

Osteomielitis aguda y artritis séptica



Diagnóstico y posibilidades terapéuticas

Àngela Rico Rodes
Residente 1er año de Pediatría
Sección Lactantes
Tutora: M^a Carmen Vicent

25 febrero de 2015

Índice



1. Introducción
2. Epidemiología
3. Etiología
4. Manifestaciones clínicas
5. Artritis séptica (AS)
6. Osteomielitis aguda (OmA)
7. Protocolo
8. Conclusiones

Introducción



¿Qué es la **osteomielitis aguda**?



Inflamación del hueso causada por una infección bacteriana o fúngica

¿Qué es la **artritis séptica**?



Es la infección del espacio articular, suelen ser infecciones bacterianas

Epidemiología



Prevalencia **22 casos/ 100.000** niños

50% <5 años y el **25%** en < 2 años

AS	OmA
4 casos/ 100.0000 niños	2-13 casos/ 100.000 niños
monoarticulares	unifocal
miembros inferiores	metáfisis huesos largos

Etiología



< 3 meses

- S. aureus
- S. agalactie
- Enterobacteria

3m-5a

- S. aureus
- Kingella kingae
- S. pyogenes
- S. pneumoniae

>5 años

- S. pyogenes
- S. aureus

Etiología en situaciones de riesgo



Herida punzante pie	Pseudomona aeruginosa
Varicela y heridas	S. pyogenes
Drepanocitosis	Salmonella enteriditis
Déficit de complemento	Neisseria meningitidis
Inmunodeficiencias, paciente con prótesis o material de osteosíntesis	Saphylococcus coagulasa negativos Candida spp
Agammaglobulinemia	Mycoplasma pneumoniae
Enfermedad granulomatosa crónica	S.aureus, Serratia marcescens, Apergillus fumigatus
Pacientes procedentes de países endémicos de tuberculosis. Tratamientos con inmunomoduladores biológicos que interfieren con el interferón	Mycooplasma tuberculosis

Manifestaciones clínicas



	AS	OmA
Síntomas generales	<14 días de evolución Inespecíficos Fiebre 62-72%	
Síntomas Locales	Dolor localizado Disminución de la movilidad Postura antiálgica	
	Superficial: Signos inflamatorios sin eritema	Signos inflamatorios con eritema
	Profunda: No hay signos inflamatorios	

Artritis séptica



Artritis séptica

Diagnóstico



- **Exploración física y anamnesis**

- **Laboratorio**

- Hemograma
- Reactantes de fase aguda

- **Microbiología**

- Hemocultivo
- Análisis y cultivo del líquido articular

Líquido articular	Normal	Séptico	Inflamatorio	Traumático
Color	Claro	Turbio	+/-	+/-
Leucocitos/mm ³	< 200	> 50.000	20.000-50.000	10-25.000
Neutrófilos %	< 25	> 90	50-80	10-30
Glucosa mg/ml	80-100	< 20	20-50	> 50
Formación de coágulo	Bueno	Pobre	Pobre	Bueno

Diagnóstico



- **Exploración física y anamnesis**

- **Laboratorio**

- Hemograma
- Reactantes de fase aguda

- **Microbiología**

- Hemocultivo
- Análisis y cultivo del líquido articular

- **Pruebas imagen**

- Rx simple
- Ecografía
- RMN



Diagnóstico



- **Exploración física y anamnesis**

- **Laboratorio**

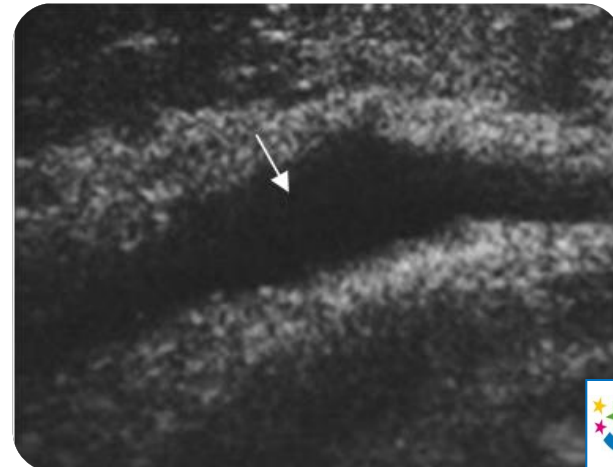
- Hemograma
- Reactantes de fase aguda

- **Microbiología**

- Hemocultivo
- Análisis y cultivo del líquido articular

- **Pruebas imagen**

- Rx simple
- Ecografía
- RMN



Diagnóstico



- **Exploración física y anamnesis**

- **Laboratorio**

- Hemograma
- Reactantes de fase aguda

- **Microbiología**

- Hemocultivo
- Análisis y cultivo del líquido articular

- **Pruebas imagen**

- Rx simple
- Ecografía
- RMN



Tratamiento



Evacuación del derrame articular y lavado

Antibioterapia

Tratamiento



Evacuación del derrame articular y lavado

- **Artrocentesis** (primera elección)
- **Artrotomía**
 - >6 días de evolución
 - PCR > 10mg/dl
 - > 15.000 neutrófilos/mm³
 - VSG >50mm/h
 - Hombro y cadera

Osteomielitis aguda



Infección
en el hueso

Diagnóstico



- **Exploración física y anamnesis**

- **Laboratorio**

- Hemograma
- Reactantes de fase aguda

- **Microbiología**

- Hemocultivo
- Punción ósea

- Mala evolución
- Absceso
- Osteomielitis crónica

- **Pruebas imagen**

- Rx simple
- Ecografía
- RMN
- Gammagrafía ósea

Diagnóstico



- **Exploración física y anamnesis**

- **Laboratorio**

- Hemograma
- Reactantes de fase aguda

- **Microbiología**

- Hemocultivo
- Punción ósea

- **Pruebas imagen**

- Rx simple
- Ecografía
- RMN
- Gammagrafía ósea



Diagnóstico



- **Exploración física y anamnesis**

- **Laboratorio**

- Hemograma
- Reactantes de fase aguda

- **Microbiología**

- Hemocultivo
- Punción ósea

- **Pruebas imagen**

- Rx simple
- Ecografía
- RMN
- Gammagrafía ósea



Diagnóstico



- **Exploración física y anamnesis**

- **Laboratorio**

- Hemograma
- Reactantes de fase aguda

- **Microbiología**

- Hemocultivo
- Punción ósea

- **Pruebas imagen**

- Rx simple
- Ecografía
- RMN
- Gammagrafía ósea



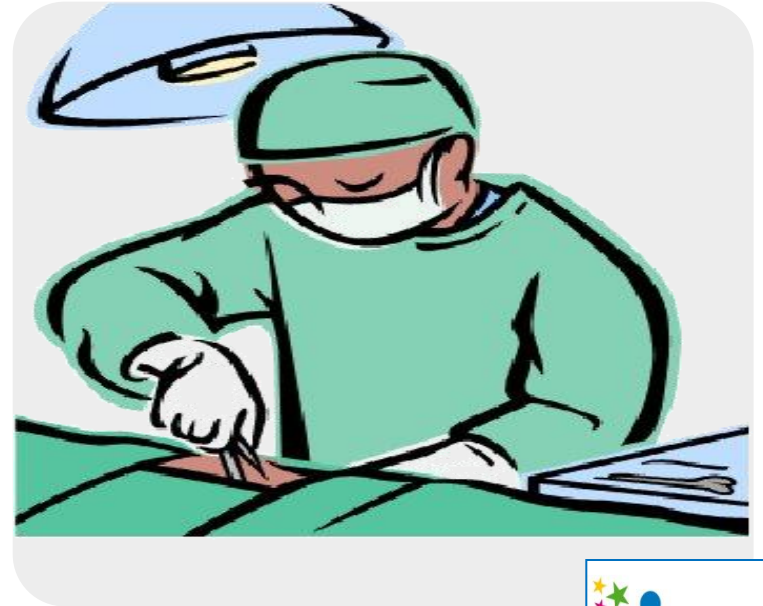
Tratamiento



Antibioterapia

Drenaje quirúrgico

- Colección o secuestro óseo
- No mejoría tras 48-72h de AB iv
- OmA no hematógena



Antibioterapia AS y OmA

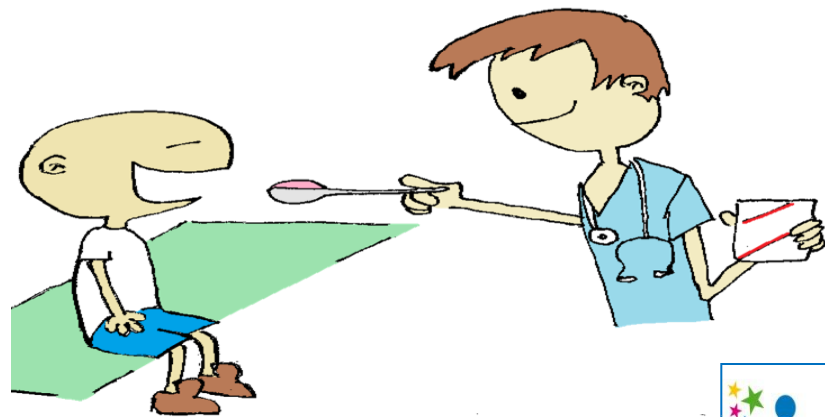


Antibioterapia

- Desaparece fiebre
- Mejora clínica
- Disminución PCR

2-5 días

10-14 días/ 20 días



Tratamiento



Tratamiento empírico inicial i.v

< 3m	Cloxacilina + cefotaxima/gentamicina
3m-5años	Cefuroxima o cloxacilina + cefotaxima Alternativa: amoxicilina-clavulánico
>5 años	Cefazolina o cloxacilina
Adolescentes sexualmente activos	Penicilina G o Ceftriaxona

Tratamiento empírico inicial v.o

< 3m	Cefuroxima-axetilo Alternativa: amoxicilina-clavulánico
3m-5años	Cefuroxima-axetilo Alternativa: amoxicilina-clavulánico
>5 años	Cefadroxilo o cefuroxima-axetilo

Protocolo



¿Sospecha infección osteoarticular?

Si

Pruebas complementarias

Hemograma + reactantes de fase aguda
Hemocultivo
Rx simple y ECO ósea y articular

¿Sospecha de **artritis séptica**?

Si

Ingreso hospitalario
Artrocentesis o artrotomía
Antibioterapia intravenosa 2-5 días

¿Mejoría clínica y analítica?

Si

Antibioterapia **10-14 días** vía oral
Evaluación a los 5-7 días
Evaluación al terminar el tratamiento
Evaluación un mes tras finalizar tratamiento

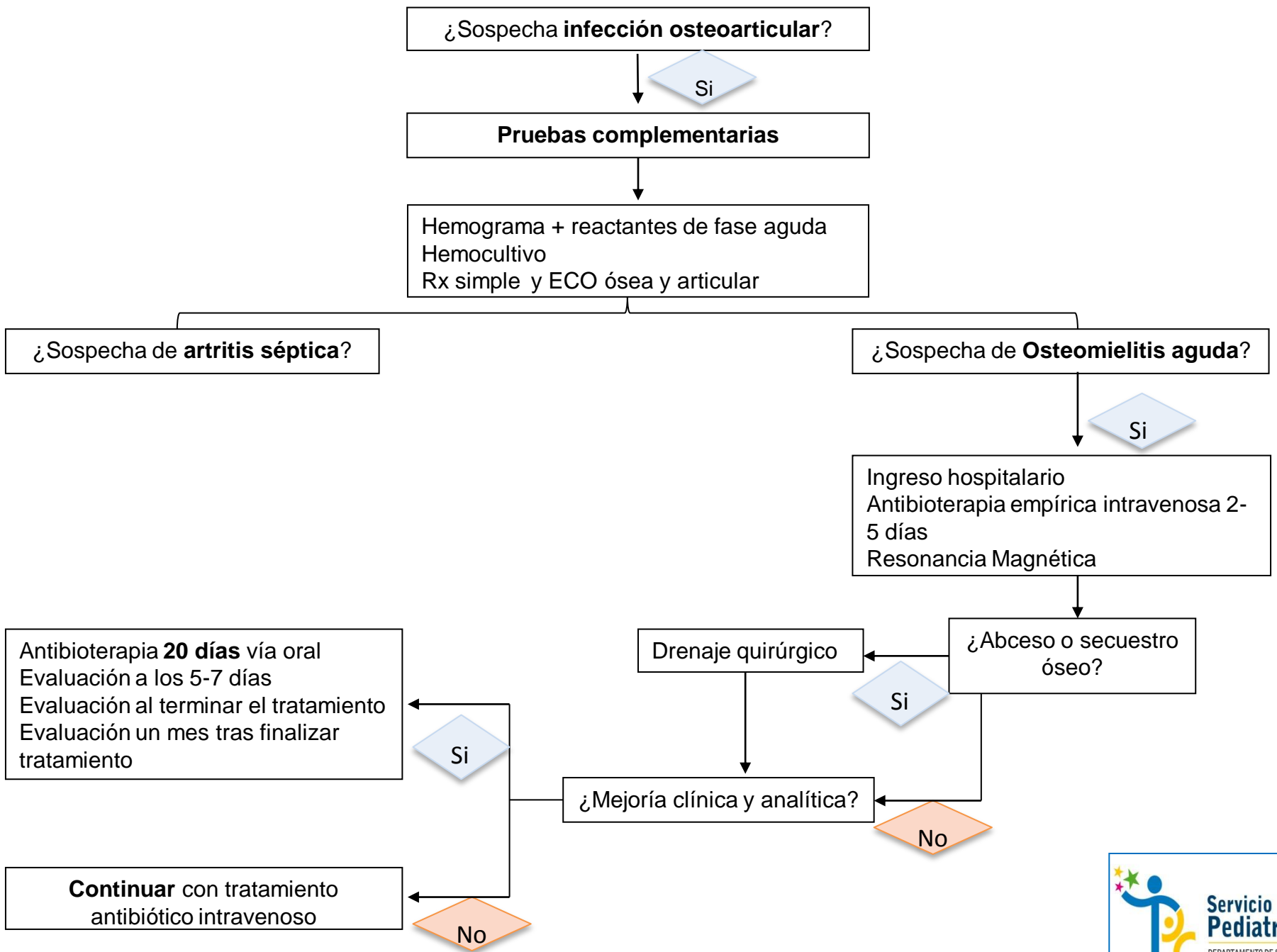
No

Continuar con tratamiento
antibiótico intravenoso

Evolución tórpida

RMN

¿Sospecha de **Osteomielitis aguda**?



Conclusiones



- Constante crecimiento del sistema musculo-esquelético
- Más frecuentes en la infancia (<5 años)
- Aumento del número de casos de OmA
- Causa más frecuente es la siembra hematógica
- Siempre requieren ingreso
- La prueba diagnóstica de elección es la Ecografía en AS y RMN en OmA
- Tratamiento más conservador
- Individualizar