

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Original

Artritis séptica politópica: análisis de 19 casos

Lourdes Mateo Soria*, Alejandro Olivé Marqués, Elisabet García Casares, Emma García Melchor, Susana Holgado Pérez y Xavier Tena Marsà

Sección de Reumatología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de marzo de 2008
Aceptado el 26 de junio de 2008

Palabras clave:

Poliartritis séptica
Infección poliarticular
Embolia séptica

RESUMEN

Objetivo: el 15% de las artritis sépticas corresponde a formas poliarticulares, si bien son escasas las series publicadas. Evaluamos las características de los enfermos con artritis séptica poliarticular recogidos en un servicio de reumatología.

Material y método: análisis retrospectivo de las artritis piógenas con afección oligoarticular o poliarticular. Se incluye únicamente a los enfermos con aislamiento del germen en el líquido articular. Se analizan las variables clínicas, analíticas y radiológicas de la serie.

Resultados: se registraron 19 casos (14 varones y 5 mujeres) con una media de edad de 55 años. La media del tiempo hasta el diagnóstico fue 6 días. La articulación afectada con mayor frecuencia fue la rodilla, seguida del tobillo. La media de focos infecciosos por paciente fue 3 (intervalo, 2-6). Los factores de riesgo más frecuentes fueron la diabetes mellitus, la insuficiencia renal crónica, la hepatopatía crónica, la gota y la artritis reumatoide. Los gérmenes aislados fueron *Staphylococcus aureus* (47%), *S. agalactiae* (21%) y bacilos gramnegativos. Los hemocultivos fueron positivos en el 52,6%, y el 15,8% presentó shock séptico. La gammagrafía con ⁹⁹Tc mostró la afección politópica cuando fue realizada. La duración media del tratamiento antibiótico fue 46 ± 27 días. La evolución fue satisfactoria en el 52,6% y tórpida en el 26%, con mortalidad del 15,8% (3 casos). Se realizó artrotomía en el 21%.

Conclusiones: la presencia de oligoartritis o poliartitis no excluye el diagnóstico de artritis infecciosa. Entre los factores de riesgo destacan las artropatías inflamatorias previas. *S. aureus* es el microorganismo causal más frecuente. La morbilidad y la mortalidad de esta forma de infección articular son importantes, por lo que debe mantenerse un alto índice de sospecha y realizar una exploración sistemática de todas las articulaciones.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Polyarticular septic arthritis: analysis of 19 cases

ABSTRACT

Keywords:

Polyarticular septic arthritis
Infectious arthritis
Septic embolism

Objective: polyarticular septic arthritis accounts for 15% of all septic arthritis, but there are few references in the literature. We describe characteristics of patients with polyarticular septic arthritis in a rheumatology service.

Patients and method: retrospective analysis of patients with septic arthritis involving more than one joint. Only patients with positive culture of synovial fluid were included. Clinical, analytical and radiological variables are reviewed.

Results: 19 patients (14 male) had a polyarticular infection. Mean age was 55 years. Mean time from onset to diagnosis was 6 days. The knee was the most commonly involved joint, followed by ankle. The mean number of joints involved per patient was 3. Risk factors included diabetes, chronic renal or hepatic disease, gout and rheumatoid arthritis. Most commonly isolated agents were *S. aureus* (47%) and *S. agalactiae* (21%). Blood cultures were positive in 52,6% and 15,8% had septic shock. Scintigraphic bone scan showed a polyarticular uptake. Mean duration of antibiotic therapy was 46 ± 27 days. Clinical outcome was good in 52,6%, complicated in 26%, and mortality rate was 15,8% (3 cases). Joint debridement was performed in 21%.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lmateo.germanstrias@gencat.net (L. Mateo Soria).

Conclusions: multiple joint involvement does not exclude the diagnosis of septic arthritis. Inflammatory arthritis is an important risk factor. *S. aureus* in the main infectious agent. The morbidity and mortality of this condition are important, so we need to maintain a high index of suspicion for the condition.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La artritis bacteriana es considerada una urgencia médica con importante morbilidad y mortalidad, particularmente en presencia de varias articulaciones afectadas, tanto por la gravedad de la infección como por el retraso en el diagnóstico que se produce. Aproximadamente el 15% de los casos de artritis séptica recogidos en las series publicadas corresponden a formas poliarticulares^{1,2}, si bien son escasas las referencias específicas de esta forma clínica. La mitad de ellas se producen en pacientes con artritis reumatoide (AR) y el resto en sujetos con enfermedades crónicas o con alteraciones del sistema inmunitario. La infección poliarticular es poco frecuente en el adulto sano, con excepción de la afección oligoarticular o poliarticular de la enfermedad gonocócica. Aunque *Staphylococcus aureus* es el agente infeccioso más comúnmente implicado, la enfermedad de base del paciente puede condicionar el predominio de otros gérmenes como estreptococos y bacilos gramnegativos.

El objetivo del presente trabajo es evaluar las características de los pacientes con artritis séptica de varias articulaciones que se han recogido en nuestro hospital, atendiendo particularmente a la forma de presentación y el pronóstico. No hay datos en literatura hispana de artritis séptica poliarticular, hecho que justifica el presente estudio.

Pacientes y método

Se ha realizado un análisis retrospectivo de las artritis sépticas de localización periférica registradas en una sección de reumatología, en el ámbito de un hospital universitario que atiende a una población de referencia de unos 700.000 habitantes. Se realizó un estudio de todas las artritis piógenas codificadas (código IV A1 de la clasificación ACR)³ en el registro del servicio desde 1985 hasta 2007 (base de datos con codificación de diagnósticos). Se seleccionaron para los fines del estudio los casos con afección de más de una articulación periférica, que definimos como artritis séptica politópica, tanto los casos oligoarticulares como los poliarticulares. Se incluyó también a los pacientes con afección simultánea de articulaciones periféricas y axiales, pero se excluyó a aquellos con infección exclusiva del esqueleto axial. El criterio microbiológico de inclusión fue el aislamiento del germen en el líquido articular. Se excluyeron los casos producidos por micobacterias, brucelas y hongos.

Las variables registradas incluyeron: edad, sexo, factores de riesgo de infección, localizaciones de la infección osteoarticular, puerta de entrada, fiebre (temperatura axilar > 37 °C), tiempo transcurrido hasta el diagnóstico (días), clínica de bacteriemia, tinción de Gram y cultivos del líquido articular, hemocultivos, presencia de otros focos sépticos (como endocarditis), tratamiento antibiótico realizado (vía de administración, dosis y duración), realización de artrotomía, evolución, secuelas de la movilidad articular y complicaciones intercurrentes.

Se revisaron las radiografías o los informes radiológicos correspondientes al diagnóstico en los casos en que ello fue posible. En los casos en los que estaban disponibles, se revisaron las imágenes de gammagrafía y de resonancia magnética.

El método es descriptivo y se comparan los resultados con las principales referencias de la literatura médica. Se realiza además una comparación de medias entre los subgrupos de enfermos con reumatismo previo y sin él, así como entre los enfermos con y sin factores de riesgo reconocidos para la infección articular (prueba de la t de Student).

Resultados

Entre 1985 y diciembre de 2007, en la Sección de Reumatología del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol de Badalona, se registraron 19 enfermos con infección osteoarticular con afección de dos o más focos. La distribución por sexos fue 14 varones y 5 mujeres, con una media \pm desviación estándar (intervalo) de edad de 55 ± 19 (17-89) años. La media del tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue $6,3 \pm 4,6$ (1-15) días. La articulación afectada con mayor frecuencia fue la rodilla, seguida del tobillo (tabla 1). La media de articulaciones infectadas por paciente fue $3,1 \pm 1$ (2-6). Las características generales de la serie quedan reflejadas en la tabla 2.

Los factores de riesgo más frecuentes fueron: diabetes mellitus (6 casos), insuficiencia renal crónica (3), hepatopatía crónica (3), gota (3), enlismo (2), artritis reumatoide (2), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (2) y adicción a drogas por vía parenteral (2). Algunos enfermos presentaban más de un factor de riesgo, mientras que en 6 (31,6%) no se reconoció ninguno. Se identificó como posible puerta de entrada un foco cutáneo en 6 casos (2 en pie diabético con úlcera, punción o catéter intravenoso en 2 y artrocentesis previa (sin infiltración) en 1. En 6 casos no se halló puerta de entrada de la infección.

Los gérmenes aislados (tabla 3) fueron: *S. aureus* (9 casos; 47%), uno de ellos resistente a meticilina; *S. agalactiae* (4 casos; 21%); *S. epidermidis*, *S. pneumoniae*, *S. dysgalactiae*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Escherichia coli* y *Salmonella* en 1 caso cada uno; 1 paciente (caso 15) tuvo infección articular por más de un agente infeccioso (*S. aureus* en rodilla, *Klebsiella* en un codo y *Citrobacter freundii* en otro codo).

El líquido articular tuvo una celularidad media de 43.500 (14.000-100.000) células/ μ l y sólo en 5 casos fue superior a 50.000 células/ μ l. En 5 casos la muestra obtenida fue insuficiente para realizar recuento celular y se dio prioridad al cultivo. La tinción de Gram del líquido articular demostró un resultado positivo en 9 (47,4%) casos, fue negativa en 4 (21%) y no se recuperó su resultado en 6 (31,6%). El cultivo del líquido sinovial permitió la identificación del microorganismo en todos los casos. En 10 (52,6%), los hemocultivos fueron positivos para el mismo agente aislado en el líquido articular; en 2 (10,5%) se constató endocarditis concomitante; 3 (15,8%) presentaron shock séptico, que se produjo en las primeras 48 h de la llegada al hospital.

De los 3 enfermos con gota, 2 tuvieron una artritis gotosa en el curso de la artritis séptica, con observación de cristales de urato en el microscopio de luz polarizada (casos 13 y 15). En ambos casos la evolución fue tórpida y uno de ellos falleció por fallo multiorgánico.

El subgrupo de enfermos con reumatismo previo (AR, gota; n = 4) tuvo una media de edad mayor que la del resto del grupo (72 ± 9 y 50 ± 19 años respectivamente; p = 0,001). No se hallaron diferencias

Tabla 1.
Localización de la infección osteoarticular de 19 enfermos

	Articulaciones (n)	Pacientes (n)
Rodilla	17	12
Tobillo	8	6
Hombro	5	5
Carpó	5	4
Acromioclavicular	5	3
Codo	4	3
Discitis	3	3
Bursitis codo	3	2
Metatarso	2	2
Esternoclavicular	1	1

Tabla 2
Descripción general de la serie

Caso	Edad	Sexo	Localización de la infección	Articulaciones/focos (n)	Factores de riesgo
1	30	V	Tobillo, 1.ª MTF, codos, rodillas, pubis	6	No
2	43	M	Carpo, hombro, tobillo	3	No
3	73	V	Rodillas, absceso glúteo, osteomielitis metafisaria	4	Artritis reumatoide, diabetes, gota
4	65	V	Rodilla, tobillo	2	No
5	35	V	Tobillos, carpo	3	No
6	49	M	Hombro, esternoclavicular	2	No
7	60	V	Hombro, rodilla, tobillos	4	Enolismo, cirrosis
8	75	V	Carpos, codo, discitis	4	Insuficiencia renal crónica
9	17	M	Rodillas, hombro	3	Sida
10	72	M	Rodilla, osteomielitis de la falange dedo del pie	2	Insuficiencia renal crónica, artritis reumatoide
11	42	M	Rodilla, hombro, discitis	3	Drogadicción, infección virus hepatitis B y C
12	26	V	Rodillas	2	Drogadicción previa, sida
13	73	V	Carpo, codo, rodillas	4	Hepatopatía crónica, linfoma esplénico, gota, diabetes, insuficiencia renal crónica
14	46	V	Bursa codo, miositis pierna, tobillo	3	Diabetes mellitus
15	71	V	Rodilla, 2 bursitis codos	3	Diabetes, gota
16	89	V	Cadera, rodilla	2	No
17	72	V	Acromioclavicular, discitis C7-D2	2	Psoriasis cutánea, prótesis total cadera
18	53	V	Acromioclavicular bilateral, cadera	3	Diabetes mellitus
19	53	V	Rodilla, acromioclavicular bilateral, cadera	4	Diabetes mellitus

Tabla 3
Características clínicas, microbiológicas y radiológicas de la serie

Casos	Puerta entrada	Fiebre	Intervalo al diagnóstico (días)	Cultivo líquido articular	Hemocultivos	Radiografía
1	Cutánea	Sí	2	<i>S. aureus</i>	<i>S. aureus</i>	Normal
2	Desconocida	Sí	4	<i>S. agalactiae</i>	<i>S. agalactiae</i>	Pinzamiento articular
3	Artrocentesis	Sí	15	<i>E. epidermidis</i>	Negativo	Erosión
4	Infección urinaria	Sí	10	<i>S. agalactiae</i>	Negativo	Osteopenia
5	Desconocida	Sí	3	<i>N. gonorrhoeae</i>	Negativo	Pinzamiento articular
6	Neumonía	Sí	5	<i>S. agalactiae</i>	Desconocido	Pinzamiento articular
7	Desconocida	Sí	6	<i>E. coli</i>	<i>E. coli</i>	Desconocida
8	Catéter, fistula arteriovenosa	No	2	<i>S. aureus</i>	<i>S. aureus</i>	Desconocida
9	Desconocida	Sí	3	<i>Salmonella</i>	Negativo	Erosión
10	Cutánea	Sí	15	<i>S. aureus</i>	Negativo	Pinzamiento articular
11	Drogadicción	Sí	3	<i>S. aureus</i>	Negativo	Erosión
12	endocarditis	sí	4	<i>S. aureus</i>	<i>S. aureus</i>	Desconocida
13	Amputación herida infectada	No	7	<i>S. aureus</i> resistente	<i>S. aureus</i>	Artropatía previa
14	Pie diabético, traumatismo	Sí	7	<i>S. aureus</i>	<i>S. aureus</i>	Gas en partes blandas
15	Cutánea, pie diabético	Sí	3	<i>S. aureus</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Citrobacter freundii</i>	<i>S. aureus</i>	Artropatía previa
16	Desconocida	Sí	8	<i>S. dysgalactiae</i>	Negativo	Pinzamiento articular
17	Cutánea	Sí	15	<i>S. aureus</i>	<i>S. aureus</i>	Desconocida
18	Desconocida	Sí	6	<i>S. pneumoniae</i>	Desconocido	Normal
19	Desconocida	No	1	<i>S. agalactiae</i>	<i>S. agalactiae</i>	Pinzamiento articular

entre ambos subgrupos en la distribución por sexos, número de focos infecciosos, tiempo de demora diagnóstica y evolución del proceso. No se hallaron diferencias significativas en los subgrupos con y sin factores de riesgo (13 y 6 casos respectivamente) en cuanto a edad, demora diagnóstica, número de focos articulares, duración del tratamiento y evolución.

Se pudo recuperar información referente a las radiografías en 15 (79%) casos: normal en 2 (10,5%), signos de una artropatía previa en 2 (10,5%), pinzamiento articular en 6 (31,6%), erosión en 3 (18,8%), osteopenia aislada en 1 (6,2%) y presencia de gas en partes blandas en 1 (6,2%).

Se obtuvo una gammagrafía ósea con MDP-^{99m}Tc en 9 (47,4%) enfermos, que evidenció captación polifocica (fig. 1) en 8 casos y resultó negativa en 1. Se realizó además gammagrafía con ⁶⁷Ga o con leucocitos marcados en 4 (21%) pacientes en los que se sospechaba osteítis (1 sinfisitis pubiana, 1 espondilodiscitis cervical, 2 osteítis tibial).

La duración media del tratamiento antibiótico (tabla 4) fue 46 ± 27 (15-105) días. La combinación terapéutica más utilizada en los

días previos a la identificación definitiva del microorganismo fue la cloxacilina (2 g intravenosa cada 4 h) y ceftriaxona (2 g intravenosa/24 h). En los últimos 2 años se ha podido completar el tratamiento de algunos pacientes de forma extrahospitalaria, dentro del programa de hospitalización domiciliaria.

La evolución de la infección articular fue satisfactoria en 10 (52,6%) casos y tórpida en 5 (26,3%); se produjeron 3 (15,8%) muertes atribuibles a la infección: uno de ellos fue un enfermo con sida que murió por sepsis el quinto día de tratamiento (caso 9), un paciente con infección por estafilococo resistente falleció por fallo multiorgánico (caso 13) y un enfermo con una endocarditis mitral necrosante (caso 8). En otro enfermo (caso 12) se perdió el seguimiento por fuga del centro hospitalario tras 22 días de tratamiento antibiótico intravenoso.

Se realizó artrotomía en 4 (21%) casos; en un enfermo diabético con fascitis y miositis necrosante, fue necesaria una amputación infracondílea (caso 14), y en otro caso se realizó desbridamiento de partes blandas. Se produjeron secuelas en forma de limitación de la movilidad articular en 9 (47,4%) pacientes.

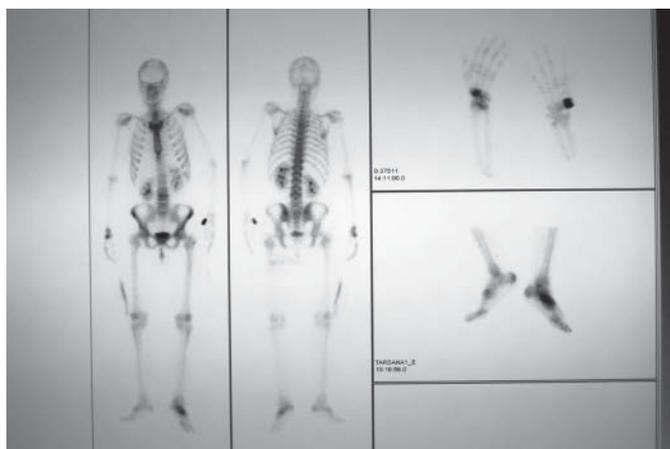


Figura 1. Caso 2. Gammagrafía ósea con MDP-^{99m}Tc. Utilidad en la detección de focos sépticos silentes y múltiples en fases iniciales. Refuerzo de la actividad de moderada intensidad en articulación escapulohumeral izquierda. En la mano derecha aumento de captación en radiocarpiana y de mayor intensidad en trapecio-trapezoide. En tarso izquierdo, aumento de la actividad general.

Discusión

Las referencias bibliográficas en torno a la artritis séptica poliarticular son escasas. Dubost et al⁴ en 1993 publicaron la serie más amplia, que recoge 25 casos. Aproximadamente el 15% de las artritis piógenas son poliarticulares. Tanto en la literatura como en la presente serie hay predominio de varones. La enfermedad subyacente más frecuente es la AR, presente en la mitad de los casos comunicados⁵. La inmunodeficiencia y otras enfermedades crónicas son otros de los factores predisponentes detectados. La presencia de una enfermedad reumática subyacente confunde más aún en su presentación, lo que constata la importancia del cultivo del líquido articular en todos los casos. Además de la AR, la gota también puede asociarse a una infección articular múltiple, aunque es una situación poco reflejada en la literatura⁶. En una serie de 30 casos de coexistencia de artritis séptica y artritis gotosa, 3 (10%) pacientes tuvieron infección oligoarticular⁷, con una mortalidad del 6,7%. En nuestro grupo la artropatía gotosa estuvo presente en 3 (18,7%) pacientes, por delante de la AR (12,5%).

Los pacientes con poliartitis infecciosa son de mayor edad y tienen con mayor frecuencia hemocultivos positivos que los enfermos

con infección monoarticular^{4,5}. La infección monoarticular en la AR es más frecuente en mujeres⁸, mientras que la poliartitis séptica es más frecuente en varones, tanto en la población general como en pacientes con AR. Con frecuencia estos enfermos presentan otras infecciones extraarticulares concomitantes, particularmente endocarditis, infecciones pulmonares y de partes blandas. Se debe considerar la poliartitis séptica incluso en el contexto de un cuadro clínico poco florido, pues hasta en un tercio de los casos cursa con poca fiebre y ausencia de leucocitosis.

Un 30-50% de las artritis sépticas que acontecen en enfermos de AR son poliarticulares. Aparecen generalmente en pacientes con enfermedad evolucionada y erosiva, tratados con glucocorticoides y frecuentemente con úlceras en los pies. En enfermos con lupus eritematoso sistémico (LES), la artritis séptica es menos frecuente que en la anterior, si bien las referencias en la literatura han aumentado en las últimas décadas⁹. En ellos son más frecuentes las infecciones por bacilos gramnegativos, particularmente *Salmonella* (el 60% de las artritis sépticas)¹⁰. La presentación oligoarticular es frecuente y la cadera se ve especialmente afectada. Aparece en mujeres jóvenes sometidas a tratamiento con glucocorticoides y la presencia de una necrosis avascular múltiple se ha descrito como factor de riesgo de la infección poliarticular¹¹, con una mortalidad de un 10-25%.

Los pacientes infectados por el VIH también son un grupo en riesgo de infección poliarticular, particularmente con valores de CD4 < 200/ μ l¹². Dos de nuestros enfermos padecían sida.

En nuestra serie, además de las artropatías crónicas mencionadas, la diabetes mellitus, la hepatopatía crónica y la insuficiencia renal crónica tuvieron también gran protagonismo como factores de riesgo. Sin embargo, hay que destacar que casi un tercio de los enfermos no tenían factores de riesgo reconocidos, como han comunicado otros autores¹³.

La articulación más frecuentemente implicada en la literatura es las rodillas, seguida de los codos, los hombros y las caderas. Sin embargo, en esta serie el tobillo fue la segunda articulación involucrada. Destaca asimismo la frecuente afección de la articulación acromioclavicular, que fue bilateral en dos enfermos. La media del número de articulaciones infectadas en nuestros enfermos fue 3, similar a lo reflejado en la literatura^{4,5}. Hay que destacar la importancia de buscar focos de infección en la columna en el contexto del enfermo con artritis séptica constatada. Narváez et al¹⁴ señalaron que el 36% de los pacientes con artritis piógena interfetaria tenían simultáneamente otros focos de infección articular o de partes blandas.

S. aureus es el agente causal más común, implicado en un 50-80% de los casos. Los estreptococos del grupo B, los neumococos y *Hemo-*

Tabla 4
Tratamiento y evolución de los casos

Casos	Duración tratamiento antibiótico (días)	Desbridamiento	Evolución	Complicaciones
1	28	No	Buena	No
2	30	No	Buena	Distrofia simpaticorrefleja carpo D
3	90	Sí; rodilla y glúteo	Tórpida	Absceso glúteo, shock séptico
4	18	No	Buena	No
5	16	Sí; tobillo D	Buena	No
6	80	Desbridamiento partes blandas	Buena	No
7	54	No	Buena	Ascitis, sangrado varices esofágicas
8	15	No	Muerte	Endocarditis mitral necrosante
9	Muerte al quinto día	No	Muerte	Muerte
10	23	No	Tórpida	
11	34	No	Buena	No
12	22	No	Desconocida	Endocarditis
13	Muerte al quinto día	No	Muerte	Fallo multiorgánico
14	42	Amputación	Buena	
15	56	Sí; rodilla y bursotomía bilateral codos	Tórpida	Anasarca, desnutrición, insuficiencia renal aguda, isquemia pie, gota
16	46	No	Buena	No
17	105	No	Tórpida	Shock séptico, miopatía con tetraparesia, insuficiencia respiratoria
18	50	No	Buena	Diabetes mellitus
19	78	Sí; Girdlstone posterior	Tórpida	Infección herida, sangrado

philus influenzae producen también infección poliarticular. Una tercera parte de las artritis piógenas producidas por *Streptococcus agalactiae* afectan a más de una articulación¹⁵. En la poliartritis séptica del paciente con AR el principal agente es *S. aureus*, mientras que en otros pacientes son más frecuentes los estreptococos y los bacilos gramnegativos, particularmente *H. influenzae*. Los cultivos de sangre son positivos en la mayoría y con frecuencia se hallan otros focos sépticos extraesqueléticos⁴.

El 6% de las series generales de artritis sépticas son atribuidas a *S. pneumoniae*. La forma poliarticular (25-36%) y la bacteriemia (72%) son más frecuentes con este germen que con otros agentes¹⁶⁻¹⁸. La mayoría tiene un foco extraarticular de infección neumocócica¹⁹. Por el contrario, Dubost et al²⁰ compararon dos series de artritis séptica inducidas respectivamente por *Streptococcus* (55 casos) y por *S. aureus* (166 casos), sin hallar diferencias en cuanto a la presentación poliarticular. Otro de los gérmenes más implicados en la infección poliarticular es *H. influenzae*. Borenstein et al²¹, en una serie de 29 casos de artritis séptica en adultos producida por este agente, observaron implicación poliarticular en el 48% y los factores de riesgo asociados incluyeron alcoholismo, AR, LES y diabetes mellitus.

Además de poliarticular, en algunos casos la infección es polimicrobiana²², como sucedió en un paciente de la presente serie. También conviene recordar por su gravedad la infección por *Neisseria meningitidis*, que puede cursar con artritis inflamatoria y, más raramente, con artritis séptica poliarticular²³.

La mortalidad de la poliartritis séptica alcanza un 30% de los casos a pesar del tratamiento antibiótico adecuado, frente al 4% en los casos de infección monoarticular. Esta cifra ha permanecido estable en los últimos 40 años. En el presente trabajo 3 (15,8%) pacientes murieron en el contexto de la infección poliarticular, todos ellos con comorbilidad importante. Los factores que se han relacionado con un mal pronóstico son la edad mayor de 50 años, la AR, la infección estafilocócica y el diagnóstico tardío. La mortalidad de la poliartritis séptica en el contexto de AR alcanza al 50% de los enfermos, frente al 16% de las infecciones monoarticulares en la AR⁵.

Epstein et al⁹ recogieron 7 casos de artritis séptica no gonocócica poliarticular, 5 de los cuales tenían una enfermedad reumática subyacente, con una mortalidad inmediata del 57%. En la revisión de la literatura se apreció que la mortalidad de las formas poliarticulares se duplica en los pacientes con AR con respecto al resto (el 56 y el 23%, respectivamente).

La edad también condiciona el pronóstico. Gavet et al²⁴, en una serie de 335 casos de artritis séptica, describen un grupo de 42 (12,5%) pacientes mayores de 80 años, el 12% de ellos con afección poliarticular. La artritis séptica en los octogenarios tuvo una tasa de mortalidad total del 9,5%, muy superior a la del grupo pacientes de menos de 60 años (0,7%). En nuestro grupo sólo un enfermo era mayor de 80 años y las edades de los que fallecieron fueron de 73, 75 y 17 años.

Algunos autores han señalado que el desbridamiento quirúrgico es más frecuente en los enfermos con infección poliarticular^{4,5}, y en nuestro caso se realizó artrotomía en 4 (21%) pacientes.

Como conclusión, cabe señalar que la presencia de oligoartritis o poliartritis no excluye el diagnóstico de artritis infecciosa. La existencia de factores de riesgo es importante, incluyendo las artropatías

inflamatorias previas. *S. aureus* continúa siendo el microorganismo causal más frecuente. La morbilidad y la mortalidad (15-50%) de esta forma de infección articular es importante, por lo que debe mantenerse un alto índice de sospecha y realizar una exploración sistemática de todas las articulaciones.

Bibliografía

- Gupta MN, Sturrock RD, Field M. A prospective study of 75 patients with adult-onset septic arthritis. *Rheumatology*. 2001;40:24-30.
- Weston VC, Jones AC, Bradbury N, Fawthrop F, Doherty M. Clinical features and outcome of septic arthritis in a single UK Health District 1982-1991. *Ann Rheum Dis*. 1999;58:214-9.
- Decker JL. American Rheumatism Association nomenclature and classification of arthritis and rheumatism. *Arthritis Rheum*. 1983;26:1029-32.
- Dubost JJ, Fis I, Denis P, Lopitiaux R, Soubrier M, Ristori JM, et al. Polyarticular septic arthritis. *Medicine*. 1993;72:296-310.
- Dubost JJ, Fis I, Soubrier M, Lopitiaux R, Ristori JM, Bussiere JL, et al. Septic arthritis in rheumatoid polyarthritis. 24 cases and review of the literature. *Rev Rhum Ed Fr*. 1994;61:153-65.
- Alappatt Ch, Clayburne G, Schumacher R. Concomitant polyarticular septic and gouty arthritis. *J Rheumatol*. 2006;33:1707-8.
- Yu KH, Luo SF, Liou LB, Wu Y-J, Tsai WP, Chen JY, et al. Concomitant septic and gouty arthritis — an analysis of 30 cases. *Rheumatology*. 2003;42:1062-6.
- Nolla JM, Gómez Vaquero C, Fiter J, Mateo L, Juanola X, Rodríguez Moreno J, et al. Pyarthrosis in patients with rheumatoid arthritis: a detailed analysis of 10 cases and literature review. *Semin Arthritis Rheum*. 2000;30:121-6.
- Epstein JH, Zimmermann B 3rd, Ho G Jr. Polyarticular septic arthritis. *J Rheumatol*. 1986;13:1105-7.
- Huang JL, Hung JJ, Wu KC, Lee WI, Chan CK, Ou LS. Septic arthritis in patients with systemic lupus erythematosus: salmonella and nonsalmonella infections compared. *Semin Arthritis Rheum*. 2006;36:61-7.
- Galindo M, Mateo I, Pablos JL. Multiple avascular necrosis of bone and polyarticular septic arthritis in patients with systemic lupus erythematosus. *Rheumatol Int*. 2005;25:72-6.
- Zalavras CG, Dellamaggiara R, Patzakis MJ, Bava E, Holtom PD. Septic arthritis in patients with human immunodeficiency virus. *Clin Orthop Relat Res*. 2006;451:46-9.
- Martí J, Antón E. Polyarticular septic arthritis caused by *Streptococcus pyogenes* in an immunocompetent woman. *Eur J Int Med*. 2007;18:80.
- Narváez J, Nolla JM, Narváez JA, Martínez Carnicero L, De Lama E, Gómez Vaquero C, et al. Spontaneous pyogenic facet joint infection. *Semin Arthritis Rheum*. 2006;35:272-83.
- Nolla JM, Gómez Vaquero C, Corbella X, Ordóñez S, García-Gómez C, Pérez A, et al. Group B *Streptococcus* (*Streptococcus agalactiae*) pyogenic arthritis in nonpregnant adults. *Medicine*. 2003;82:119-28.
- Lohse A, Despau J, Auge B, Toussiro E, Wendling D. Pneumococcal polyarticular septic arthritis in a patient with rheumatoid arthritis. *Rev Rhum Engl Ed*. 1999;66:344-6.
- Ross JJ, Saltzman CL, Carling P, Shapiro DS. Neumococcal septic arthritis: review of 190 cases. *Clin Infect Dis*. 2003;36:319-27.
- Raad J, Peacock JE Jr. Septic arthritis in the adult caused by *Streptococcus pneumoniae*: a report of 4 cases and review of the literature. *Semin Arthritis Rheum*. 2004;34:559-69.
- Christodoulou C, Gordon P, Coakley G. Polyarticular septic arthritis. *BMJ*. 2006;333:1107-8.
- Dubost JJ, Soubrier M, De Champs C, Ristori JM, Sauvezie B. Streptococcal septic arthritis in adults. A study of 55 cases with a literature review. *Joint Bone Spine*. 2004;71:303-11.
- Borenstein DG, Simon GL. Hemophilus influenzae septic arthritis in adults. A report of four cases and a review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 1986;65:191-201.
- Gilad J, Borer A, Reizenberg K, Klein M, Peled N, Schlaeffer F. Polymicrobial polyarticular septic arthritis: a rare clinical entity. *Scand J Infect Dis*. 2001;33:381-3.
- McCulloch M, Brooks H, Kalantarinia K. Isolated polyarticular septic arthritis: an atypical presentation of meningococcal infection. *Am J Med Sci*. 2008;335:323-6.
- Gavet F, Tournadre A, Soubrier M, Ristori JM, Dubost JJ. Septic arthritis in patients aged 80 and older: a comparison with younger adults. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:1210-3.