

Capítulo 20

ARTRITIS

I. García-Alonso, B. Herrero de la Parte, I. Cearra

ARTRITIS
Concepto
Etiopatogenia
Clínica

Diagnóstico
Tratamiento
Bibliografía

Concepto

Denominamos artritis a los procesos inflamatorios que afectan a las articulaciones móviles. En función de su curso evolutivo se distinguen unas formas agudas y otras crónicas. Atendiendo a su etiología pueden ser infecciosas, metabólicas, autoinmunes o traumáticas.

En este capítulo nos ocuparemos exclusivamente de las artritis sépticas agudas. Es decir, infecciones articulares producidas por gérmenes piógenos y con un curso evolutivo agudo. Habitualmente se trata de afecciones monoarticulares, y afectan preferentemente a grandes articulaciones.

Etiopatogenia

Atendiendo al modo en que los gérmenes invaden la articulación podemos distinguir tres variedades patogénicas de artritis sépticas agudas:

- **Inoculación directa.** Son las más frecuentes. Los gérmenes llegan directamente desde el exterior a la articulación como consecuencia de un traumatismo abierto o de una maniobra médica (yatrógenas).
- **Por contigüidad.** Los gérmenes llegan a la articulación desde un foco séptico situado en la vecindad; bien sea en un hueso de la articulación o bien sea en las partes blandas que le rodean.
- **Hematógena.** Los gérmenes llegan desde un foco séptico distante a través del flujo sanguíneo. Hace años era el mecanismo más habitual, pero hoy en día ha perdido mucha relevancia. Los orígenes más frecuentes son focos sépticos del territorio urogenital, las amígdalas o la piel.

Clínica

La presencia de un foco séptico a nivel articular se manifiesta por un importante dolor referido a la interlínea articular, que se acompaña de impotencia

funcional (incapacidad para movilizar la articulación). A ello hay que añadir los signos típicos de una inflamación aguda: enrojecimiento de la piel, temperatura elevada y cierto empastamiento o edema. Como se hace siempre, habrá que comparar la posible articulación afecta con su homóloga contralateral.

Puede haber una cierta afectación del estado general del paciente.

Diagnóstico

El diagnóstico de una artritis séptica aguda es eminentemente clínico. Las pruebas de laboratorio pueden manifestar alteraciones propias de un cuadro infeccioso, pero no son lo determinante. La exploración radiológica de la articulación puede mostrar algún signo indirecto, como un aumento de la distancia entre las superficies óseas de la articulación; pero tampoco añade mucho a la sospecha clínica (salvo constatar la no existencia de lesión traumática en los huesos de la articulación).

La confirmación definitiva la aporta la punción articular con evacuación de líquido. El examen visual del líquido sinovial extraído mostrará un color turbio del mismo o claramente purulento. El cultivo nos permitirá identificar con exactitud el germen causante y posibilitará la realización de un antibiograma.

La artritis séptica de la articulación temporomandibular debiera de considerarse en el diagnóstico diferencial de pacientes que presentan trismus y fiebre o dolor. Es una entidad poco frecuente pero se asocia a una elevada morbilidad.

Tratamiento

La punción realizada con fines diagnósticos constituye el primer paso en el tratamiento del proceso. La evacuación del líquido articular elimina medio de cultivo para los gérmenes, alivia el dolor (por disminuir la presión intraarticular) a la vez que aporta el diagnóstico etiológico.

Aprovechando la misma punción se instilan antibióticos de amplio espectro en la cavidad articular, a la vez que se instaura antibioticoterapia por vía sistémica. En función de los resultados que aporte el antibiograma se mantendrá o modificará el tratamiento antibiótico inicial.

Hasta que ceda el cuadro se mantendrá inmovilizada la articulación. De esta manera reduciremos la absorción de tóxicos por parte de la sinovial y reduciremos la carga experimentada por el cartilago (cuya nutrición estará comprometida como consecuencia del proceso infeccioso articular) evitando su daño. Esta medida también contribuye a reducir el dolor.

Si la artritis no evoluciona favorablemente a pesar de estas medidas, se deberá realizar una artrotomía (abordaje quirúrgico de la articulación). Esto permitirá llevar a cabo lavados abundantes de la articulación con suero fisiológico, eliminando todo el material purulento de la misma. Después se cerrará la articulación, dejando al menos dos drenajes que permitan lavados sucesivos y aporte de antibióticos hasta que se resuelva el cuadro.

Bibliografía

- Gayle EA, Young SM, McKenna SJ, McNaughton CD. Septic arthritis of the temporomandibular joint: case reports and review of the literature. *J Emerg Med.* 2013 Nov;45(5):674-8. DOI:10.1016/j.jemermed.2013.01.034.
- Hassan AS, Rao A, Manadan AM, Block JA, Peripheral Bacterial Septic Arthritis: Review of Diagnosis and Management. *J Clin Rheumatol* 2017; 23(8): 435-442. DOI: 10.1097/RHU.0000000000000588

- Hekkenberg RJ, Piedade L, Mock D, Baker G, Freeman JL. Septic arthritis of the temporomandibular joint. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 1999; 120(5): 780-782. DOI: 10.1053/hn.1999.v120.a85713
- Horowitz DL, Katzap E, Horowitz S, Barilla-Labarca ML. Approach to septic arthritis. *Am Fam Physician* 2011; 84(6): 653-660. DOI:
- Lohiya S, Dillon J. Septic arthritis of the temporomandibular joint – unusual presentations. *J Oral Maxillofac Surg* 2016; 74(1): 87-94. DOI: 10.1016/j.joms.2015.06.166.
- Parrón RR, Rey A, Rivera I, Martínez C, Fernández-Lopesino M, Bonilla L. Artritis sépticas secundarias a reparación artroscópica de ligamento cruzado anterior de la rodilla. *Rev Esp Cir Ortop Traum* 2010; 54(4): 208-210. DOI: 10.1016/j.recot.2009.05.003
- Saavedra-Lozano J, Calvo C, Huguet Carol R, Rodrigo C, Núñez E, Obando I, et al. Documento de consenso SEIP-SERPE-SEOP sobre el tratamiento de la osteomielitis aguda y artritis séptica no complicadas. *An Pediatr (Barc)* 2015; 82(4):273.e1-273.e10. DOI: 10.1016/j.anpedi.2014.10.005
- Shen CJ1, Wu MS, Lin KH, Lin WL, Chen HC, Wu JY, Lee MC, Lee CC. The use of procalcitonin in the diagnosis of bone and joint infection: a systemic review and meta-analysis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2013; 32(6): 807-814. DOI:10.1007/s10096-012-1812-6