

ARTRITIS SÉPTICA DE CADERA ADOLESCENTE. REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO



Silvia Atenea Sanz Rupérez
Irene Méndez Mesón

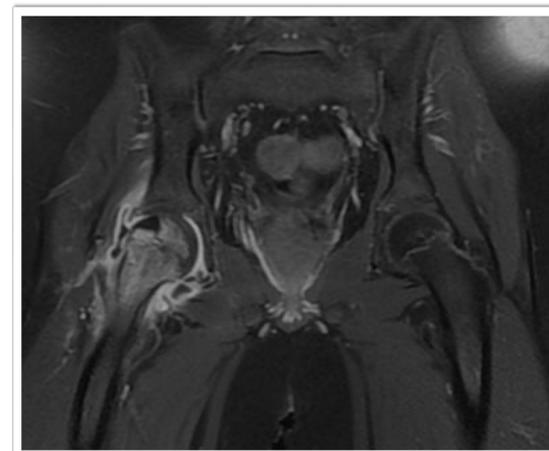
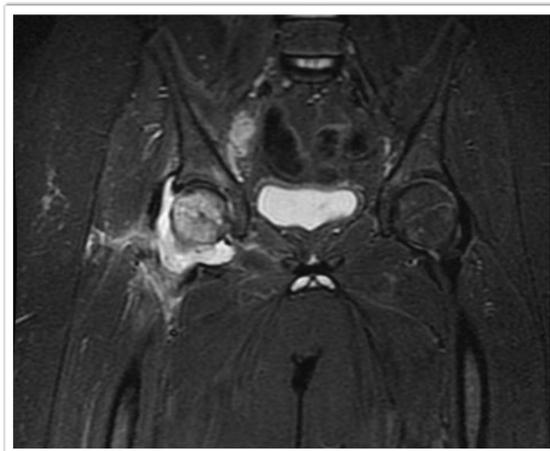
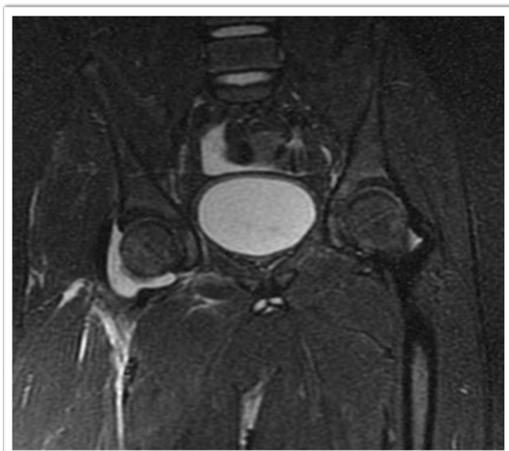


OBJETIVOS

Existen dos aspectos novedosos relacionados con el manejo de la artritis séptica: **tratamiento conservador del derrame** mediante **artrocentesis** y lavado articular; **tratamiento antibiótico secuencial, con cortos periodos de administración intravenosa**, seguidos de tratamiento oral, con una duración total también mucho menor que la utilizada clásicamente. Presentamos un caso de artritis séptica de cadera en adolescente con evolución tórpida en probable relación con retraso en el diagnóstico y tratamiento, y revisión de la literatura.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Varón de 12 años diagnosticado, a los 5 días del comienzo de los síntomas, de **artritis séptica de cadera derecha por SAMS**. Se realizó tratamiento quirúrgico: artrotomía vía anterior (Smith – Petersen). La evolución fue tórpida, con lenta mejoría clínica y de parámetros analíticos. Precisó 2 semanas de tratamiento intravenoso (cloxacilina) y 6 semanas más de tratamiento oral (cefadroxilo + cotrimoxazol) por desarrollo de **osteomielitis**.



RESULTADOS

Se han descrito como factores pronósticos negativos: **retraso diagnóstico/terapéutico > 4 días** del comienzo de los síntomas (75% de excelentes resultados en pacientes tratados precozmente y solo un 15% en aquellos tratados tras 4 o más días), localización (la cadera es la de peores resultados), derrame articular con osteomielitis subyacente, y bacteria causante (*S. aureus* o gram negativos).

Actualmente no existe un claro consenso sobre el momento y tipo de cirugía a realizar. Algunos defienden que una enfermedad de diagnóstico precoz, no neonatal y no complicada podría tratarse mediante artrocentesis percutánea sin cirugía, indicando ésta en aquellos casos que no mejoren o no descendan PCR tras 24h de antibiótico.

También se relacionado la edad (> 10 años) con peores tasas de respuesta al tratamiento mediante aspiraciones.

Existe acuerdo en que el tratamiento inicial debe de ser intravenoso, pero **no hay consenso sobre el momento ideal para pasar a antibioterapia oral, ni la duración total del mismo**.

CONCLUSIONES

El diagnóstico y el tratamiento precoces son los factores pronóstico más críticos. **La duración y vía de administración de antibioterapia dependerán de la evolución clínica y analítica.**

En nuestro caso realizamos artrotomía abierta por factores de mal pronóstico: retraso en el diagnóstico, cadera, edad, *S. aureus*. La antibioterapia fue prolongada por la aparición de complicaciones (osteomielitis).

BIBLIOGRAFÍA

- García-Arias, M., Balsa, A., Mola EM. Septic arthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol 2011; 25: 407-21.
- Gigante A, Coppa V, Marinelli M, Giampaolini N, Falcioni D, Specchia N. Acute osteomyelitis and septic arthritis in children: a systematic review of systematic reviews. European Review for Medical and Pharmacological Sciences. 2019;23(2):145-158.
- Castellazzi L, Mantero M, Esposito S. Update on the Management of Pediatric Acute Osteomyelitis and Septic Arthritis. International Journal of Molecular Sciences. 2016;17(6):855.
- Weigl DM, Becker T, Mercado E, Bar-On E. Percutaneous aspiration and irrigation technique for the treatment of pediatric septic hip: effectiveness and predictive parameters. J Pediatr Orthop B. 2016;25(6):514-519.