenda-se discutir o caso com um especialista em doenças infecciosas.[10]

## Suspeita de infecção gonocócica ou meningocócica

O tratamento deve ser realizado com ceftriaxona ou medicamento similar, de acordo com a política local e as sensibilidades.

## Outros organismos

Para pacientes com artrite séptica causada por outros organismos (por exemplo, fungos, tuberculose), deve-se considerar o aconselhamento com um especialista em doenças infecciosas.

## Usuários de drogas intravenosas e pacientes de unidades de terapia intensiva

Os casos de pacientes em UTI, ou pacientes com colonização conhecida de outros órgãos (por exemplo, fibrose cística), e os usuários de drogas intravenosas com suspeita de artrite séptica devem ser discutidos com um especialista em doenças infecciosas antes de se iniciar a terapia, já que pode haver variações nos organismos patogênicos e suas sensibilidades.

## Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

**Inicial****( resumo )**

Inicial ( resumo )		
suspeita de infecção por organismos Gram-positivos ou coloração de Gram negativa		
	1a	vancomicina associada a aspiração articular
	2a	clindamicina ou cefalosporina associada a aspiração da articulação
suspeita de infecção por Gram-negativos		
	1a	cefalosporina de terceira geração associada a aspiração da articulação
	2a	administração intravenosa de ciprofloxacino associada a aspiração articular
■ suspeita de sepse por Gram-negativos ou infecção por Pseudomonas	adjunto	gentamicina

Agudo ( resumo )		
infecção confirmada por Staphylococcus aureus sensível à meticilina (SASM) ou infecção por estreptococos		
■ sem alergia à penicilina	1a	antibióticos intravenosos por 2 semanas associados a aspiração da articulação
	mais	antibióticos orais nas 4 semanas subsequentes
■ alergia à penicilina	1a	antibióticos intravenosos por 2 semanas associados a aspiração da articulação
	mais	antibióticos orais nas 4 semanas subsequentes
infecção por Staphylococcus aureus resistente à meticilina (MRSA) confirmada		
	1a	antibióticos intravenosos por 2 semanas associados a aspiração da articulação
	mais	antibióticos orais nas 4 semanas subsequentes
infecção confirmada por bastonetes Gram-negativos		

Agudo		( resumo )
	1a	antibióticos intravenosos por 2 semanas associados a aspiração da articulação
	mais	antibióticos orais nas 4 semanas subsequentes
infecção gonocócica ou meningocócica confirmada		
	1a	antibióticos intravenosos por 2 semanas associados a aspiração da articulação
	mais	antibióticos orais nas 4 semanas subsequentes
infecção por fungos/tuberculose/ outros organismos		
	1a	procurar aconselhamento de especialista em microbiologia



## Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

### Inicial

**suspeita de infecção por organismos Gram-positivos ou coloração de Gram negativa**

#### 1a **vancomicina associada a aspiração articular**

##### Opções primárias

» **vancomicina**: 30 mg/kg/dia por via intravenosa administrados em doses fracionadas a cada 12 horas

» Os organismos Gram-positivos são os agentes etiológicos mais comuns e deve-se suspeitar de sua presença se não houver fatores de risco sugerindo uma etiologia alternativa. O tratamento empírico é feito com vancomicina. Se o paciente for alérgico, podem ser usados clindamicina ou cefalosporina de terceira geração.

» Os pacientes com risco de apresentarem *Staphylococcus aureus* resistente à metilicina (MRSA) incluem os hospitalizados recentemente, os residentes de instituições asilares ou os pacientes com úlceras nas pernas ou cateter urinário. Caso haja suspeita de MRSA, deve-se consultar um especialista em doenças infecciosas.

» A articulação ou as articulações afetadas devem ser aspiradas até secarem sempre que necessário. A aspiração pode ser feita tanto por meio de punção aspirativa com agulha grossa quanto por artroscopia. O envolvimento do quadril pode exigir aspiração guiada por ultrassonografia. Recomenda-se consultar um especialista em ortopedia em caso de infecção no quadril.

**[VIDEO: Demonstração animada de aspiração e injeção no joelho]**

**[VIDEO: Demonstração animada de aspiração e injeção do ombro]**

» Para usuários de drogas intravenosas ou pacientes internados em UTI, deve-se consultar imediatamente um especialista em doenças

## Inicial

infecciosas. Na presença de prótese articular, deve-se consultar diretamente um cirurgião ortopedista.

» Em pacientes com artrite séptica confirmada por cultura de líquido sinovial ou hemocultura positiva, a antibioticoterapia deve ser modificada de acordo com a natureza e as sensibilidades dos organismos detectados. O tratamento padrão é de 2 semanas de terapia intravenosa (IV) seguida de 4 semanas de terapia oral, de acordo com as sensibilidades.

## 2a clindamicina ou cefalosporina associada a aspiração da articulação

### Opções primárias

» **clindamicina**: 450-600 mg por via intravenosa a cada 6 horas

### OU

» **ceftriaxona**: 2 g por via intravenosa a cada 24 horas

### OU

» **ceftazidima**: 1-2 g por via intravenosa a cada 8 horas

### OU

» **cefotaxima**: 2 g por via intravenosa a cada 8 horas

» Os organismos Gram-positivos são os agentes etiológicos mais comuns e deve-se suspeitar de sua presença se não houver fatores de risco sugerindo uma etiologia alternativa. O tratamento empírico é feito com vancomicina. Se o paciente for alérgico, podem ser usados cefalosporina ou clindamicina.

» Os pacientes com risco de apresentarem *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (MRSA) incluem os hospitalizados recentemente, os residentes de instituições asilares ou os pacientes com úlceras nas pernas ou cateter urinário. Caso haja suspeita de MRSA, deve-se consultar um especialista em doenças infecciosas.

» A articulação ou as articulações afetadas devem ser aspiradas até secarem sempre que necessário. A aspiração pode ser feita tanto por meio de punção aspirativa com agulha grossa quanto por artroscopia. O envolvimento

## Inicial

do quadril pode exigir aspiração guiada por ultrassonografia. Recomenda-se consultar um especialista em ortopedia em caso de infecção no quadril.

**[VIDEO: Demonstração animada de aspiração e injeção no joelho]**

**[VIDEO: Demonstração animada de aspiração e injeção do ombro]**

» Para usuários de drogas intravenosas ou pacientes internados em UTI, deve-se consultar imediatamente um especialista em doenças infecciosas. Na presença de prótese articular, deve-se consultar diretamente um cirurgião ortopedista.

» Em pacientes com artrite séptica confirmada por cultura de líquido sinovial ou hemocultura positiva, a antibioticoterapia deve ser modificada de acordo com a natureza e as sensibilidades dos organismos detectados. O tratamento padrão é de 2 semanas de terapia intravenosa (IV) seguida de 4 semanas de terapia oral, de acordo com as sensibilidades.

## suspeita de infecção por Gram-negativos

## 1a cefalosporina de terceira geração associada a aspiração da articulação

## Opções primárias

» **ceftriaxona**: 2 g por via intravenosa a cada 24 horas

**OU**

» **ceftazidima**: 1-2 g por via intravenosa a cada 8 horas

**OU**

» **cefotaxima**: 2 g por via intravenosa a cada 8 horas

» Os pacientes com alto risco de infecção por Gram-negativos incluem pacientes idosos e fragilizados, com infecções do trato urinário recorrentes e com cirurgia abdominal recente. O tratamento empírico sugerido é realizado com cefalosporina de terceira geração. A política local pode adotar a adição de gentamicina. Em pacientes com alergia à cefalosporina, recomenda-se o ciprofloxacino.

## Inicial

» Deve-se suspeitar de infecção por *Pseudomonas* em usuários de drogas intravenosas. Se houver suspeita de *Pseudomonas*, deve ser dada preferência ao uso de ceftazidima ao invés de outras cefalosporinas.

» A articulação ou as articulações afetadas devem ser aspiradas até secarem sempre que necessário. A aspiração pode ser feita tanto por meio de punção aspirativa com agulha grossa quanto por artroscopia. O envolvimento do quadril pode exigir aspiração guiada por ultrassonografia. Recomenda-se consultar um especialista em ortopedia em caso de infecção no quadril.

### [VIDEO: Demonstração animada de aspiração e injeção no joelho]

### [VIDEO: Demonstração animada de aspiração e injeção do ombro]

» Para usuários de drogas intravenosas ou pacientes internados em UTI, deve-se consultar imediatamente um especialista em doenças infecciosas. Na presença de prótese articular, deve-se consultar diretamente um cirurgião ortopedista.

» Em pacientes com artrite séptica confirmada por cultura de líquido sinovial ou hemocultura positiva, a antibioticoterapia deve ser modificada de acordo com a natureza e as sensibilidades dos organismos detectados. O tratamento padrão é de 2 semanas de terapia intravenosa (IV) seguida de 4 semanas de terapia oral, de acordo com as sensibilidades.

## 2a administração intravenosa de ciprofloxacino associada a aspiração articular

### Opções primárias

» **ciprofloxacino:** 400 mg por via intravenosa a cada 8-12 horas

» Os pacientes com alto risco de infecção por Gram-negativos incluem pacientes idosos e fragilizados, com infecções do trato urinário recorrentes e com cirurgia abdominal recente. Em pacientes alérgicos a cefalosporinas, deve ser feito tratamento empírico com clindamicina. A política local pode adotar a adição de gentamicina.

## Inicial

» A articulação ou as articulações afetadas devem ser aspiradas até secarem sempre que necessário. A aspiração pode ser feita tanto por meio de punção aspirativa com agulha grossa quanto por artroscopia. O envolvimento do quadril pode exigir aspiração guiada por ultrassonografia. Recomenda-se consultar um especialista em ortopedia em caso de infecção no quadril.

**[VIDEO: Demonstração animada de aspiração e injeção no joelho]**

**[VIDEO: Demonstração animada de aspiração e injeção do ombro]**

» Para usuários de drogas intravenosas ou pacientes internados em UTI, deve-se consultar imediatamente um especialista em doenças infecciosas. Na presença de prótese articular, deve-se consultar diretamente um cirurgião ortopedista.

» Em pacientes com artrite séptica confirmada por cultura de líquido sinovial ou hemocultura positiva, a antibioticoterapia deve ser modificada de acordo com a natureza e as sensibilidades dos organismos detectados. O tratamento padrão é de 2 semanas de terapia intravenosa (IV) seguida de 4 semanas de terapia oral, de acordo com as sensibilidades.

■ **suspeita de sepse por Gram-negativos ou infecção por *Pseudomonas***

**adjunto**

**gentamicina**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

**Opções primárias**

» **gentamicina:** 3-5 mg/kg/dia por via intravenosa

» Para os pacientes com suspeita de sepse por Gram-negativos ou infecção por *Pseudomonas*, deve ser adicionado tratamento empírico com gentamicina.

## Agudo

**infecção confirmada por *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina (SASM) ou infecção por estreptococos**

■ **sem alergia à penicilina**

**1a**

**antibióticos intravenosos por 2 semanas associados a aspiração da articulação**

## Agudo

### Opções primárias

» **flucloxacilina**: 2 g por via intravenosa quatro vezes ao dia

**OU**

» **flucloxacilina**: 2 g por via intravenosa quatro vezes ao dia

**-e-**

» **ácido fusídico**: 500 mg por via intravenosa três vezes ao dia

**OU**

» **flucloxacilina**: 2 g por via intravenosa quatro vezes ao dia

**-e-**

» **gentamicina**: 3-5 mg/kg/dia por via intravenosa

» Pacientes com infecção confirmada por *Staphylococcus aureus* sensível à metilina (SASM) ou infecção por estreptococos devem receber antibioticoterapia intravenosa por 2 semanas, seguida por antibióticos orais por mais 4 semanas. Para os pacientes não alérgicos a penicilina, a flucloxacilina por via intravenosa, com ou sem ácido fusídico ou gentamicina, é um esquema terapêutico de primeira escolha, mas a terapia deve ser orientada pela sensibilidade.

» A articulação ou as articulações afetadas devem ser aspiradas até secarem sempre que necessário. A aspiração pode ser feita tanto por meio de punção aspirativa com agulha grossa quanto por artroscopia. O envolvimento do quadril pode exigir aspiração guiada por ultrassonografia. Recomenda-se consultar um especialista em ortopedia em caso de infecção no quadril.

**[VIDEO: Demonstração animada de aspiração e injeção no joelho]**

**[VIDEO: Demonstração animada de aspiração e injeção do ombro]**

**mais**

**antibióticos orais nas 4 semanas subsequentes**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

### Opções primárias

## Agudo

» **flucloxacilina**: 500 mg por via oral quatro vezes ao dia

**OU**

» **cefalexina**: 500 mg por via oral a cada 8 a 12 horas

» Após 2 semanas de tratamento com antibióticos intravenosos, os pacientes com infecção confirmada por *Staphylococcus aureus* sensível a metilina (SASM) ou infecção por estreptococos devem receber antibióticos orais por mais 4 semanas.

■ **alergia à penicilina**

**1a**

**antibióticos intravenosos por 2 semanas associados a aspiração da articulação**

**Opções primárias**

» **clindamicina**: 450-600 mg por via intravenosa quatro vezes ao dia

**OU**

» **ceftriaxona**: 2 g por via intravenosa a cada 24 horas

**OU**

» **ceftazidima**: 1-2 g por via intravenosa a cada 8 horas

**OU**

» **cefotaxima**: 2 g por via intravenosa a cada 8 horas

» Pacientes com infecção confirmada por *Staphylococcus aureus* sensível à metilina (SASM) ou infecção por estreptococos devem receber antibioticoterapia intravenosa por 2 semanas, seguida por antibióticos orais por mais 4 semanas. Para os pacientes alérgicos a penicilina, clindamicina por via intravenosa ou cefalosporina de terceira geração é possivelmente um esquema terapêutico de primeira escolha, mas a terapia deve ser orientada pela sensibilidade.

» A articulação ou as articulações afetadas devem ser aspiradas até secarem sempre que necessário. A aspiração pode ser feita tanto por meio de punção aspirativa com agulha grossa quanto por artroscopia. O envolvimento do quadril pode exigir aspiração guiada por ultrassonografia. Recomenda-se consultar um

## Agudo

especialista em ortopedia em caso de infecção no quadril.

**[VIDEO: Demonstração animada de aspiração e injeção no joelho]**

**[VIDEO: Demonstração animada de aspiração e injeção do ombro]**

mais

**antibióticos orais nas 4 semanas subsequentes**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

### Opções primárias

» **clindamicina**: 150-450 mg por via oral a cada 6 horas

**OU**

» **cefalexina**: 500 mg por via oral a cada 8 a 12 horas

» Após 2 semanas de tratamento com antibióticos intravenosos, os pacientes com infecção confirmada por *Staphylococcus aureus* sensível a metilina (SASM) ou infecção por estreptococos devem receber antibióticos orais por mais 4 semanas.

**infecção por *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (MRSA) confirmada**

1a

**antibióticos intravenosos por 2 semanas associados a aspiração da articulação**

### Opções primárias

» **vancomicina**: 1 a 1.5 g por via intravenosa a cada 12 horas

» Os pacientes com risco de apresentarem *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (MRSA) incluem os hospitalizados recentemente, os residentes de instituições asilares ou os pacientes com úlceras nas pernas ou cateter urinário. Os pacientes com infecção por MRSA confirmada devem receber antibioticoterapia intravenosa por 2 semanas, sendo a vancomicina o tratamento de primeira escolha. Isso é seguido de antibióticos orais por mais 4 semanas.

» A articulação ou as articulações afetadas devem ser aspiradas até secarem sempre que necessário. A aspiração pode ser feita tanto



## Agudo

por meio de punção aspirativa com agulha grossa quanto por artroscopia. O envolvimento do quadril pode exigir aspiração guiada por ultrassonografia. Recomenda-se consultar um especialista em ortopedia em caso de infecção no quadril.

**[VIDEO: Demonstração animada de aspiração e injeção no joelho ]**

**[VIDEO: Demonstração animada de aspiração e injeção do ombro ]**

**mais antibióticos orais nas 4 semanas subsequentes**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

### Opções primárias

» **clindamicina**: 300-450 mg por via oral a cada 6 a 8 horas

**OU**

» **linezolid**: 600 mg por via oral duas vezes ao dia

» Após 2 semanas de tratamento intravenoso com antibióticos, os pacientes com infecção confirmada por MRSA devem receber antibióticos orais por mais 4 semanas.

## infecção confirmada por bastonetes Gram-negativos

**1a antibióticos intravenosos por 2 semanas associados a aspiração da articulação**

### Opções primárias

» **ceftriaxona**: 2 g por via intravenosa a cada 24 horas

**OU**

» **ceftazidima**: 1-2 g por via intravenosa a cada 8 horas

**OU**

» **cefotaxima**: 2 g por via intravenosa a cada 8 horas

» Pacientes com infecção confirmada por bastonetes Gram-negativos devem receber antibioticoterapia intravenosa por 2 semanas,

## Agudo

seguida por antibióticos orais por mais 4 semanas. Cefalosporina de terceira geração é o tratamento de primeira escolha.

» A articulação ou as articulações afetadas devem ser aspiradas até serem completamente drenadas sempre que necessário. A aspiração pode ser feita tanto por meio de punção aspirativa com agulha grossa quanto por artroscopia. O envolvimento do quadril pode exigir aspiração guiada por ultrassonografia. Recomenda-se consultar um especialista em ortopedia em caso de infecção no quadril. Para usuários de drogas intravenosas ou pacientes internados em UTI, deve-se consultar imediatamente um especialista em doenças infecciosas. Na presença de prótese articular, deve-se consultar diretamente um cirurgião ortopedista.

**[VIDEO: Demonstração animada de aspiração e injeção no joelho]**

**[VIDEO: Demonstração animada de aspiração e injeção do ombro]**

mais

**antibióticos orais nas 4 semanas subsequentes**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

### Opções primárias

» **cefalexina**: 500 mg por via oral a cada 8-12 horas

» Após 2 semanas de tratamento intravenoso com antibióticos, os pacientes com infecção confirmada por bastonetes Gram-negativos devem receber antibióticos orais por mais 4 semanas.

## infecção gonocócica ou meningocócica confirmada

1a

**antibióticos intravenosos por 2 semanas associados a aspiração da articulação**

### Opções primárias

» **ceftriaxona**: 2 g por via intravenosa a cada 24 horas por 2 semanas

» O tratamento empírico sugerido é a cefalosporina de terceira geração durante 2 semanas, seguida por 4 semanas de antibioticoterapia oral.

## Agudo

» A articulação ou as articulações afetadas devem ser aspiradas até secarem sempre que necessário. A aspiração pode ser feita tanto por meio de punção aspirativa com agulha grossa quanto por artroscopia. O envolvimento do quadril pode exigir aspiração guiada por ultrassonografia. Recomenda-se consultar um especialista em ortopedia em caso de infecção no quadril.

**[VIDEO: Demonstração animada de aspiração e injeção no joelho ]**

**[VIDEO: Demonstração animada de aspiração e injeção do ombro ]**

**mais**

**antibióticos orais nas 4 semanas subsequentes**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

### Opções primárias

» **cefalexina**: 500 mg por via oral a cada 8-12 horas

» Após 2 semanas de tratamento intravenoso com antibióticos, os pacientes com infecção gonocócica ou meningocócica confirmada devem receber antibióticos orais por mais 4 semanas.

## infecção por fungos/tuberculose/ outros organismos

**1a**

**procurar aconselhamento de especialista em microbiologia**

» Pacientes com artrite séptica causada por fungos, bacilos da tuberculose ou outros organismos incomuns devem ser encaminhados a um especialista em doenças infecciosas para controle contínuo.

## Novidades

### Novas terapias

As pesquisas sobre novas terapias ainda está no nível experimental em modelos animais e nem perto de alcançar o desenvolvimento em pacientes humanos.

## Recomendações

### Monitoramento

Após a resolução da doença aguda, recomenda-se que o paciente compareça a pelo menos uma consulta de acompanhamento para confirmar a recuperação completa e verificar a presença de dano articular.

### Instruções ao paciente

Se a articulação afetada se tornar sintomática, o paciente deve procurar aconselhamento médico. É importante que os pacientes completem o ciclo dos antibióticos (incluindo os antibióticos orais) e compareçam à consulta de acompanhamento.

## Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>reação alérgica associada a antibióticos</b>	<b>curto prazo</b>	<b>média</b>
Se isso ocorrer, recomenda-se que as diretrizes para a seleção de antibióticos alternativos sejam seguidas. Deve-se considerar a orientação de um especialista em doenças infecciosas.		
<b>osteomielite</b>	<b>curto prazo</b>	<b>média</b>
Se a infecção não for controlada, pode haver disseminação no osso circundante. Uma ressonância nuclear magnética (RNM) da área mostrará quaisquer áreas de osteomielite circundante. Recomenda-se consultar especialistas em doenças ortopédicas e infecciosas se isso ocorrer.		
<b>destruição da articulação</b>	<b>variável</b>	<b>média</b>
Se a articulação apresentar dano irreversível permanente, pode ser necessário solicitar a opinião de um especialista em ortopedia sobre as soluções cirúrgicas para dor contínua e incapacidade.		

## Prognóstico

O tratamento tardio ou inadequado pode causar destruição articular irreversível e subsequente incapacidade. Há também uma taxa de letalidade estimada de 11%.<sup>[2]</sup>

Uma pesquisa no Reino Unido revelou que determinados fatores podem estar associados a prognóstico desfavorável, incluindo idade avançada, doença articular preexistente e presença de uma prótese articular.<sup>[21]</sup>

## Diretrizes de diagnóstico

### Europa

#### BSR and BHPR, BOA, RCGP and BSAC guidelines for the management of the hot swollen joint in adults

**Publicado por:** British Society for Rheumatology; British Health Professionals in Rheumatology; British Orthopaedic Association; Royal College of General Practitioners; British Society for Antimicrobial Chemotherapy

**Última publicação em:** 2006

### América do Norte

#### ACR appropriateness criteria: suspected osteomyelitis, septic arthritis, or soft tissue infection (excluding spine and diabetic foot)

**Publicado por:** American College of Radiology

**Última publicação em:** 2016

## Diretrizes de tratamento

### Europa

#### BSR and BHPR, BOA, RCGP and BSAC guidelines for the management of the hot swollen joint in adults

**Publicado por:** British Society for Rheumatology; British Health Professionals in Rheumatology; British Orthopaedic Association; Royal College of General Practitioners; British Society for Antimicrobial Chemotherapy

**Última publicação em:** 2006

## Artigos principais

- Coakley G, Mathews C, Field M, et al. BSR and BHP, BOA, RCGP and BSAC guidelines for management of the hot swollen joint in adults. *Rheumatology (Oxford)*. 2006 Aug;45(8):1039-41. [Texto completo](#)
- Margaretten ME, Kohlwes J, Moore D, et al. Does this adult patient have septic arthritis? *JAMA*. 2007 Apr 4;297(13):1478-88.

## Referências

- Tarkowski A. Infection and musculoskeletal conditions: Infectious arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2006 Dec;20(6):1029-44.
- Kaandorp CJ, Dinant HJ, van de Laar MA, et al. Incidence and sources of native and prosthetic joint infection: a community based prospective survey. *Ann Rheum Dis*. 1997 Aug;56(8):470-5. [Texto completo](#)
- Weston VC, Jones AC, Bradbury N, et al. Clinical features and outcome of septic arthritis in a single UK health district 1982-1991. *Ann Rheum Dis*. 1999 Apr;58(4):214-9. [Texto completo](#)
- Gupta MN, Sturrock RD, Field M. A prospective 2-year study of 75 patients with adult-onset septic arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2001 Jan;40(1):24-30. [Texto completo](#)
- Gupta MN, Sturrock RD, Field M. Prospective comparative study of patients with culture proven and high suspicion of adult onset septic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2003 Apr;62(4):327-31. [Texto completo](#)
- Dubost JJ, Soubrier M, De Champs C, et al. No changes in the distribution of organisms responsible for septic arthritis over a 20 year period. *Ann Rheum Dis*. 2002 Mar;61(3):267-9. [Texto completo](#)
- Sharp JT, Lidsky MD, Duffy J, et al. Infectious arthritis. *Arch Intern Med*. 1979 Oct;139(10):1125-30.
- Meijers KA, Dijkmans BA, Hermans J, et al. Non-gonococcal infectious arthritis: a retrospective study. *J Infect*. 1987 Jan;14(1):13-20.
- Brook I, Frazier EH. Anaerobic osteomyelitis and arthritis in a military hospital: a 10-year experience. *Am J Med*. 1993 Jan;94(1):21-8.
- Coakley G, Mathews C, Field M, et al. BSR and BHP, BOA, RCGP and BSAC guidelines for management of the hot swollen joint in adults. *Rheumatology (Oxford)*. 2006 Aug;45(8):1039-41. [Texto completo](#)
- Arnold SR, Elias D, Buckingham SC, et al. Changing patterns of acute hematogenous osteomyelitis and septic arthritis: emergence of community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *J Pediatr Orthop*. 2006 Nov-Dec;26(6):703-8.

12. Mushtaq S, Choudhary R, Scanzello CR. Non-surgical treatment of osteoarthritis-related pain in the elderly. *Curr Rev Musculoskelet Med*. 2011 Sep;4(3):113-22. [Texto completo](#)
13. Neustadt DH. Intra-articular injections for osteoarthritis of the knee. *Cleve Clin J Med*. 2006 Oct;73(10):897-8, 901-4, 906-11.
14. Nijhof MW, Oyen WJ, van Kampen A, et al. Evaluation of infections of the locomotor system with indium-111-labeled human IgG scintigraphy. *J Nucl Med*. 1997 Aug;38(8):1300-5. [Texto completo](#)
15. Karchevsky M, Schweitzer ME, Morrison WB, et al. MRI findings of septic arthritis and associated osteomyelitis in adults. *Am J Roentgenol*. 2004 Jan;182(1):119-22. [Texto completo](#)
16. Brennan-Olsen SL, Cook S, Leech MT, et al. Prevalence of arthritis according to age, sex and socioeconomic status in six low and middle income countries: analysis of data from the World Health Organization study on global AGEing and adult health (SAGE) wave 1. *BMC Musculoskelet Disord*. 2017 Jun 21;18(1):271. [Texto completo](#)
17. Yagupsky P, Press J. Use of the isolator 1.5 microbial tube for culture of synovial fluid from patients with septic arthritis. *J Clin Microbiol*. 1997 Sep;35(9):2410-2. [Texto completo](#)
18. von Essen R. Culture of joint specimens in bacterial arthritis. Impact of blood culture bottle utilization. *Scand J Rheumatol*. 1997;26(4):293-300.
19. Margaretten ME, Kohlwes J, Moore D, et al. Does this adult patient have septic arthritis? *JAMA*. 2007 Apr 4;297(13):1478-88.
20. Ding T, Ledingham J, Luqmani R, et al; Standards, Audit and Guidelines Working Group of BSR Clinical Affairs Committee and BHPR. BSR and BHPR rheumatoid arthritis guidelines on safety of anti-TNF therapies. *Rheumatology (Oxford)*. 2010 Nov;49(11):2217-9. [Texto completo](#)
21. Kaandorp CJ, Krijnen P, Moens HJ, et al. The outcome of bacterial arthritis: a prospective community-based study. *Arthritis Rheum*. 1997 May;40(5):884-92.



## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
	10,00
Numerais de 5 dígitos	
	1000
Numerais de 4 dígitos	
	0.25
Numerais < 1	

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web atualizada pela última vez em: Jan 17, 2019.

As monografias do BMJ Best Practice são atualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](http://bestpractice.bmj.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

# BMJ Best Practice

## Colaboradores:

---

### // Autores:

---

**Gerald Coakley, PhD, FRCP**

Consultant Rheumatologist

Queen Elizabeth Hospital, London, UK

DIVULGAÇÕES: GC is an author of a reference cited in this topic.

---

**Catherine J. Mathews, MSc, FRCP**

Consultant Rheumatologist

Queen Elizabeth Hospital, London, UK

DIVULGAÇÕES: CJM is an author of a reference cited in this topic.

### // Colegas revisores:

---

**Andrew Keat, MBBS**

Consultant Physician and Rheumatologist

Northwick Park Hospital, Harrow, UK

DIVULGAÇÕES: AK declares that he has no competing interests.

---

**Cheryl Main, MD, FRCPC**

Medical Microbiologist

Infectious Disease Consultant, Hamilton Regional Laboratory Medicine Program, Hamilton Health Sciences, Hamilton, Canada

DIVULGAÇÕES: CM declares that she has no competing interests.

---

**John Ross, MD**

Brigham and Women's Hospital

Hospitalist Section, Boston, MA

DIVULGAÇÕES: JR declares that he has no competing interests.