

**Artritis séptica en pediatría**  
**Dra. Liliana María Londoño Gómez**  
**Pediatra Universidad de Antioquia**  
**Agosto 2015**

**¿Qué es artritis séptica?**

**Es la inflamación purulenta de una o más articulaciones 7,9,10**

**¿Por qué es importante diagnosticarla y tratarla oportunamente?**

**Porque produce complicaciones permanentes y letales como la necrosis (muerte) isquémica (por no llegarle flujo de sangre) a la cabeza femoral y la falla multisistémica (extensión de la infección a todo el organismo) 1,2,16**

**¿Cuál es el microorganismo causal más frecuente?**

**Es el Staphylococcus aureus, 1,2,4,6,7,9,10,13,16 más del 25% es resistente (no le sirven los antibióticos usuales) a antibióticos 16**

**¿Cuáles son los factores de riesgo (quienes tienen más riesgo de padecerla)?**

**Los inmunodeficientes, antecedentes de cirugías articulares, pacientes con hemoglobinopatías, diabetes, artritis, prematuros, síndrome de dificultad respiratoria, cateterismo umbilical, catéter venoso central, extracción sangre vasos femorales, infección respiratoria, infección cutánea, varicela o trauma; cirugía o algún procedimiento de la vía urinaria o intestinal, osteomielitis en menor de 18 meses de edad u osteomielitis de hombro, cadera, rodilla o tobillo 1,5, 7, 9,13, 16**

**¿Cuáles son las manifestaciones clínicas más frecuentes?**

**Fiebre, dolor, calor, edema (hinchazón) y limitación a los movimientos de la articulación o articulaciones comprometidas (enfermas) 2,5**

**Pero las manifestaciones varían según la edad del paciente en los recién nacidos y lactantes pequeños se puede presentar con solo fiebre, y/o irritabilidad y/o cojera, y/o dolor al cambio del pañal 1,7,9**

**¿En quienes se debe sospechar?**

**En todo niño que acuda por fiebre y dolor articular, asociado a edema y limitación de los movimientos de la misma ó**

**En niños menores con signos de sepsis y pseudoparálisis (no mueven la extremidad dolorosa) 4**

**¿Cómo se diagnostica?**

**Lo principal es la clínica que comprende una excelente historia clínica y un adecuado examen físico: Para confirmar el diagnóstico se requiere**

puncionar la articulación afectada y analizar el líquido que se obtiene con este examen 13

¿Qué comprende el tratamiento?

Un adecuado esquema de antibioticos asociado a drenaje de la articulación afectada 1,2

¿Cuánto dura el tratamiento antibiotico?

Depende de su causa, por ejemplo por *Staphylococcus aureus* resistente a antibioticos dura 3 a 4 semanas 1, 2, 11, 19, 21, 22

¿Cuáles niños(as) tienen peor pronostico?

Los menores de 1 año de edad, ya que son a los que se les puede afectar más su crecimiento además de tener más riesgo de morir por la diseminación (extensión) de la infección; consulta tardía que es después de 5 días de evolución ya que se destruye el cartilago y este no se regenera; cuando el tratamiento es incompleto o demorado; cuando la articulación afectada es la cadera y cuando la infección es producida por *S. Aureus* (más si es resistente a antibioticos o enterobacterias 2, 9, 13, 32

¿Cuáles son sus complicaciones?

La más frecuente es que se extienda la infección hacia tejidos adyacentes. Otra muy grave es la sepsis (extensión de la infección por todo el organismo) 32

¿Cuáles son las secuelas?

La más frecuente es la necrosis (muerte) de las epífisis (cabeza de un hueso largo) de cadera y hombro luego la discrepancia de longitud de las extremidades, deformidad angular de las extremidades y el pinzamiento articular que puede inducir pérdida de movilidad y dolor 32

#### Bibliografía:

1. Olaya M, Blanco J, Caicedo Y. Artritis séptica en pediatría. Revista Gastrohnp Año 2012 Volumen 14 Número 1 Suplemento 1: S28-S34. U. Valle
2. Otero R, Bustamante L. Osteomielitis aguda y artritis séptica. Fundamentos de pediatría tomo V. Cuarta edición. 2014
4. García J. Enfoque del niño con dolor osteoarticular. Enfoques en pediatría, 2004
5. Duplat J, Nossa S. Artritis séptica de cadera en niños: Revisión de la literatura. Univ. Med. Bogotá (Colombia), 50 (1): 77-90, enero-marzo de 2009
6. Martínez G, Avalos A, Hulten K, Hammerman W, Manson E, Kaplan SI, et al. Community – acquired, methicilin resistant and methicilin susceptible *Staphylococcus aureus* musculoskeletal infections in children. *Pediatr Infect Dis J.* 2004; 23: 701-6
7. Camacho V, Moreno D, Núñez E. Infecciones osteoarticulares Artritis séptica y osteomielitis. Guía esencial de diagnóstico y terapéutica en pediatría. Ed. Panamericana. 2011. 284-291
9. Saavedra L, Artritis séptica. *Infectología pediátrica básica.* Ed. Panamericana. Cap 32. Pg 323 – 326. 2012

10. Correa J. Artritis séptica. Manual de urgencias en pediatría. 9 edición. P 361-364. 2006
11. Infecciones estafilococos. Red Book. Pg 318 – 335. 2011
13. Feigin, R, Kaplan, S. Textbook of pediatric infectious diseases. Septic Arthritis. Pg 729 a 735. 2012
16. Kaplan , S. Nelson Textbook of pediatrics infectrics. Septic Arthritis. Cap 677. pg 2398 a 2400. 2012
19. Markus P, Heikki P. Treatment of Acute Septic Arthritis. The Pediatric Infectious Disease Journal. Volume 32. Number 6. June 2013
20. Jagodzinski NA, Kanwar R, Graham K. Prospective evaluation of a shortened regimen of treatment for acute osteomyelitis and septic arthritis in children. *J Pediatr Orthop.*2009;29:518–525
21. Peltola H, Pääkkönen M, Kallio P, et al.; OM-SA Study Group. Clindamycin vs. first-generation cephalosporins for acute osteoarticular infections of childhood—a prospective quasi-randomized controlled trial. *Clin Microbiol Infect.* 2012;18:582–589
22. Trujillo M, Trujillo H. Staphylococcus aureus. Fundamentos de pediatría tomo III, Cuarta edición, P 205 – 214, 2013
32. J. Saavedra-Lozano, C. Calvo, R. Huguet Carol, C. Rodrigo, E. Nuñez, I. Obando, P. Rojo, R. Merino, C. Pérez, F.J. Downey, E. Colino, J.J. García, M.J. Cilleruelo, F. Tornery L. García. SEIP-SERPE-SEOP Consensus document on the treatment of uncomplicated acute osteomyelitis and septic arthritis. *An Pediatr (Barc).* 2015;82(4):273.e1-273.e10