

Artritis séptica en niños de 5 a 10 años

Septic arthritis in children 5 to 10 years old

Artículo resultado de proyecto de investigación financiado por la Universitaria de Guayaquil

Rosa Viviana Tutasib Benitez

Universidad de Guayaquil
<https://orcid.org/0000-0003-4007-9510>

vivana.tutasib@ug.edu.ec,
Guayaquil-Ecuador

Enma María Guadamud Lorenti

Universidad de Guayaquil
<https://orcid.org/0000-0002-8851-0130>,

Enma.guadamud@edu.edu.ec
Guayaquil-Ecuador

<http://www.jah-journal.com/index.php/jah>
Journal of American health, January.
June vol. 1. Num. 1 – 2018

Esta obra está bajo una Licencia
Creative Commons
Atribución-NoComercial-
CompartirIgual 4.0 Internacional.

RECIBIDO: 7 DE OCTUBRE 2017

*ACEPTADO: 18 DE DICIEMBRE
2017*

PUBLICADO: 4 DE ENERO 2018



Scan this QR
code with your
smart phone or
mobile device to
read more papers

RESUMEN

La artritis séptica es una patología infecciosa aguda que es la afectación de la cápsula articular frecuentemente por bacterias, siendo patógeno bacteriano más frecuente los grupos etarios es el *Staphylococcus aureus*, también puede ser causada por virus y hongos en menor proporción, en niños usualmente es por vía hematogena. Afecta más a hombres que a mujeres, teniendo una clínica muy inespecífica mayormente en lactantes. Sus síntomas clínicos se caracterizan por la negación a movilizar la articulación afectada, enrojecimiento y aumento de la temperatura local, acompañado en algunos casos de fiebre y síntomas sistémicos como taquicardia y aumento de frecuencia respiratoria. Usualmente su afectación es 90% monoarticular y 10% poliarticular. La artritis séptica tiene las articulaciones como cadera, rodilla o codo. Como parte de los exámenes de laboratorio serán de gran utilidad biometría hemática completa, velocidad de eritrosedimentación y proteína reactiva. Debido a las complicaciones y secuelas incapacitantes que ocasiona, es considerada una urgencia médico-quirúrgica; su tratamiento debe ser precoz. Ante la confirmación mediante exámenes de laboratorio, es necesario el tratamiento farmacológico empírico intravenoso para obtener resultados del hemocultivo y cultivos de líquido sinovial que deben ser realizados antes del inicio con el tratamiento antibiótico. Su tratamiento será multidisciplinario.

PALABRAS CLAVE: Artritis séptica, infección, trauma, factor de riesgo

ABSTRACT

Septic arthritis is an acute infectious pathology that is the involvement of the

joint capsule frequently by bacteria, being the most frequent bacterial pathogen the age groups is *Staphylococcus aureus*, it can also be caused by viruses and fungi in a smaller proportion, in children it is usually by hematogenous route. It affects more men than women, having a very nonspecific clinic mostly in infants. Its clinical symptoms are characterized by the refusal to mobilize the affected joint, redness and increase in local temperature, accompanied in some cases of fever and systemic symptoms such as tachycardia and increased respiratory rate. Usually its involvement is 90% monoarticular and 10% polyarticular. Septic arthritis has joints such as hip, knee or

elbow. As part of the laboratory tests, complete blood count, erythrocyte sedimentation rate and creactive protein will be very useful. Due to the disabling complications and sequelae that it causes, it is considered a medical-surgical emergency; Your treatment should be early. Upon confirmation by laboratory tests, intravenous empirical pharmacological treatment is necessary to obtain results of blood culture and synovial fluid cultures that must be performed before the start with antibiotic treatment. Your treatment will be multidisciplinary.

KEY WORD: Septic arthritis, infection, trauma, risk factor

INTRODUCCIÓN

La artritis séptica es una patología infecciosa aguda que se produce en la cavidad articular debido al paso de bacterias al líquido sinovial en ella se produce la invasión y multiplicación de microorganismos que producen inflamación aguda de la membrana sinovial. Usualmente en los niños se produce por diseminación hematológica esto, es considerado una verdadera urgencia ortopédica. Es una patología que afecta a ambos sexos, pero se ha visto con mayor frecuencia en los hombres con una relación 3:1. Su etiología más común es la bacteriana siendo el *Staphylococcus aureus* un patógeno que aparece a cualquier edad, aunque también pueden ser causados por virus y hongos en menor frecuencia. Es parte de las infecciones osteo articulares se presentan con más frecuencias durante la infancia generalmente en menores de 5 años. La mayoría de los casos se presenta en niños sanos, existen muchos factores que predisponen su desarrollo como el género, edad, estado inmunológico previo, antecedente de traumatismo cerrado, cirugías ortopédicas recientes, prótesis articulares, factores sociales y económicos. La presentación clínica usualmente es aguda y está caracteriza por signos inflamatorios locales como: aumento de la temperatura local, malestar general, hipoactividad, parálisis del miembro afectado, decaimiento, fiebre muy alta e irritabilidad; además de signos sistémicos aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria. Esta patología es considerada una urgencia médico-quirúrgica pues su diagnóstico evita secuelas o complicaciones funcionales de carácter irreversible. Las secuelas más graves de la infección ocurren en niños, especialmente afectan grandes articulaciones como la rodilla y cadera. Su retraso en el diagnóstico en algunos casos se debe a la clínica que suele ser inespecífica. En nuestro país la demora en la atención de este tipo de traumas cerrados y acudir a sobadores como tratamiento empírico son frecuentes de complicaciones e incapacidad del miembro afecto. Ante la sospecha de AS (artritis séptica) es necesario confirmar el diagnóstico mediante hemocultivo y cultivo de líquido sinovial que deben ser tomados antes de comenzar con el tratamiento antibiótico. Es necesario el tratamiento empírico, un tratamiento tardío podría traer secuelas a largo plazo. Es necesario ajustar el tratamiento antimicrobiano que dependerá sobretodo del patógeno

aislado. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) los países en vías de desarrollo la artritis séptica es un 10% responsable de mortalidad y en su mayoría deja secuelas invalidantes. La incidencia de artritis séptica es de 67.7 casos por 100.000 ingresos por año en la unidad de cuidados intensivos pediátricos registrados en países de Sudamérica (Perú, Colombia, Bolivia, Brasil, Ecuador) y en la mayoría de los países de Centroamérica en los últimos 5 años. En nuestro país se registran un total de 2 casos por cada 100 ingresos, teniendo como mayor prevalencia niños menores de 3 años. La artritis séptica es una enfermedad que requiere manejo intrahospitalario y multidisciplinario que incluya valoración por infectología, traumatología, pediatría y fisioterapia.

La artritis séptica es una patología osteomuscular infecciosa que se presenta sobretodo en la primera década de vida, afectando en su mayoría a hombres. Los factores de riesgo relacionados con esta patología son trauma, inmunosupresión, cirugías ortopédicas recientes, artroscopia, prótesis articulares, inyecciones articulares y bajo nivel socioeconómico. En la mayoría de los casos se produce por diseminación hematógena, inoculación directa ya sea de una forma traumática, iatrogénica o por contigüidad. La dificultad de atención o poca importancia por parte de los padres que no acuden de inmediato con sus hijos a un centro hospitalario para que reciban la atención debida, diagnóstico y tratamiento oportuno ocasiona demora en la atención; algunos padres prefieren usar remedios caseros o empíricos como sobaduras de la articulación afectada, antecedente referido por algunos de ellos en las consultas. Es muy determinar los factores de riesgo de esta enfermedad, que permitan su prevención y promover que se realice un diagnóstico oportuno para evitar las complicaciones y secuelas incapacitantes.

☐ Se investigará a la población pediátrica de 5 a 10 años que acuden al hospital del niño Dr. Francisco Icaza Bustamante con trauma moderado a severo. El estudio servirá para determinar la edad y el género predominante, articulación mayormente afectada y localización más frecuente.

Es una patología infecciosa aguda que afecta la cavidad articular, se presenta durante la primera década de vida, se presenta más en hombres que en mujeres con una relación de 3:1. Su patógeno bacteriano causal frecuente es el *Staphylococcus aureus* y su diseminación mayormente en niños es hematógena. Debido a su clínica inespecífica suele tardar en ser diagnosticada en muchos casos; aumentando la probabilidad de secuelas incapacitantes y complicaciones. Por eso, que es considerada una urgencia médico-quirúrgica, su tratamiento debe ser inmediato y oportuno para evitar más daño y posteriores secuelas incapacitantes. Tomando en cuenta las secuelas y complicaciones que ocasiona esta patología debido al retraso del diagnóstico, algunos padres no llevan a sus hijos a un médico en primera instancia ya sea por lo económico o debido a que algunos padres prefieren un tratamiento casero como sobaduras; es muy necesario ampliar estos conocimientos en la población para crear una estrategia educativa que nos permita diagnosticar y proporcionar tratamiento a tiempo, se decide realizar esta investigación.

El epidemiología ha disminuido en estos últimos 30 años y está relacionada con el desarrollo de antibióticos. Es muy frecuente en la infancia. La mayoría de las infecciones en los niños sanos son de origen hematógeno. Al respecto afecta más a los varones con un porcentaje de 55% o una proporción de 2:1. Afecta a cualquier articulación siendo preferido los por los huesos largos de las extremidades inferiores. Hay pérdida funcional en 30- 50% de los casos y la mortalidad

en un 5-15% de los casos. En Guatemala entre el año 2004 al 2008 en el hospital "Juan de Dios" se realizó un estudio donde se revisó el expediente clínico de 25 pacientes con edad promedio de 13 años obteniendo la población más afectada en niños de 6 a 7 años con un 24% quedando en segundo lugar como la más afectada 2 a 3 años con un 20%. El sexo masculino fue más afectado con un porcentaje de 49-68% con una relación 2:1. La rodilla fue la más afectada con un 79%, se manifestándose como una enfermedad articular. (2)

La etiología *Haemophilus influenzae* tipo b es responsable de más de la mitad de los casos de artritis séptica en lactantes y niños pequeños. Desde la creación de la vacuna conjugada, en la actualidad los casos de artritis séptica por *Haemophilus influenzae* tipo b han disminuido y son una causa infrecuente, otorgando el primer lugar al *Staphylococcus aureus* como causal en todos los grupos etarios. La artritis séptica se presenta en menores de 5 años afectando huesos generalmente es de localización monoarticular. Solo en el 10% de los casos afectan varias articulaciones siendo más frecuentes en neonatos encontrándose ciertos patógenos como *Neisseria gonorrhoeae*, *Neisseria meningitidis*. El microorganismo varía en relación con la edad y a la situación inmunológica. Siendo el más frecuente *Staphylococcus aureus* (70-90%) en todos los grupos etarios. En niños menores de 2 meses son frecuentes *S. aureus*, *S. agalactiae*, y bacilos gram negativos. El *Streptococcus pneumoniae* es el causante más probable durante los 2 primeros años de vida, pero ha ido disminuyendo desde la introducción de la vacuna conjugada. En niños mayores de 5 años además *Staphylococcus aureus* debe considerarse *S. pneumoniae* y *S. pyogenes*. La artritis séptica por *Salmonella* ocurre con más frecuencia en niños inmunodeprimidos o con hemoglobinopatías como drepanocitosis. En adolescentes sexualmente activos se puede haber sospecha de artritis séptica por *Neisseria gonorrhoeae*. En personas con enfermedades multisistémicas, las enfermedades fúngicas suelen ser la causa de artritis séptica. Los neonatos con o sin catéteres endovasculares con diagnóstico de candidiasis sistémica suelen tener más complicaciones como artritis séptica por *Candida*.

Diagnóstico y manejo inicial. Es necesario que el diagnóstico se deba hacer rápidamente y oportuno para que rápidamente se de inicio con el tratamiento empírico, y de esta manera evitar complicaciones y secuelas incapacitantes. Antes de instaurar un tratamiento es importante obtener muestra de líquido articular para estudio bioquímico y microbiológico que posteriormente confirmarán el diagnóstico de sospecha y de esta manera orientar a terapia antibiótica. (4). Lo que se busca analizar en el líquido sinovial son sus características: apariencia, recuento de células y tinción de Gram. es factible y se recomienda realizar cultivo si hay sospecha infección por anaerobios o aerobios. Otros parámetros que podemos observar en líquido sinovial son glucosa, ácido láctico viscosidad, proteínas totales de líquido sinovial. Es importante asegurar su recolección en el envase respectivo: recolección adecuada de 5 a 6 ml de líquido sinovial, tubo con tapón violeta (EDTA) para análisis celular, verde (heparina) para cristales, amarillo o rojo (suero) para química, serología y viscosidad; frasco de hemocultivo para cultivos y Tinción de Gram. (1) en todo paciente con artritis séptica con evolución menor a 2 semanas es necesario considerar los antecedentes que puedan comprometer el estado inmunológico del paciente y exposición a la infección, hacer un interrogatorio minucioso a los padres o familiares que vivan con el paciente sobretodo indagar el tiempo de evolución y si ha recibido tratamiento previo; además de realizar una exploración física correcta. La sospecha clínica nos ayudara a localizar el sitio de infección primaria o a distancia. Y la existencia de factores de riesgo o predisponentes como traumatismos o enfermedades articulares previas.

(1) Aunque la clínica más frecuente es la monoartritis, la manifestación poliarticular puede producirse por bacteriemia sobretodo por estafilococo o gonococo. Las poliartitis se observan con frecuencia en infecciones víricas como por ejemplo virus de la rubeola o hepatitis B. El tratamiento antibiótico temprano ha sido capaz de mejorar el pronóstico de los pacientes, sin embargo, la recuperación será complicada si se retrasa el tratamiento. Debido a esto, es necesario confirmar el diagnóstico mediante hemocultivo y cultivo de líquido sinovial que deben ser tomados antes de comenzar con el tratamiento antibiótico. Después es necesario ajustar el tratamiento antimicrobiano que dependerá del patógeno aislado. El tratamiento antibiótico inicial será empírico basado en los factores de riesgo, edad del paciente y patología. La primera fase consistirá en proporcionar tratamiento intravenoso para asegurar una adecuada concentración del antibiótico en la articulación. o En neonatos penicilina antiestafilocócica como oxacilina 150- 200mg/kg/día IV cada 6 horas + cefalosporina de amplio espectro como cefotaxima 150- 225 mg/kg/día IV cada 8 horas. De esta manera se logra cubrir *S. aureus*, estreptococo del grupo b y bacilos gram negativos. En el caso que exista posibilidad de *S. aureus* resistente a meticilina (SARM) es mejor utilizar vancomicina en lugar de nafcilina y oxacilina. Si es de un bajo peso y prematuro el recién nacido o es portador de catéter vascular central, es importante valorar la probabilidad de que existan bacterias nosocomiales (*S. aureus*, estreptococo del grupo b, y bacilos gram negativos o *Pseudomona aeruginosa* u hongos como *Cándida*). En niños con artritis séptica la antibioticoterapia adecuada para cubrir *S. aureus*, estreptococos y *K. kingae* se debe consistir en cefazolina 100-150 mg/kg/día cada 8 horas o nafcilina 150-200 mg/kg/día cada 6 horas. o Vancomicina 15 mg/kg IV cada 6 horas y clindamicina 40 mg/kg IV cada 8 horas. Una excelente alternativa para el tratamiento de SARM-AC (*S. aureus* meticilino resistente encerrado en la comunidad) o En pacientes que se esta inmunodeprimidos se suele iniciar terapia antibiótica combinando vancomicina y ceftazidima o con penicilinas de amplio espectro e inhibidores de b lactamasa + aminoglucósido como amikacina. o En pacientes alérgicos a los betalactámicos se usará clindamicina 40 mg/kg/día cada 6-8 horas. (7) Se deberá dar terapia antibiótica parenteral hasta que los signos inflamatorios (fiebre, PCR, dolor) hayan mejorado y el paciente tolere la vía oral para continuar con el tratamiento antibiótico. La AEP (Asociación Española de Pediatría) recomienda cambiar a antibiótico oral tras una semana de antibioterapia endovenosa. (7) El antimicrobiano se ajustara de acuerdo con la evolución, respuesta inicial y resultado de cultivos realizados antes del manejo con antibióticos. Si no se identifica el patógeno causante y no se observa mejoría en el estado del paciente, será necesario valorar una nueva aspiración o biopsia para cultivo y la posibilidad de una causa no infecciosa. Es recomendable que la duración del tratamiento antibiótico sea individual según el patógeno aislado y la evolución clínica. Si en 48 horas tras la medicación intravenosa no se observa mejoría se deberá reevaluar al paciente en busca de otras patologías tuberculosas, artritis reactivas, artritis reumatoides, etc. Es necesario usar pruebas diagnósticas como Mantoux, serologías, coprocultivos (4). La decisión de cambiar a terapia oral en base a la evolución clínica, resultados de laboratorio, agente etiológico y sensibilidad antimicrobiana. En caso de presentar artritis séptica de hombro o cadera es importante realizar punción aspiración o drenaje del lugar afecto para evitar la destrucción ósea. Es muy necesario considerar rehabilitación del miembro afectado lo más pronto posible; ya que, en más del 50% de los casos hay secuelas funcionales irreversibles. Un mal tratamiento o su retraso pueden conllevar a una destrucción articular irreversible con discapacidad

subsecuente, secuelas como artrosis asintomática o necrosis avascular del fémur. Es por lo tanto de mucha importancia que el diagnóstico sea realizado muy rápido y el tratamiento sea instaurado lo más pronto posible. Es importante un seguimiento de 1 a 2 años para detectar las posibles secuelas. Posterior a la punción articular se deberá instaurar terapia antibiótica empírica depende con la edad del paciente, etiología y probable patrón de resistencia en el medio. Luego con el resultado de los cultivos el tratamiento antibiótico es ajustado. La duración del tratamiento dependerá de la evolución clínica.

La infección de cadera es una de las más temidas por la vulnerabilidad de la vascularización de la cabeza femoral, debido a las secuelas funcionales e incapacitantes que ocasiona, es por esto, es considerada como una emergencia quirúrgica. En otras articulaciones puede ser conveniente la artrocentesis diaria del líquido sinovial, es más conveniente con 1 o 2. Si el líquido empieza a acumularse después de 4 a 5 días hay que será necesario realizar una artrotomía o una artroscopia en el momento de la cirugía es muy importante lavar la articulación con suero fisiológico con 4 a 5 litros. Se debe dejar un dren el cual se irá retirando durante las posteriores limpiezas en el quirófano. (5)

Las secuelas más pligrosas se dan si afectan la articulación de la rodilla o cadera. Entre las complicaciones que se presentan son: alteración del crecimiento óseo, movilidad limitada, luxación de la articulación y articulación inestable. Debido a esto, la importancia de un tratamiento oportuno y seguimiento del paciente durante 1 año hasta la resolución, curación del paciente. (4). En el caso de la artritis séptica de cadera las secuelas funcionales incluyen: condrolisis (daño del cartílago del fémur proximal y/o acetábulo)

necrosis avascular de la cabeza femoral

alteración del crecimiento del fémur proximal. . (8) Las complicaciones mencionadas pueden provocar: alteración de la anatomía femoral proximal, anomalía articular o discordancia en la longitud de las extremidades que podrían requerir una eventual intervención reconstructiva a futuro. (8)

Diagnóstico diferencial de artritis séptica durante la infancia

Sinovitis aséptica de la cadera

Artritis virales ☐ Osteomielitis

Artritis reumatoide juvenil

Enfermedad de Lyme

Artritis reactiva

Sinovitis transitoria

Hemartrosis (anemia de células falciformes) (6) De todas las patologías que se incluyen en el diagnóstico diferencial con la que se confunde es con la sinovitis transitoria.

MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño de la presente investigación es un estudio de tipo descriptivo no experimental con enfoque retrospectivo de corte transversal. En el estudio se utilizó como fuente de información Datos compuesta por pacientes de 5 a 10 años, que fué otorgada por el Departamento de Estadísticas del Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante, en la que constaban los números de las historias clínicas de todos los pacientes que fueron evolucionados bajo dicho código, los cuales contenían información necesaria.

CARACTERIZACION DE LA ZONA DE TRABAJO La investigación tuvo lugar en la provincia del Guayas, cantón Guayaquil en el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante ubicado en la Avenida Quito y Gómez Rendón El Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante es un hospital de referencia regional y recibe pacientes de la zona 4, 5 y 8 principalmente. Es uno de los hospitales pediátricos de tercer nivel que existen en Guayaquil, con acreditación internacional; que cumple con todas las exigencias y normativas con las que fué evaluado. El presente estudio se realiza en un universo constituido por pacientes entre 5 a 10 años atendidos en el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante de la Ciudad de Guayaquil en el periodo del 2013 hasta 2018. **Muestra** Se tomó como muestra a los pacientes de 5 a 10 años diagnosticados con artritis séptica en el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante durante el periodo de 2013 a 2018.

RESULTADOS

Por medio de la tabulación de datos obtenidos mediante el análisis de las historias clínicas de los pacientes de 5 a 10 años que acudieron al Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante dentro del periodo 2013-2015 con diagnóstico de trauma cerrado moderado a severo. Se presenta a continuación los siguientes cuadros estadísticos con sus respectivos Según el estudio realizado en el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante; de los 130 pacientes que acudieron nos muestra como resultado que el 75.38% tuvieron traumatismo severo mientras que el 24.61% acudieron por traumatismo moderado.

En el presente estudio se clasificó al grupo etario en 4 grupos, resultando mayormente afectados los pacientes con edades entre 1 a 4 años con 66.9%, en segundo lugar, se encuentran los niños de 5 a 10 años con 23.07%, siguiendo el orden de frecuencia están los niños de 11 a 15 años con 7.7% y los niños mayores de 15 años con 2.30%.

El sexo más afectado fué el masculino con 71.53%, seguido por el sexo femenino en menor proporción 28.46%

La articulación más afectada tiene como resultado la rodilla con de 51.53%, seguido de la articulación del codo con un 33.07, y la articulación de la cadera con 15.38% El número de articulación afectada en su mayoría fué monoarticular con 75.38% tal como lo describe la literatura y en menor porcentaje se encuentra la afectación poliarticular con 24.61% . La procedencia de los pacientes en su mayoría fue de la ciudad de Guayaquil con un 66.92% y en menor proporción de otras ciudades con un 33.07%.

DISCUSIÓN

En un estudio realizado en Argentina, en la Ciudad de Buenos Aires en el 2017 por los servicios de epidemiología y microbiología del Hospital de pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan” se analizaron 62 pacientes con infecciones osteoarticulares de los cuales 34 eran varones (55%) cuya mediana de edad fue 59.5 meses. de los cuales 54 pacientes (87%) presentaron artritis, osteoartritis 6 pacientes (10%) y osteomielitis 2,3%. Localización más frecuente de infecciones fue la rodilla en 29 pacientes (47%), cadera 23 pacientes (37%). Solo 5 pacientes (8%) tuvieron compromiso articular. En el presente trabajo de investigación se analizaron 130 pacientes, encontrándose el grupo etario más susceptible fueron los pacientes de 1 a 4 años para presentar artritis séptica con 87 pacientes que representan un 66.9%, siendo del sexo masculino 93 pacientes (71.53%), localización más frecuente fue la rodilla con 67 pacientes

(51.53%), cadera con 20 pacientes (15.38%). En otro estudio realizado en la ciudad de México por el Dr. Francisco H. López- Sosa, Dr. Enrique Zazueta- Tirado, Dr Jorge Tanaka- Kido en el Hospital infantil de México "Federido Gómez" se realizó un estudio de 160 niños, 92 pacientes eran del sexo masculino y 68 femenino, de los cuales el 60% de los pacientes eran menores de 2 años. Las articulaciones más afectadas fueron la rodilla con 43%, y con localización 8.5% Evidenciamos en el presente estudio que en cuanto al sexo los varones siguen predominando la alta incidencia en cuanto a artritis séptica. Y su localización más frecuente de la artritis séptica fue monoarticular con 98 pacientes (75.38%).

CONCLUSIÓN

De los pacientes hospitalizados en el área de traumatología durante el periodo 2013-2018 en el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante un 23.07% presentaron artritis séptica. Dentro del grupo etario más susceptible se encontraron los niños entre 1 a 4 años; así mismo el mayor porcentaje de afectados en cuanto al sexo, se evidenció en el sexo masculino con 71.53%. Dentro de las articulaciones mayormente afectadas, la investigación reveló que fue la rodilla con 51.53%. El número de articulación afectada en mayor proporción fue monoarticular con 75.38%. De los pacientes investigados 75.38% tuvo como antecedente traumatismo de severa intensidad.

REFERENCIAS

1. T. Hernández Sampelayo Matos, S. Zaroso Fernández, M.L. Navarro Gómez,
2. M.M. Santos Sebastián, F. González Martínez, J. Saavedra Lozano. Osteomielitis y artritis séptica. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica.
3. Sara Murias Loza. Diagnóstico diferencial de un niño con monoartritis. Diagnóstico diferencial de un niño con poliartritis. Continuum. Portal de formación de la Asociación Española de Pediatría.
4. Nelson. Tratado de Pediatría (18.ª ed.) Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. Barcelona: Elsevier, 2008. 3.376 páginas. 2 volúmenes
5. M.J. Muñoz Vilche, P. Terol Barrero, E. Calderón Sandubete, J. Romero Cachana,
6. J. Carpio Elías. Abordaje terapéutico de la artritis séptica pediátrica, ¿somos demasiado agresivos? Vol. 82. Núm. 4. Páginas 213-288 (Abril 2015)
7. Carter K, Doren C, Jo CH, Copley LA. The clinical usefulness of polymerase chain reaction as a supplemental diagnostic tool in the evaluation and the treatment of children with septic arthritis. J Pediatr Orthop. 2015
8. Paganini HR. Artritis séptica. En: Infectología pediátrica. Buenos Aires: Científica interamericana; 2007. Págs.565-75.
9. Rosanova MT. Infecciones osteoarticulares. Artritis séptica. Med Infant. 2008;15(4):342-6.
10. Clinical and Laboratory Standards Institute. Performance Standards for
11. Antimicrobial Susceptibility Testing; Twenty-fifth Informational Supplement. CLSI document M100-S25. Wayne, PA: CLSI; 2015
12. McNeil J, Hulten K, Mason E, et al. Bacteremic Staphylococcus aureus
13. Osteoarticular Infections: Observations on Treatment and Outcomes in a
14. Population With a High Prevalence of Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus

- (MRSA). *Open Forum Infect Dis* 2016;3(Suppl 1): 673.
15. Howard-Jones AR, Isaacs D, Gibbons PJ. Twelve-month outcome following septic arthritis in children. *J Pediatr Orthop B* 2013;22(5):486-90.
 16. C. Calvo, J. Saavedra. Tratamiento de la artritis séptica. *An Pediatr Contin.* 2014;12:325-9
 17. Carter K, Doern C, Jo CH, Copley LA. The clinical usefulness of polymerase chain reaction as a supplemental diagnostic tool in the evaluation and the treatment of children with septic arthritis. *J Pediatr Orthop* 2016; 36: 167–172.
 18. Cruz AI Jr, Aversano FJ, Seeley MA, et al. Pediatric Lyme arthritis of the hip: the great imitator? *J Pediatr Orthop* 2017; 37:355–361.
 19. Dart AH, Michelson KA, Aronson PL, et al. Hip synovial fluid cell counts in children from a Lyme disease endemic area. *Pediatrics* 2018; 14
 20. Rosenfeld S, Bernstein DT, Daram S, et al. Predicting the presence of adjacent infections in septic arthritis in children. *J Pediatr Orthop* 2016; 36:70–74.
 21. Heyworth BE, Shore BJ, Donohue KS, et al. Management of pediatric patients with synovial fluid white blood-cell counts of 25,000 to 75,000 cells/mm³ after aspiration of the hip. *J Bone Joint Surg Am* 2015; 97:389–395.
 22. Artritis séptica . (jul-ago 2018). *Revista archivo medico Camaguey.*
 23. James F. Mooney, I. a. (2018). Septic arthritis of the pediatric hip: update on diagnosis and treatment.
 24. M.J. Muñoz Vilche, P. T. (abril de 2015). Abordaje terapéutico de la artritis séptica pediátrica, ¿somos demasiado agresivos? . *Anales de pediatría*. Obtenido de <https://analesdepediatría.org/es-abordaje-terapeutico-artritis-septica-pediatrica-articulo-S1695403314003087?referer=buscador>
 25. Septic arthritis in children: diagnosis and treatment. (18 de mayo del 2017). *Pediatric health, Medicine and Therapeutics.*
 26. *Arch Argent Pediatr* 2018;116(2):e204-e209 Infecciones osteoarticulares en un hospital pediátrico de alta complejidad: epidemiología y características clínicas asociadas con bacteriemia
 27. Vander Have KL, Karmazyn B, Verma M, et al. Community-associated methicillin resistant *Staphylococcus aureus* in acute musculoskeletal infection in children: a game changer. *J Pediatr Orthop* 2009;29(8):927-31
 28. Howard-Jones AR, Isaacs D, Gibbons PJ. Twelve-month outcome following septic arthritis in children. *J Pediatr Orthop B* 2013;22(5):486-90.
 29. Pääkkönen M, Kallio MJ, Kallio PE, et al. C-reactive protein versus erythrocyte sedimentation rate, white blood cell count and alkaline phosphatase in diagnosing bacteraemia in bone and joint infections. *J Paediatr Child Health* 2013;49(3):E189-92.
 30. Saavedra-Lozano J, Calvo C, Huguet Carol R, Rodrigo C, Núñez E, Pérez C, et al. Documento de Consenso SEIP-SERPE-SEOP sobre etiopatogenia y diagnóstico de la osteomielitis aguda y artritis séptica no complicadas. *An Pediatr.* 2015; 83: 216.e1-216.e10.
 31. Ceroni D, Kampouroglou G, Della Llana RA, Salvo D. Osteoarticular infections in young children: What has changed over the last years? Vol. 144, *Swiss Medical Weekly.* 2014

32. Merino R, De Inocencio J, García-Consuegra J. Diferenciación de sinovitis transitoria y artritis séptica de cadera con criterios clínicos y ecográficos. *An Pediatr.* 2010; 73: 189-93
Pediatria integral Osteomielitis y artritis séptica volumen XXII NÚMERO 7, oct
33. nov 2018, curso VI