

11.227
20/11

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios Superiores

Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán"



ARTRITIS SEPTICA
EXPERIENCIA EN EL I.N.N.S.Z.

T E S I S
PARA LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA INTERNA

EDUARDO SADA DIAZ

MAYO DE 1982

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION

No obstante el uso de antibióticos potentes, la artritis séptica (AS) continúa siendo un padecimiento que causa daño articular e incapacidad funcional importante, con pobre pronóstico hasta en un 50% de los casos y su mortalidad puede ser tan alta como un 20%(1). Los factores que parecen tener un papel importante en el desarrollo de AS son, por un parte, la virulencia del germen infectante y, por otra, los factores propios del huésped que incluyen sus mecanismos inmunes y la presencia de daño articular previo, -- entre otros (1,2,3).

El propósito de este trabajo es analizar en una forma retrospectiva la experiencia en artritis séptica que tiene un hospital en donde un alto porcentaje de la población corresponde a huéspedes inmunocomprometidos. Se estudian los factores predisponentes al cuadro infeccioso articular, el cuadro clínico, tratamiento y pronóstico de esta entidad, etiología y mecanismo de producción.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

El estudio incluyó la revisión retrospectiva de expedientes clínicos de enfermos con el diagnóstico de artritis séptica estudiados en el Instituto Nacional de la Nutrición entre 1977 y 1981. Asimismo también se revisaron los cultivos de líquido sinovial en el mismo período registrados en los archivos del servicio de Infectología. Todos los enfermos fueron seguidos por alguno de los autores. Los criterios diagnósticos fueron cuadro clínico y evidencia del germen, ya sea por cultivo positivo u observación de bacterias en la tinción de Gram del líquido sinovial.

Veintitrés pacientes cumplieron con estos dos criterios y se incluye, además, un paciente con hemocultivos positivos, cuadro clínico sugestivo de AS y gammagrafía positiva. Se excluyeron casos secundarios a mycobacteria.

R E S U L T A D O S

El grupo quedó constituido por 24 enfermos tres de los cuales presentaron afección de más de una articulación. La edad promedio de los enfermos fué de 43.4 años; 12 casos correspondieron al sexo femenino y 12 al masculino.

Factores Predisponentes. El 80% de los pacientes, (19 de 24) tenía algún factor de inmunosupresión predisponente, ya sea por su enfermedad de base o secundario al uso de medicamentos inmunosupresores (Tabla 1).

La presencia de daño articular previo a la infección fué un factor — predisponente en 12 de los 19 enfermos (63%), de los cuales 8 presentaban enfermedades reumatológicas autoinmunes, uno presentaba mieloma múltiple y artritis por amiloide, y en 3 enfermos no inmunosuprimidos había osteoartritis en la articulación infectada.

Origen de la infección articular (Tabla II).— Pudo ser determinado en 15 pacientes (62%). Cuatro adquirieron la infección por — contigüidad (25%) y once (73%) por vía hematológica. De estos últimos enfermos cinco presentaron bacteremia detectada previamente o al momento del diagnóstico de AS; un enfermo cursaba con endocarditis bacteriana; dos tenían infección de partes blandas distantes por el mismo germen que provocó la AS. Una enferma había tenido infección de vías urinarias dos semanas antes por la misma bacteria que provocó artritis; — otra enferma se presentó con neumonía y artritis séptica y, finalmente, un paciente tenía osteomielitis por salmonella en tibia y desarrolló — artritis en articulación temporomaxilar. En los restantes del total de enfermos con AS (38%) no se pudo determinar ningún otro foco infeccioso fuera del articular.

Cuadro Clínico.— Las manifestaciones clínicas más importantes fueron los signos clásicos de AS, como dolor, aumento de volumen, hiperemia e hipertermia en la zona afectada, y fiebre en el 90% de los

pacientes. La duración promedio de los síntomas antes del diagnóstico fué de 22 días.

Veintiún pacientes tenían afección de una sola articulación (87.5%), siendo las más importantes rodilla, codo y hombro — (Tabla IV). Tres enfermos (12.5%) desarrollaron AS poliarticular, — de los cuales uno tenía artritis reumatoide, uno lupus eritematoso y uno leucemia.

Datos de Laboratorio.- La media de leucocitos en sangre periférica fué de $8,825/mm^3$, con rango de 1,100 a $45,000/mm^3$. Cuatro pacientes se presentaron con leucopenia y once tuvieron leucocitos por arriba de $10,000/mm^3$. El análisis del líquido sinovial mostró una media de leucocitos de $73,418/mm^3$, con 80% de polimorfonucleares. En el 82% de los casos se demostraron alteraciones radiológicas, siendo la más frecuente aumento de partes blandas. En los dos casos en que se efectuó gammagrafía ésta resultó positiva.

Etiología. (Tabla IV) La tinción de Gram fué positiva — en 22 de 23 pacientes (95%). El cultivo de líquido sinovial fué — positivo en 20 casos (87.5%). En 3 pacientes con cuadro clínico — de artritis aguda el cultivo fué negativo; sin embargo, en la tinción de Gram se observaron cocos Gram positivos en dos y en uno — diplococos Gram positivos. Se aislaron bacterias Gram positivas en el 57%. El germen más frecuente fué estafilococo, (42% del total). — Staphylococcus epidermidis se aisló en tres pacientes. En un pa— ciente con afección poliarticular se aisló neumococo en dos articu— laciones. Peptococo se cultivó en la rodilla de una paciente con — diabetes mellitus. Se aislaron Gram negativos en el 42.8% de los —

cultivos, siendo el germen más frecuente Salmonella sp. (28.5%). Klebsiella pneumonie. Escherichia coli y Enterobacter cloacae. fueron aislados cada uno en un caso. No hubo casos por Neisseria sp.

Tratamiento y Pronóstico.

De los 24 casos presentados, sólo se valoraron veinte con tratamiento médico (Tabla V) y se excluyeron 4 casos, dos por fallecer en etapa temprana y dos tratados quirúrgicamente en forma inicial. El tratamiento médico incluyó antibióticos según la sensibilidad del germen in vitro y punciones repetidas de la articulación. De los 20 pacientes analizados, diez tuvieron evolución satisfactoria quedando sin ninguna secuela. En cuatro el tratamiento médico resolvió el problema infeccioso pero quedaron con limitación funcional de la articulación. En 6 pacientes el tratamiento médico fue inefectivo, siendo necesaria la cirugía por persistencia de inflamación, dificultad para el drenaje cerrado ó progresión radiológica del daño articular.

Ocho pacientes fueron tratados quirúrgicamente. La paciente con Diabetes Mellitus e infección por peptococo requirió amputación por diseminación de la infección a partes blandas. En los otros casos se efectuó drenaje abierto ó sinovectomía. En 2 pacientes la elección de cirugía fue primaria y en los otros seis la indicación fue fracaso del tratamiento médico. De los ocho tratados quirúrgicamente, en dos hubo resolución sin secuelas, en tanto que los otros seis (75%) quedando con déficit funcional importante.

El factor pronóstico más importante fué el tiempo de evolución entre el inicio de los síntomas y la instalación del tratamiento. Así, el grupo de pacientes que respondieron al tratamiento médico tenía una evolución promedio de 4.2 días, en tanto que en el grupo tratado quirúrgicamente fué de 64.8 días. La larga evolución del proceso séptico intraarticular del grupo quirúrgico sugirió que éste fué el factor que condicionó, por un lado, la falla al tratamiento médico en 6 pacientes, y, por otro, el pobre pronóstico (malo en el 75%).

CASOS CLINICOS

Se presentan algunos casos para destacar las características más importantes de la enfermedad.

Caso 1.- Artritis por Salmonella .

Paciente del sexo femenino de 25 años de edad, con lupus eritematoso generalizado manejado con prednisona a dosis de 30mgs diarios. En Marzo de 1981 fué hospitalizada por un cuadro de 5 semanas de evolución, caracterizado por fiebre, dolor abdominal, diarrea, cefalea, disuria y poliaquiuria. Dos semanas antes del ingreso se aisló *Salmonella* sp. en un urocultivo, por lo cual recibió Cotrimoxazol y cloramfenicol. Al no haber respuesta, se hospitalizó. Resultados de hemocultivos, urocultivos y coprocultivo fueron negativos. Las reacciones de aglutinación mostraron tífico "O" y "H" a títulos de 1:320. Se manejó con Cotrimoxazol a dosis útiles, siendo dada de alta 3 días después --

asintomática. Quince días después de su alta, en forma súbita notó fiebre, dolor, aumento de volumen y de temperatura en rodilla derecha. La punción de rodilla mostro líquido sinovial purulento; la tinción de Gram mostró bacilos Gram negativos; la cuenta de leucocitos fué de 38000, con 90% de polimorfonucleares. El cultivo mostro Salmonella grupo "D". Se manejó con ampicilina 6grs. I.V. diarios, y cloramfenicol. Su evolución fué satisfactoria; el cultivo del líquido sinovial se negativizó a los 20 días de tratamiento y la enferma fué dada de alta un mes después con ampicilina por vía oral por dos semanas más. La recuperación funcional fué total.

Comentario :

Este caso ejemplifica bien las características de artritis séptica por salmonella en la presente serie. Cinco de los 6 - pacientes eran inmunosuprimidos, 4 tuvieron daño articular previo, la vía de diseminación fué hematógena, y el cultivo clínico de -- artritis habitualmente fué precedido de un cuadro de salmonelosis. En este caso, la salmonella había sido aislada 15 días antes del -- cuadro articular, al igual que en otro paciente de esta serie en -- que había sido aislado tres meses antes. La respuesta al trata--- miento en esta paciente fué satisfactoria; sin embargo el pronósti co fué malo en tres de nuestros casos, dos tratados quirúrgicamente y uno con tratamiento médico.

Caso No.2. Artritis por Staphylococcus aureus.

Femenino de 45 años de edad, con síndrome de Pickwick y -- osteoartritis en rodillas. Cinco días antes de su ingreso notó una

lesión periungueal en dedo medio de la mano derecha; tres días antes de su ingreso presentó fiebre y dolor en rodilla izquierda, acompañado de aumento de volumen y temperatura, además de incapacidad para la deambulación.

A su ingreso se encontraba febril con paroniquia en dedo medio de mano izquierda. Se efectuó punción de rodilla obteniéndose líquido purulento; en la tinción de Gram se observaron abundantes cocos Gram positivos en racimos. El cultivo tanto de la rodilla como del dedo medio desarrolló S. aureus; sus hemocultivos fueron negativos. Se manejó con punciones diarias y clindamicina por 2 meses como tratamiento alternativo por alergia a penicilina. Disminuyeron los datos de inflamación en rodilla sin llegar a desaparecer; los cultivos de líquido sinovial fueron estériles un mes después del tratamiento. Sin embargo, la enferma fué incapaz de reanudar la deambulación, quedando con contractura en flexión de rodilla.

Comentario :

Staphylococcus aureus es el agente más frecuente de artritis séptica no gonocócica, siendo el causante de 60% de los casos de artritis séptica en niños (4) y de un 34% a 59% en adultos (1,2). Su incidencia es mayor en sujetos por arriba de los 40 años y con daño articular previo (5). Habitualmente su diseminación es hematógena y, como en este caso, existe un foco infeccioso extra-articular como origen de bacteremia. Su comportamiento es agresivo, dejando secuelas importantes. El aspecto interesante de este caso es la persistencia del proceso inflamatorio, aún cuando ya no es posible aislar la bacteria en la articulación. La explicación de este fenómeno es la formación de complejos inmunes intraar-

ticulares formados por material antigénico de la bacteria e inmunoglobulinas, lo que perpetúa el proceso inflamatorio (6).

Caso No.3. Artritis por Gram negativos.

Masculino de 75 años de edad, con osteoartritis de varios años de evolución; se operó por estenosis esofágica secundaria a hernia hiatal, con evolución postoperatoria caracterizada por fiebre. — Tres hemocultivos y de un catéter venoso fueron positivos para Klebsiella sensible sólo a amikacina, por lo que recibió este medicamento. Sin embargo, persistió febril. Tres semanas después presentó dolor en rodilla izquierda con aumento de volumen, detectándose también la presencia de quiste de Baker. Se puncionaron la rodilla y el quiste, obteniéndose material purulento en el que había bacilos Gram negativos; — el cultivo desarrolló Klebsiella con sensibilidad idéntica a la aislada previamente. El enfermo requirió drenaje quirúrgico del quiste y posteriormente drenaje quirúrgico de la articulación. Se manejó con amikacina y cefalotina por 4 semanas con desaparición de la fiebre y del cuadro articular, quedando sin secuelas.

Comentario :

La artritis por Gram negativos, aún cuando es rara, ha aumentado en frecuencia (2,7,8,9). Se caracteriza por presentarse en huéspedes inmunocomprometidos, de edad mayor a los 50 años habitualmente — con enfermedades malignas, diabéticos ó pacientes que reciben esteroides ó drogas citotóxicas (7).

Estos mismos factores son los predisponentes para bacteremias por Gram negativos (10). El sitio de origen -- más frecuente es infección de vías urinarias ó, como en este caso, bacteremia por catéter. La evolución habitual es mala con mortalidad de 25% y secuelas en el 21%(7). En el caso presentado es probable que el pronóstico mejorara dado que no existían factores de inmunosupresión importantes aparte de la edad.

Caso No.4 Artritis con cultivos negativos.

Masculino de 75 años de edad, con artritis reumatoide de 6 años de evolución, bronquítico crónico. Un mes antes de la artritis séptica fué hospitalizado por neumonía basal derecha, con cultivo de expectoración en que creció Staphylococcus epidermidis, se manejó por 10 días con cefalotina, -- resolviéndose ese problema; se le indicó tomar cotrimoxazol como profilaxis de bronquitis crónica.

Doce horas antes de su ingreso presentó dolor e -- inflamación en codo y muñeca derecha había dolor intenso a la movilización y aumento de temperatura en la zona. Al punccionarse se obtuvo material purulento de ambas articulaciones, que en la tinción de Gram demostró contener cocos Gram positivos; sin embargo, el cultivo fué negativo. Recibió dicloxacilina y gentamicina parenterales durante un mes, resolviéndose su problema.

Comentario :

La presencia de cultivos negativos en pacientes con artritis séptica no invalida este diagnóstico. En esta serie se presentaron tres casos que tenían en común el --- antecedente de recibir antibióticos previos a la punción - articular. Newman enfatiza este hecho encontrándolo hasta en un 38% de sus casos (3).

Este caso también ejemplifica el cuadro clínico - de artritis séptica poliarticular en enfermos con artritis reumatoide, la que se ve en 35% de pacientes. Aún cuando el agente causal no fué aislado, el hallazgo de cocos Gram positivos en la tinción sugiere que se trató de estafilococo, ya que es el patógeno más frecuente (77%) en infecciones - articulares en artritis reumatoide (6).

Caso No.5 Artritis por Nocardia.

Camposino de 19 años de edad, con evolución de 4 -- años de lesiones dérmicas, úlceras y fistulas en cara poste- rior de pierna izquierda. Tres meses antes de su ingreso - notó fiebre, dolor en rodilla izquierda, aumento de volumen e incapacidad funcional. Se efectuó punción articular, ob- teniéndose material purulento; la tinción de Gram no mos- tró bacterias y en el cultivo hubo desarrollo de Nocardia sp. El paciente fué llevado a cirugía, encontrándose una -- sinovia intensamente engrosada, con un absceso perisinovial. Se efectuó sinovectomía, demostrándose en la sinovia gránu--

los típicos de lesiones por actinomicetos. Ha sido manejado con estreptomycin y cotrimoxazol, con lo que las lesiones dérmicas han involucionado y, aún cuando persiste limitación en la flexión de rodilla, su mejoría es progresiva. El seguimiento ha sido de 6 meses.

Comentario :

Este es un caso poco usual de infección articular. En la literatura revisada sólo recientemente se ha publicado un caso de artritis séptica por Nocardia asteroides en un enfermo con trasplante renal y nocardiosis diseminada (11). -- Existe otro caso similar publicado en 1960, pero secundario a Cephalosporium (12). El caso demuestra la diseminación por contigüidad de una lesión en partes blandas a la articulación.

D I S C U S I O N

Hemos encontrado en nuestra población una predisposición importante para el desarrollo de artritis séptica, lo que está en relación a factores del huésped bien conocidos y comentados en artículos previos (1,2,13). Estas son enfermedades malignas, uso de esteroides ó medicamentos citotóxicos,

diabetes mellitus, cirrosis hepática y enfermedades reumatológicas graves. Un buen ejemplo de ello lo constituye el grupo de pacientes con lupus eritematoso generalizado que en esta serie incluye seis enfermos. Los factores predisponentes en este grupo son el uso de medicamentos inmunosupresores que va en relación directa con infección --- (14), y el daño articular previo, que es el factor permisivo para el implante de bacterias (15,16). Asociado íntimamente al defecto en la respuesta inmune, el tipo de gérmenes productores de A,S, cambia y así se hacen más frecuentes infecciones articulares por gérmenes anteriormente poco comunes, como son los Gram negativos (9,13). Nuestra serie es, de las publicadas en años recientes, la que presenta un mayor aislamiento de bacterias Gram negativas, -- con un 38% en comparación con las series de Rosenthal y - Goldenberg en las cuales la frecuencia fué del 26% (1,2).

La artritis por salmonella merece ser analizada como un grupo especial, ya que por sí sola constituyó el - 25% del total. Esta se ha considerado una complicación -- grave aunque poco habitual de infecciones por salmonella, siendo del 0.27% (21). En diversas series no hay casos secundarios a salmonella (1,15,18), aún en aquellas que analizan artritis por Gram negativos (9). Puede presentarse como A S clásica, con material purulento como en pacientes con hemoglobina SS y SC (19,22), aunque éste no es un factor indispensable para su desarrollo (20,21). También puede presentarse como artritis reactiva asociada a la presencia del antígeno de histocompatibilidad HLA B27 (23). - En los casos de A S clásica el serotipo es habitualmente no Tiphly, predominando Salmonella cholera suiss, el grupo

C(9), y casos aislados de S.typhimurium y S.heildenberg(1). Algunos autores piensan que su comportamiento es agresivo (13), en tanto que otros lo mencionan similar al de gonococo (20).

La experiencia de los casos presentados en esta serie sugiere que en la bacteremia por salmonella en huésped inmunocomprometido un sitio frecuente de focalización de la infección son las articulaciones, el comportamiento es agresivo, y no predomina algún serotipo de salmonella de finido.

Otro hallazgo de la presente serie digno de mencionarse es la ausencia de Neisseriae gonorrhoeae como agente causal de A S, ya que estos casos no fueron excluidos en forma intencional. Este hecho puede sugerir una selección de la población o bien una baja susceptibilidad de la población mexicana al desarrollo de infección diseminada, ó aún diferencias en la patogenicidad de las cepas que provocan la infección, ya que comparativamente en la literatura inglesa la artritis séptica por gonococo es la más frecuente en adultos en la población general (5,24,25).

Previamente había sido descrito que en pacientes con leucopenia el líquido sinovial mostraba gran número de leucocitos (7). Este curioso hecho estuvo presente en uno de nuestros casos, en quien existía leucopenia de $1,400/\text{mm}^3$ y en el líquido articular la cuenta de leucocitos fué de $72\ 000/\text{mm}^3$. En la literatura se ha mencionado que la tinción de Gram demuestra bacterias en un 50 a un 60% de los

casos (2,26). En nuestra serie se encontraron bacterias en el 96% de los casos, y demostró ser un procedimiento de gran utilidad diagnóstica, sobre todo en pacientes con cultivos negativos.

La cadera es una de las articulaciones que con mayor frecuencia son afectadas en A S ,principalmente en niños y en pacientes con prótesis de esta articulación (4,6). En nuestro grupo sólo un paciente presentó afección de cadera, y la explicación de este hecho es que en nuestro hospital no se atiende la población con las características mencionadas.

El tratamiento exitoso de la A S va en relación directa al diagnóstico temprano, factores del huésped, factores de virulencia de la bacteria, tratamiento antibiótico específico, y otras medidas como son la aspiración frecuente de la articulación o bien tratamiento quirúrgico oportuno en caso de falla al tratamiento conservador (6,27). Es recomendable que el tratamiento con antibióticos sea específico y por vía parenteral, para alcanzar concentraciones altas de antibióticos con capacidad suficiente para inhibir el crecimiento bacteriano, teniendo en cuenta que, en general, el paso de antibióticos al líquido articular es suficiente y no requiere la aplicación articular del medicamento (27).

El diagnóstico temprano es tal vez uno de los factores aislados que influyen en forma más directa en el pronóstico (2,15,18). Fue aparente que en pacientes con tiempo más prolongado de evolución sin recibir tratamiento adecuado el tratamiento médico fracasó y, en consecuencia, el pronóstico fue más sombrío.

B I B L I O G R A F I A

- Roshental J., Bole G., Robinson W. Acute nongonococcal infectious arthritis. *Arthritis Rheum.* 23:889, 1980.
- Goldenberg D.L., Cohen A.S. Acute infectious arthritis. A review of nongonococcal joint infections. *Am. J. Med.* -- 60: 369-377, 1976.
- Newman J.H. Review of septic arthritis throughout the -- antibiotic era. *Ann. Rheum Dis.* 35:198, 1976.
- Paterson D.C. Acute suppurative arthritis in infancy -- and childhood. *Journal of Bone and Joint surgery.* 52B, -- 474, 1970.
- Garcia Kutzbach A., Masi A.T. Acute infections agents - arthritis: A detailed comparison of proved gonococcal and other blood borne bacterial arthritis. *Journal of Rheumatology.* 1:93, 1974.
- Wolski P.K. Staphylococcal and other gram positive coccal arthritides. *Clinics in rheumatic Diseases.* 4:181, 1978.
- Goldenberg et al. Acute arthritis caused by gram negative bacilli. *Medicine (Baltimore)* 53:197, 1974.
- Gram negative infective polyarthritis. *Edit. Lancet* ---- 1:203, 1974.
- Bayer et al Gram negative bacillary septic arthritis: - Clinical, Radiographic, therapeutic and prognosis features. *Seminars in arthritis and rheumatism* 7:123, 1977.
- Kreger et al. Gram Negative Bacteremia. III. Reassessment of Etiology y Epidemiology and Ecology in 612 patients. *Am. J. Med.* 68:312, 343, 1980.
- Rao K.Y., O'Brien T.J., Anderson R.A. Septic arthritis -- due to *Nocardia Asteroides* after succesful kidney ----- trasplantation. *Arthritis Rheum.* 24:99-101, 1981.
- Ward et al. *Cephalosporium* arthritis. Staff Meeting, Mayo Clinic. 36:337-343, 1961.
- Goldenberg D.L., Cohen A.S. Arthritis due to gram negative bacilli. *Clinics in rheumatic Diseases.* 4:197, 1978.

14. Ginzler E., Diamond H., Kaplan D. et al. Computer analysis of factor influencing frequency of infection in Sistemic Lupus Erythematosus. Arthritis Rheum. ---- 21:37,1978.
15. Kelly P.K., Martin, Coventry. Bacterial suppurative ---- arthritis in the adult. J. Bone, Joint, Surg. 52A, 1995, 1970.
16. Quismorro F.D., Dubois E.L. Septic arthritis in systemic lupus erythematosus. J. Rheumatol. 2:73, 1975.
17. Warren C.P.W. Arthritis associated with salmonella ---- infections. Ann. Rheum Dis. 29:483, 1970.
18. Chartier V., Martin W.J. Kelly P.G.: Bacterial Arthritis: experience in the treatment of 77 patients. Ann. Intern. Med. 50: 1462, 1959.
19. Digs L.W. Bone and Joint lesions in sickle-cell disease. Clin. Orthop. 52:119-143, 1967.
20. Ortiz Neu et al. Bone and joint infections due to ----- salmonella. J. Infect. Dis. 138:820, 1978.
21. David J.R., Black R.L. Salmonella arthritis. Medicine --- (Baltimore) 39:385-403, 1960.
22. Senara H., Gorry F. Orthopedic aspects of sickle cell -- anemia and allied hemoglobinopathies.
23. Olgagen B. Postinfective or reactive arthrit : Scand. J. Rheumatology 193:202, 1980.
24. Schmid F.R. Principles of diagnosis and treatment of -- infections arthritis Philadelphia: Lea and Febiger, --- 1980.
25. Eisenstein B.I., Masi T.A. Disseminated gonococcal ----- infection and gonococcal arthritis: I Bacteriology, --- epidemiology, host factors, pathogen factors, and pathology. Seminars in arthritis and Rheumatism. 10:155-196, 1981.
26. Goldenberg D.L., Cohen A.S. Arthritis due to gram negative bacilli. Clinics in rheumatic Diseases. 4:197, 1978.
27. Ccorke J.T. The Antibiotic Therapy of Septic Arthritis. Clin. in Rheum. Dis. 4:133, 1978.

TABLA I

Artritis Séptica

FACTORES PREDISPONENTES

	No.de Casos
A.- Enfermedades Reumatológicas :	
- Lupus Eritematoso Sistémico.....	6
- Síndrome de sobreposición.....	1
- Artritis Reumatoide.....	1
B.- Enfermedades Hematológicas:	
- Leucemia.....	2
- Mieloma Múltiple.....	1
- Anemia Aplástica.....	1
C.- Otras :	
- Diabetes Mellitus.....	4
- Hepatopatías.....	2
- Carcinoma Gástrico.....	1
	<hr/>
Total de Casos	19

Artritis Séptica TABLA II
ORIGEN DE LA INFECCION ARTICULAR

	No.de Casos	
POR CONTIGUIDAD	4	(25%)*
- Infección de partes blandas	4	
POR VIA HEMATOGENA	11	(73%)*
- Bacteremia primaria	5	
- Endocarditis	1	
- Infección de partes blandas distantes	2	
- Infección de Vías Urinarias	1	
- Neumonía	1	
- Osteomielitis distante	1	

*()% de pacientes que tuvieron un sitio de origen demostrable

TABLA III

Artritis Séptica

ARTICULACIONES AFECTADAS

	No. Pacientes
MONOARTICULAR	
Rodilla	13
Codo	3
Hombro	3
Coxo-femoral	1
Témporo-mandíbular	1
POLIARTICULAR	
Muñeca y Codo	2
<u>Tobillo, rodilla y codo</u>	<u>1</u>
T o t a l	28

TABLA IV

Artritis Séptica

GERMENES AISLADOS

GERMENES AISLADOS	NO.	%
BACTERIAS GRAM POSITIVAS	12	57
Staphylococcus	9	42.8
Aureus	6	
Epidermidis	3	
Streptococcus pneumoniae	1	
Nocardia sp	1	
Peptococcus	1	
BACTERIAS GRAM NEGATIVAS	9	42.8
Salmonella	6	
Grupo D	3	
Grupo B	2	
Grupo A	1	
Klebsiella pneumoniae	1	
Enterobacter cloacae	1	
Escherichia coli	1	
T o t a l	21	100%

* % Del total de cultivos positivos

TABLA V

Artritis Séptica

RESPUESTA AL TRATAMIENTO MEDICO

RESPUESTA	NO.	%
SOLUCION SIN SECUELA	10	(50)
SOLUCION CON SECUELA	4	(20)
FALLA DEL TRATAMIENTO	6	(30)

T O T A L	20	(100)
-----------	----	-------

TABLA VI

Artritis Séptica

TRATAMIENTO QUIRURGICO

INDICACION	No.	C/SECUELAS	S/SECUELAS
PRIMARIA	2	2	0
POR FALLA AL TRATAMIENTO MEDICO	6	4	2
T O T A L	8	6 (75) *	2 (25)

* (8)