



ARTRITE SÉPTICA

curso • Ortopedia

SUMÁRIO

1. Introdução.....	3
2. Vias de Infecção	5
3. Agentes Etiológicos	6
4. Diagnóstico Clínico e Exames Complementares	7
5. Conduta e Tratamento	9



Artrite Séptica

• Introdução

Artrite séptica, também chamada de piodartrite ou artrite infecciosa, é a infecção intra-articular, sendo demonstrada através da presença de bactéria no líquido sinovial.

A infecção intra-articular destrói a cartilagem hialina por um processo de condrólise química. As enzimas proteolíticas produzidas pelas bactérias levam inicialmente a perda de matriz cartilaginosa (ação condrolítica), seguida pela perda de colágeno cartilaginoso e no aumento da pressão intraarticular. Por isso, é de suma importância a identificação rápida da doença e o tratamento adequado. A tabela 1 mostra os riscos da artrite séptica.



Tabela 1. Riscos imediatos e tardios (sequela) da infecção articular não tratada ou tardiamente tratada.

Riscos Imediatos	Riscos Tardios
<ul style="list-style-type: none"> - Sepses (Infecção sistêmica) - Disfunção múltipla de órgãos (septicemia) - Aumento da pressão intraarticular e aumento do volume do líquido sinovial - Osteomielite aguda - Necrose avascular da cabeça femoral (quando ocorre no quadril)* - Subluxação ou luxação da articulação 	<ul style="list-style-type: none"> - Osteomielite crônica - artrose pós-infecciosa - anquilose articular

* No quadril, o aumento da pressão intraarticular, irá colapsar os vasos epifisários, responsáveis pela vascularização da epífise do fêmur proximal, podendo resultar na necrose avascular da cabeça femoral.



• Vias da Infecção

A piodartrite pode ocorrer pelas vias de:

1. Disseminação hematogênica: é a via mais comum. Ocorre por uma bacteremia, surgida por um foco distante, seja pele, orofaringe ou qualquer outro.
2. Disseminação por contiguidade: uma infecção próxima a articulação e ao líquido sinovial. Por exemplo, a osteomielite metafisária, que é uma infecção bacteriana na porção de osso metafisário que pode estar em contato com a porção intraarticular, permitindo a passagem de bactérias. Ou ainda, infecções cutâneas como a celulite, em topografia próxima a articulação.
3. Disseminação por inoculação direta: como pode ocorrer por iatrogenia (punção articular) ou através de um trauma direto.



• Agentes Etiológicos

O principal agente envolvido é o *Staphylococcus aureus*, mas importante destacarmos que em algumas circunstâncias de saúde e de idade encontraremos outros agentes de destaque como na tabela 2 abaixo.

Tabela 2. Principais agentes etiológicos envolvidos nas diferentes idades e circunstâncias.

Recém-Nascido	<i>S. aureus</i>
Menores de 2 anos	<i>S. aureus</i> e <i>H.influenzae</i>
Maiores de 2 anos	<i>S. aureus</i>
Adulto jovem	<i>N. gonorrhoeae</i>
Idosos	<i>S.aureus</i> , <i>S.epidermidis</i> , Cocos Gram +
Usuários de drogas injetáveis	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>
Artrite Reumatóide	<i>S. aureus</i>
Imunossuprimidos	<i>S.aureus</i>
Hemoglobinopatia / anemia falciforme	<i>S.aureus</i> , <i>Salmonella spp.</i> , Bacilos Gram -

Fonte: West J Emerg Med. 2019 Mar; 20(2):331-341
emedicine.medscape.com/article/236299-overview



• Diagnóstico Clínico e Exames Complementares

1. Manifestações clínicas

- Febre
- Dor intensa na articulação, geralmente é uma monoartrite (acomete apenas uma articulação);
- Bloqueio do arco de movimento articular;
- Posição antálgica, geralmente em posição semifletida, momento em que a capsula articular está mais relaxada;
- Sinais flogísticos na articulação acometida: edema, calor e hiperemia;
- Derrame articular;



2. Exames complementares

Hemograma Completo	leucocitose com desvio a esquerda / Bastonemia;
VHS e PCR	Estarão aumentados. O VHS > 20mm, com picos no 3º dia > 60mm;
Hemocultura	Cultura e antibiograma colhidos em 3 locais diferentes;
Radiografias	Presença de aumento do espaço articular;
USG	Aumento do líquido articular; presença de grumos;
Cintilografia com tc99	Hipercaptação na 1ª e 3ª fases;
Punção articular	Bacterioscopia, cultura e antibiograma do líquido sinovial; Considerado o <u>padrão ouro</u> para o diagnóstico

3. Diagnóstico Diferencial:

a. Sinovite transitória



- b. Sinovite reativa
- c. Osteomielite
- d. Celulite
- e. Psoite
- f. Doença de Lyme

• Conduta e Tratamento

Com a suspeita de artrite séptica, após a coleta de exames laboratoriais e hemocultura, devemos iniciar a antibioticoterapia empírica venosa, sendo a primeira escolha empírica a oxacilina de 8-12 g/dia (Crianças: 200mg/Kg por dia, divididos de 6/6hs. Adulto: 2g de 6/6hs), por 2 a 3 semanas, sendo continuado por mais 2-3 semanas por via oral em domicílio, dependendo da melhora clínica gradual do paciente.

Além da antibioticoterapia empírica, as articulações maiores (ombro, joelho e principalmente o quadril) necessitarão de abordagem cirúrgica de emergência,



com drenagem do líquido sinovial infectado e lavagem extensa com soro fisiológico 0,9% em abundância.

A punção articular poderá ser feita nos casos de dúvida, para auxiliar o diagnóstico, evidenciando um líquido sinovial purulento, de aspecto leitoso, com pH ácido, rico em polimorfonucleares e pobre em glicose.

A cura gradual da infecção é observada com a melhora clínica gradual do paciente, e com a melhora laboratorial, tendo redução da leucocitose, do PCR e do VHS.

