

Duración del tratamiento antibiótico en artritis infecciosa

Teresa Otón Sánchez. Reumatología. InMusc (Instituto de Salud Musculoesquelética). Madrid

PALABRAS CLAVE: efectos adversos de antibióticos, duración antibióticos, artritis séptica, ensayos clínicos aleatorizados, secuelas

KEYWORDS: *adverse events of antibiotics; antibiotic duration; native joint septic arthritis; randomized clinical trial; sequelae*

Especialidades: Infecciosas, Medicina General, Reumatología, Traumatología, Urgencias

Enlace revista original: <https://ard.bmj.com/content/78/8/1114>

ABSTRACT

La duración óptima del tratamiento antibiótico postquirúrgico para la artritis infecciosa de origen bacteriano sobre articulación no protésica en adultos sigue siendo desconocida.

Después del lavado quirúrgico inicial para la artritis séptica, 2 semanas de tratamiento antibiótico específico no es inferior a 4 semanas con respecto a la tasa de curación, los eventos adversos o las secuelas y conduce a una estancia hospitalaria significativamente más corta, al menos para la artritis de la mano y la muñeca.

The optimal duration of postsurgical antibiotic therapy for adult native joint bacterial arthritis remains unknown.

After initial surgical lavage for septic arthritis, 2 weeks of targeted antibiotic therapy is not inferior to 4 weeks regarding cure rate, adverse events or sequelae and leads to a significantly shorter hospital stay, at least for hand and wrist arthritis.

ARTÍCULO

El tratamiento de la artritis séptica requiere una combinación de al menos un lavado/desbridamiento quirúrgico y de la administración de antibióticos de larga duración. Por lo general, esta administración es intravenosa durante las 2 primeras semanas¹

Se cree que un tratamiento antibiótico más corto puede disminuir los efectos adversos de los mismos, el coste y probablemente la aparición de resistencias.²

Estudios previos retrospectivos y revisiones sugieren que sólo 2 semanas de tratamiento sistémico después de un drenaje quirúrgico puede ser suficiente, especialmente para las articulaciones de la mano³. Por este motivo se decidió realizar este ensayo prospectivo aleatorizado para determinar si el plazo postoperatorio de 2 semanas, junto con un cambio

precoz de antibióticos intravenosos a orales, no es inferior a un tratamiento de 4 semanas de duración.

De los 211 casos de artritis infecciosa sobre articulación nativa, 154 fueron elegibles para su inclusión en el análisis por intención de tratar. La mediana de duración de tratamiento en el brazo de 2 semanas de tratamiento fue de 14 días, y en el brazo de 4 semanas fue de 28 días. En total, 59 pacientes, eran mujeres (38%) y la edad media de todos fue de 51 años. El 10% estaba crónicamente inmunocomprometido. Además, 6 tenían una comorbilidad psiquiátrica activa y 9 usaban drogas ilegales.

En todos los pacientes se realizó un drenaje quirúrgico de la articulación afectada y se administró tratamiento antibiótico. La cirugía se realizó por artrotomía abierta en todos los casos menos 7 (en los que se drenó por artroscopia). Los pacientes inscritos fueron tratados con 13 regímenes parenterales iniciales diferentes y 11 regímenes diferentes de seguimiento oral. Los antibióticos parenterales administrados con mayor frecuencia fueron amoxi-clavulánico, quinolonas, clindamicina, doxiciclina, cotrimoxazol o combinaciones de varios. En general, estas asignaciones estaban equilibradas entre ambos brazos. No se prescribieron corticoesteroides para el tratamiento de la artritis, y en algunos casos se añadió paracetamol, ibuprofeno y opiáceos. El número medio de lavados quirúrgicos fue de 1 en ambos grupos. La longitud media total de la estancia hospitalaria fue de 4 días (IQR: 3-8 días) y fue más largo en el brazo de tratamiento de larga duración (6 días, frente a 4 días).

De los 154 episodios que presentó la población, en el análisis por intención de tratar, 148 (96%) fueron tratados microbiológicamente después de un seguimiento activo medio de 0,5 años (IQR: 0,3 -1,1 años) y una mediana pasiva de seguimiento de 2,2 años (IQR 1,6-2,8). En los 6 pacientes en los que finalmente fracasó el tratamiento, tres pacientes (uno en el brazo de las 4 semanas y dos en el brazo de las 2 semanas) revelaron finalmente nuevos patógenos completamente diferentes de los agentes iniciales. Se interpreta que las recidivas fueron de 3/154, y éstas se produjeron después de una mediana de 32 días tras la finalización del tratamiento de la enfermedad anterior. No hubo diferencias de recurrencia microbiológica entre los dos grupos de tratamiento; ocurrieron en 2/77 del brazo de las 4 semanas con 1/77 en el brazo de 6 semanas (p 0,58). Los tres casos con recidivas microbiológicas se referían a un caso causado por *S. Pyogenes*, y dos episodios causados por *S. aureus*.

En general, sólo 8 pacientes (5%) informaron eventos adversos que se atribuyeron a la terapia antibiótica: infección fúngica superficial (n=3), erupción alérgica a amoxicilina o levofloxacino (n=3), diarrea grave por amoxicilina-clavulánico (n=1) y mareos por clindamicina (n=1). Como consecuencia de los eventos adversos, se cambió el antibiótico o se añadió fluconazol y probióticos en tres casos. Ningún paciente desarrolló colitis asociada a *Clostridium difficile* y ninguno abandonó el estudio por un acontecimiento adverso. El número de complicaciones fue similar en los pacientes de los dos brazos del estudio.

La duración media real de la terapia antibiótica post-lavado fue de 14 días para el brazo de las 2 semanas y de 28 días para el de las 4 semanas. La duración del tratamiento intravenoso y la duración total de la estancia en el hospital fue más corta en el brazo de tratamiento de 2 semanas.

COMENTARIO

Se ha publicado una carta⁴ comentando algunos aspectos que conviene reflexionar sobre este ensayo.

En primer lugar, explican que la prueba de imagen puede tener una importancia y ser de utilidad en estos casos, y no se le ha otorgado demasiada importancia en el trabajo de base. Además, el trabajo se refiere a que los pacientes se sometieron a un tratamiento artroscópico, pero en realidad, sólo 7 casos se sometieron a artroscopia, y todos los demás a una artrotomía abierta (además no se explica en detalle el procedimiento de lavado).

Tampoco quedan explicados en profundidad los motivos de elección de un determinado antibiótico, así como existen ciertas “inconsistencias” entre los tiempos de cada brazo antibiótico.

Además, dado que hay varias infecciones por mordeduras, se deberían detallar los cultivos obtenidos de estos pacientes, por tener unas características específicas.

Teniendo en cuenta esto, en pacientes adultos que se han sometido a lavado de la articulación por una artritis bacteriana, no se encuentran diferencias en las tasas de mortalidad clínica, remisión, eventos adversos o secuelas postinfecciosas entre los tratados 2 semanas o los tratados 4. Estos datos son válidos para la artritis de la mano (no se puede extrapolar a otras localizaciones). Dada la suma de ventajas clínicas y económicas, los pacientes con artritis de mano podrían beneficiarse de cursos de antibióticos más cortos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grammatico-Guillon L, Baron S, Gettner S, Lecuyer AI, Gaborit C, Rosset P, et al. Bone and joint infections in hospitalized patients in France, 2008: clinical and economic outcomes. *J Hosp Infect.* 2012;82(1):40-8.
2. Schindler M, Bernard L, Belaieff W, Gamulin A, Racloz G, Emonet S, et al. Epidemiology of adverse events and *Clostridium difficile*-associated diarrhea during long-term antibiotic therapy for osteoarticular infections. *J Infect.* 2013;67(5):433-8.
3. Lazzarini L, Lipsky BA, Mader JT. Antibiotic treatment of osteomyelitis: what have we learned from 30 years of clinical trials? *Int J Infect Dis.* 2005;9(3):127-38.
4. Coiffier G, Couderc M, Seror R, Bart G, Darrieutort-Laffite C, Le Goff B. Is it currently reasonable to offer short, 14-day antibiotic therapies after a surgical synovectomy in native joint septic arthritis? *Ann Rheum Dis.* 2019.