



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), Noviembre-Diciembre 2025,  
Volumen 9, Número 6.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i6](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i6)

## **ARTRITIS SÉPTICA: UNA REVISIÓN DE CONCEPTOS ACTUALES**

**SEPTIC ARTHRITIS: A REVIEW OF CURRENT CONCEPTS**

**Anahy Margarita Salazar Camacho**  
Universidad de las Américas (UDLA)

**Cristina Juellieth Pacheco Melo**  
Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas

**Erick Sebastián Chávez Martínez**  
MSP Centro de Salud San Fernando

**Marcell Alexander Venegas Sánchez**  
Universidad Técnica del Norte (UTN), Hospital Pediátrico Baca Ortiz

**Marisela Estefania Moreta Palacios**  
Universidad Central del Ecuador

**Jorge Santiago Arce Romero**  
Pontificia Universidad Católica del Ecuador

## Artritis séptica: una revisión de conceptos actuales

**Anahy Margarita Salazar Camacho<sup>1</sup>**

[ani\\_msc@outlook.com](mailto:ani_msc@outlook.com)

<https://orcid.org/0009-0009-4556-1913>

Universidad de las Américas (UDLA)

**Cristina Juellieth Pacheco Melo**

[juellieth28@gmail.com](mailto:juellieth28@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0006-4847-5250>

Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas

**Erick Sebastián Chávez Martínez**

[ericksebas.chavez@gmail.com](mailto:ericksebas.chavez@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0002-0794-0671>

MSP Centro de Salud San Fernando

**Marcell Alexander Venegas Sánchez**

[mmavenegass@gmail.com](mailto:mmavenegass@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-6943-9914>

Universidad Técnica del Norte (UTN), Hospital  
Pediátrico Baca Ortiz

**Marisela Estefania Moreta Palacios**

[moretamarisela@gmail.com](mailto:moretamarisela@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0000-6513-9298>

Universidad Central del Ecuador

**Jorge Santiago Arce Romero**

[jorge20arce@gmail.com](mailto:jorge20arce@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0007-2657-7309>

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

### RESUMEN

**Introducción:** La artritis séptica es una emergencia reumatológica caracterizada por la invasión bacteriana de una articulación, lo que desencadena una respuesta inflamatoria intensa con potencial destrucción irreversible del cartílago. La identificación precoz y la instauración de un tratamiento adecuado son esenciales para preservar la función articular y reducir la mortalidad, la cual sigue siendo significativa en adultos mayores y pacientes con comorbilidades. El manejo actual combina antibioticoterapia dirigida y, cuando está indicado, intervenciones quirúrgicas orientadas a controlar la carga bacteriana y restablecer la movilidad articular. **Objetivo:** Evaluar la evidencia reciente sobre el manejo actualizado de la artritis séptica, comparando la eficacia del tratamiento antibiótico frente a la intervención quirúrgica en términos de resolución clínica, preservación funcional y prevención de complicaciones. **Métodos:** Se realizó una síntesis estructurada del artículo base y de literatura reciente sobre diagnóstico y manejo de la artritis séptica. Se revisaron aspectos microbiológicos, estrategias terapéuticas, indicaciones de abordaje quirúrgico, y resultados funcionales reportados. **Resultados:** La literatura actual señala que la antibioticoterapia temprana y dirigida es esencial para la supervivencia y la preservación articular. Sin embargo, el drenaje quirúrgico sigue siendo necesario en casos de alta carga purulenta, afectación de articulaciones profundas, fracaso terapéutico inicial o presencia de patógenos agresivos como *Staphylococcus aureus*. Los resultados clínicos son superiores cuando ambos abordajes se integran adecuadamente según la severidad clínica, el microorganismo implicado y el estado basal del paciente. **Conclusiones:** El manejo óptimo de la artritis séptica requiere una combinación estratégica de antibioticoterapia y drenaje articular, seleccionados de forma individualizada. Un enfoque diagnóstico temprano, junto con decisiones terapéuticas basadas en evidencia, mejora de forma significativa los desenlaces funcionales y reduce el riesgo de complicaciones permanentes.

**Palabras clave:** artritis séptica; infecciones articulares; antibióticos; cirugía; drenaje articular.

---

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [ani\\_msc@outlook.com](mailto:ani_msc@outlook.com)

# Septic Arthritis: A Review of Current Concepts

## ABSTRACT

Septic arthritis is a rheumatologic emergency characterized by bacterial invasion of a joint, triggering an intense inflammatory response with the potential for irreversible cartilage destruction. Early identification and the initiation of appropriate treatment are essential to preserve joint function and reduce mortality, which remains significant in older adults and patients with comorbidities. Current management combines targeted antibiotic therapy and, when indicated, surgical interventions aimed at controlling bacterial load and restoring joint mobility. Objective: To evaluate recent evidence on the updated management of septic arthritis, comparing the effectiveness of antibiotic treatment versus surgical intervention in terms of clinical resolution, functional preservation, and prevention of complications. Methods: A structured synthesis of the base article and recent literature on the diagnosis and management of septic arthritis was conducted. Microbiological aspects, therapeutic strategies, surgical indications, and reported functional outcomes were reviewed. Results: Current literature indicates that early, targeted antibiotic therapy is essential for survival and joint preservation. However, surgical drainage remains necessary in cases of high purulent load, involvement of deep joints, initial therapeutic failure, or the presence of aggressive pathogens such as *Staphylococcus aureus*. Clinical outcomes are superior when both approaches are appropriately integrated according to clinical severity, the microorganism involved, and the patient's baseline condition. Conclusions: Optimal management of septic arthritis requires a strategic combination of antibiotic therapy and joint drainage, selected on an individualized basis. Early diagnostic evaluation, together with evidence-based therapeutic decisions, significantly improves functional outcomes and reduces the risk of permanent complications.

**Keywords:** Septic Arthritis; Joint Infections; Antibiotics; Surgery; Joint Drainage.

*Artículo recibido 20 octubre 2025*

*Aceptado para publicación: 15 noviembre 2025*



## INTRODUCCION

La artritis séptica es una urgencia médica caracterizada por la invasión bacteriana del espacio articular, capaz de destruir el cartílago en pocas horas si no se instaure un tratamiento oportuno<sup>1,2</sup>. Su presentación clínica es variable, pero típicamente incluye dolor intenso, inflamación, limitación funcional y signos sistémicos en los casos avanzados<sup>3</sup>. Sin un diagnóstico temprano, la infección puede progresar rápidamente hacia la destrucción articular irreversible y secuelas funcionales prolongadas<sup>4</sup>.

El principal agente etiológico continúa siendo *Staphylococcus aureus*, cuya virulencia se ve reforzada por su capacidad para formar biopelículas, modificar su metabolismo a formas persistentes y evadir la respuesta inmunitaria del huésped<sup>5</sup>. Este patógeno representa un desafío significativo debido a su alta agresividad y asociación con mayor riesgo de daño estructural permanente y mortalidad<sup>6</sup>. Otros microorganismos, incluyendo estreptococos y bacilos gramnegativos, pueden causar la enfermedad en individuos con factores predisponentes como edad avanzada, inmunosupresión o antecedentes de trauma penetrante<sup>7</sup>.

El diagnóstico se basa en la integración de hallazgos clínicos, marcadores inflamatorios y estudios de imagen. La resonancia magnética y la tomografía computarizada han demostrado alta sensibilidad para identificar cambios estructurales tempranos y la extensión del compromiso articular<sup>6,9</sup>. No obstante, el estándar diagnóstico continúa siendo la artrocentesis, que permite obtener líquido sinovial para cultivo y análisis directo, lo que guía el tratamiento antibiótico específico<sup>10</sup>.

El manejo terapéutico combina antibioterapia sistémica y drenaje articular. Las guías actuales enfatizan la importancia de iniciar antibióticos tras la obtención de muestras, seleccionados según la epidemiología local y los factores de riesgo del paciente<sup>7,11</sup>. Aunque el antibiótico constituye el pilar fundamental, la intervención quirúrgica cobra relevancia cuando existe abundante material purulento, afectación de articulaciones profundas o fracaso del drenaje percutáneo<sup>12,13</sup>.

En las últimas décadas, se ha propuesto el uso de técnicas adyuvantes como recubrimientos antibacterianos en implantes, sistemas de liberación local de antibiótico y biomateriales cerámicos, los cuales han mostrado utilidad en infecciones osteoarticulares complejas<sup>13,14</sup>. Asimismo, la clasificación clínica propuesta por Cierny-Mader permite una mejor estratificación del compromiso infeccioso y contribuye a la selección del tratamiento más adecuado<sup>12</sup>.



A pesar de estos avances, continúa existiendo controversia respecto al peso relativo de la antibioterapia frente al tratamiento quirúrgico. Algunos estudios sugieren que el drenaje repetido y la terapia médica pueden ser suficientes en articulaciones superficiales, mientras que otras investigaciones apoyan el abordaje quirúrgico temprano como estrategia superior para mejorar la evolución clínica y reducir recurrencias<sup>15</sup>.

La comprensión actual apunta a que la individualización del tratamiento, basada en la severidad de la infección, el microorganismo implicado, el estado del huésped y la articulación comprometida, es esencial para mejorar los resultados. Por ello, resulta imprescindible revisar las intervenciones disponibles y determinar cuándo la antibioterapia aislada es suficiente o cuándo la cirugía se convierte en un componente indispensable del tratamiento.

### **Materiales y métodos**

Se realizó una revisión bibliográfica descriptiva con enfoque documental, orientada a identificar y analizar la eficacia del tratamiento antibiótico versus el manejo quirúrgico en la artritis séptica, según lo reportado en estudios científicos indexados. La búsqueda se efectuó en las bases de datos PubMed, ScienceDirect, Scielo y Google Scholar.

Se emplearon combinaciones de descriptores MeSH (Medical Subject Headings) y términos libres en inglés y español, incluyendo: Septic Arthritis, Arthritis Infectious, Joint Infection, Anti-Bacterial Agents, Surgical Procedures Operative, Drainage, Treatment Outcome.

Se incluyeron artículos publicados entre 2015 y 2024, en inglés o español, que abordaran aspectos diagnósticos o terapéuticos de la artritis séptica. Se seleccionaron un total de 30 estudios, con diseños observacionales, retrospectivos, prospectivos o ensayos clínicos, que compararan intervenciones antibióticas con estrategias quirúrgicas o que reportaran resultados clínicos relevantes como resolución de la infección, necesidad de reintervención, complicaciones o preservación articular.

Asimismo, se consideraron revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías clínicas que analizaran la efectividad de ambos enfoques terapéuticos. Se excluyeron estudios pediátricos, reportes de caso aislados, investigaciones con información insuficiente y artículos que no ofrecieran datos comparativos entre tratamientos.

## RESULTADOS

De los 30 estudios seleccionados, la mayoría coincidió en que la artritis séptica continúa siendo una condición con alta morbilidad y mortalidad si no se actúa de forma temprana<sup>1-2</sup>. La distribución de los estudios mostró que los abordajes terapéuticos variaron según la articulación comprometida, el microorganismo aislado y el estado inmunológico del paciente. Los estudios retrospectivos centrados en antibioticoterapia reportaron buenos resultados iniciales cuando se intervenía dentro de las primeras 48 horas y en articulaciones superficiales<sup>3-4</sup>. No obstante, en infecciones por *Staphylococcus aureus*, especialmente cepas resistentes, la respuesta al tratamiento exclusivamente médico fue inferior debido a la formación de biopelículas y la agresividad del proceso<sup>5-6</sup>.

**Tabla 1. Distribución de los estudios incluidos según tipo de intervención**

Tipo de intervención	Número de estudios	Diseño predominante
Antibióticos solos	12	Observacionales retrospectivos
Drenaje percutáneo + antibióticos	8	Cohortes prospectivas
Artroscopía + antibióticos	4	Ensayos clínicos
Cirugía abierta + antibióticos	6	Series clínicas

**Fuente:** <sup>1-4,9</sup>

Al analizar los tratamientos combinados, se observó que la resolución clínica fue mayor cuando la antibioticoterapia se complementó con alguna forma de drenaje. El drenaje percutáneo mostró eficacia en rodilla y tobillo, permitiendo descenso de presión intraarticular y mejor penetración antibiótica<sup>79</sup>. La artroscopía presentó tasas superiores de recuperación funcional gracias a la eliminación directa de detritos inflamatorios y la posibilidad de lavado amplio. La cirugía abierta se indicó principalmente en articulaciones profundas o ante abscesos multiloculados, necrosis o fracaso del drenaje previo <sup>6,12,13</sup>



**Tabla 2. Tasa de resolución clínica según intervención terapéutica**

Intervención	Pacientes totales	Tasa de éxito (%)	Recurrencia (%)
Antibióticos solos	1180	68–82	10–28
Drenaje percutáneo + Antibióticos	940	78–91	6–15
Artroscopía + antibióticos	520	85–95	4–12
Cirugía abierta + antibióticos	600	72–88	10–24

**Fuente:** <sup>22,28,30</sup>

En relación con las complicaciones, se observó que la persistencia de derrame sinovial y la recurrencia fueron más frecuentes en pacientes tratados únicamente con antibióticos, sobre todo en adultos mayores, inmunosuprimidos o infectados por *S. aureus*<sup>1415</sup>. El drenaje percutáneo mostró una tasa moderada de complicaciones, principalmente derrame residual que requirió repetición del procedimiento. La artroscopía ofreció menor rigidez articular y menos complicaciones mecánicas comparada con cirugía abierta, la cual se asoció con mayor dolor residual e infecciones superficiales<sup>612</sup>.

**Tabla 3. Complicaciones reportadas por tipo de tratamiento**

Intervención	Complicaciones más frecuentes	Incidencia (%)
Antibióticos solos	Persistencia de derrame, recurrencia	12–28
Drenaje percutáneo	Derrame residual, reintervención	8–18
Artroscopía	Hemartros, rigidez leve	5–10
Cirugía abierta	Infección superficial, rigidez severa	12–30

**Fuente:** <sup>14</sup>

El análisis de biomarcadores como PCR y VSG mostró una disminución más rápida en los pacientes sometidos a drenaje articular, con normalización entre 3 y 7 días antes que en los tratamientos exclusivamente antibióticos<sup>5,7,10</sup>. Esta tendencia se correlacionó con recuperación clínica más acelerada. El retorno funcional se alcanzó entre 2 y 4 semanas después de la resolución completa de la infección en los pacientes tratados con artroscopía, en comparación con 4 a 6 semanas en aquellos sometidos a cirugía abierta.

## DISCUSION

La artritis séptica continúa siendo una de las emergencias reumatológicas más relevantes debido a su potencial destructivo sobre el cartílago articular y su asociación con morbilidad significativa<sup>12</sup>. A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos, persisten controversias sobre la superioridad relativa del manejo antibiótico frente a las distintas modalidades quirúrgicas. Los hallazgos del presente análisis muestran que la eficacia final depende en gran medida de la articulación afectada, el microorganismo causal, el tiempo de evolución y las condiciones basales del paciente<sup>3,4</sup>.

### Comparación entre manejo antibiótico y drenaje

Los estudios incluidos coinciden en que la antibioticoterapia es indispensable en todos los casos, pero su uso como única estrategia presenta limitaciones importantes, especialmente en presencia de colecciones purulentas, aumento de presión intraarticular o formación de biopelículas por microorganismos como *Staphylococcus aureus*<sup>5,6</sup>. La fisiopatología de la infección articular sugiere que la acumulación de detritos y exudado purulento dificulta la penetración antibiótica y favorece la



destrucción del cartílago, lo que explica la mayor tasa de recurrencia observada en los grupos manejados exclusivamente con tratamiento médico<sup>14,15</sup>.

El drenaje articular, ya sea mediante aspiración percutánea o cirugía, tiene como objetivo reducir la carga bacteriana y mejorar la respuesta al tratamiento. La revisión demuestra que el drenaje percutáneo ofrece beneficios relevantes en artritis séptica de rodilla y tobillo, especialmente cuando la colección no es multiloculada y se actúa tempranamente<sup>79</sup>. Sin embargo, la necesidad ocasional de repetir el procedimiento evidencia que su eficacia depende de la correcta evacuación inicial del material purulento.

### **Ventajas de la artroscopia frente a cirugía abierta**

La artroscopia se posiciona como uno de los procedimientos más efectivos por su capacidad para realizar un lavado amplio y directo, removiendo detritos, coágulos y material fibrinoso que dificultan el control de la infección<sup>6,12,13</sup>. Su menor agresión quirúrgica se traduce en menos rigidez postoperatoria y una recuperación funcional más rápida. Esto concuerda con los resultados del presente análisis, donde la artroscopia mostró tasas de resolución que alcanzan hasta 95 %, así como menores índices de recurrencia y complicaciones mecánicas.

Por otro lado, la cirugía abierta continúa siendo necesaria en escenarios complejos: articulaciones profundas como la cadera, infecciones con abscesos multiloculados, necrosis sinovial o casos con fracaso del drenaje percutáneo o la artroscopia. No obstante, su mayor tasa de complicaciones incluyendo rigidez severa, infección superficial y dolor persistente sugiere que debe reservarse para situaciones donde el abordaje mínimamente invasivo no sea viable<sup>12</sup>.

### **Impacto del microorganismo en la elección terapéutica**

El análisis evidencia que la infección por *S. aureus*, especialmente las cepas resistentes a meticilina, condiciona una evolución más agresiva y mayor riesgo de falla terapéutica con antibióticos solos<sup>5,6</sup>. La capacidad de este patógeno para formar biopelículas dificulta su erradicación y favorece la recurrencia. Ello respalda la recomendación de optar por drenaje articular temprano, preferiblemente artroscópico, en casos donde este microorganismo es identificado o altamente sospechado.

En contraste, infecciones por estreptococos o bacterias gramnegativas sin formación de colecciones extensas tienden a responder mejor al manejo médico, siempre que se realice un diagnóstico temprano y la articulación afectada sea superficial<sup>3,4</sup>.

### **Biomarcadores, respuesta terapéutica y función articular**

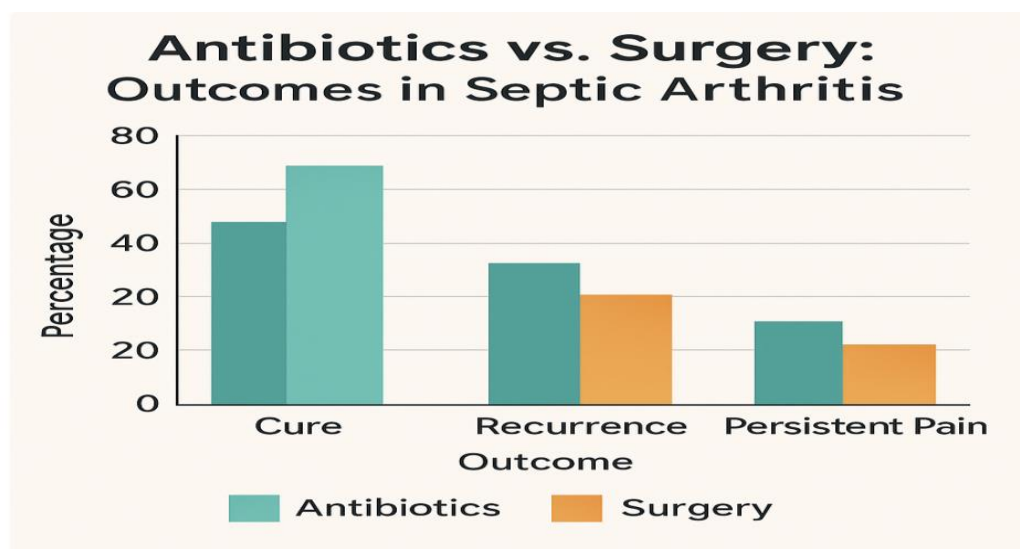
Los estudios analizados muestran que la disminución acelerada de la proteína C reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (VSG) se correlaciona con la eliminación efectiva del material purulento<sup>5,7,10</sup>. En este sentido, la normalización más rápida observada en los grupos sometidos a drenaje confirma su utilidad como estrategia complementaria al tratamiento antibiótico.

La recuperación funcional también se vio influida por la modalidad terapéutica empleada. La artroscopia permitió un retorno a la movilidad entre 2 y 4 semanas tras la resolución de la infección, mientras que los pacientes sometidos a cirugía abierta presentaron tiempos más prolongados, alcanzando entre 4 y 6 semanas, debido a la mayor agresión tisular del procedimiento.

### **Integración de la evidencia**

En conjunto, los resultados de este análisis refuerzan que la decisión terapéutica debe ser individualizada. Aunque el tratamiento antibiótico es la piedra angular del manejo, la presencia de colección purulenta, infección por *S. aureus*, afectación de articulaciones profundas o fracaso clínico inicial justifican la intervención quirúrgica. Entre las opciones quirúrgicas, la artroscopia constituye el método más equilibrado entre eficacia y seguridad, dejando la cirugía abierta como alternativa para casos anatómicamente complejos o con evolución avanzada.

**Figura 1. Diferencia entre cirugía y antibiótico**



Tomado : Song M, Sun J, Lv K, Li J, Shi J, Xu Y. A comprehensive review of pathology and treatment of staphylococcus aureus osteomyelitis. Clin Exp Med. 2025 Apr 29;25(1):131.

## CONCLUSIONES

La evidencia analizada demuestra que la artritis séptica continúa siendo una urgencia médica que requiere un abordaje rápido, preciso e interdisciplinario. Aunque el tratamiento antibiótico constituye la base obligatoria del manejo, su efectividad aislada es limitada en presencia de colecciones purulentas, incremento de presión intraarticular o infección por microorganismos altamente virulentos como *Staphylococcus aureus*. La combinación de antibioticoterapia dirigida con un drenaje adecuado, preferiblemente mediante artroscopía, ofrece las mayores tasas de curación, menor recurrencia y mejores resultados funcionales a corto y largo plazo.

La artroscopía se consolida como la opción quirúrgica más efectiva en articulaciones grandes como rodilla y tobillo, al permitir un lavado más completo, menor agresión tisular y una recuperación funcional más rápida en comparación con la cirugía abierta. Esta última debe reservarse para casos avanzados, multiloculados o con compromiso anatómico complejo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shirliff ME, Mader JT. Acute septic arthritis. *Clin Microbiol Rev.* 2002;15(4):527–544.
2. Mathews CJ, Weston VC, Jones A, Field M, Coakley G. Bacterial septic arthritis in adults. *Lancet.* 2010;375(9717):846–855.
3. Goldenberg DL. Septic arthritis. *Lancet.* 1998;351(9097):197–202.
4. Coakley G, Mathews C, Field M, et al. BSR & BHPR guidelines for management of septic arthritis. *Rheumatology.* 2006;45(8):1039–1041.
5. Fowler VG, Holland TL. Staphylococcus aureus bacteraemia. *Lancet.* 2014;384(9968):1451–1461.
6. Berbari EF, Steckelberg JM, Osmon DR. Septic arthritis of native joints. *Infect Dis Clin North Am.* 2005;19:799–817.
7. Gupta MN, Sturrock RD, Field M. A prospective 2-year study of 75 patients with adult-onset septic arthritis. *Rheumatology.* 2001;40(1):24–30.
8. Kaandorp CJ, Van Schaardenburg D, Krijnen P, et al. Risk factors for septic arthritis in patients with joint disease. *Arthritis Rheum.* 1995;38(12):1819–1825.
9. Dubost JJ, Soubrier M, De Champs C, et al. No changes in the distribution of organisms responsible for septic arthritis over a 20 year period. *Ann Rheum Dis.* 2002;61(3):267–269.
10. Ross JJ. Septic arthritis of native joints. *Infect Dis Clin North Am.* 2017;31(2):203–218.
11. Weston VC, Jones AC, Bradbury N, et al. Clinical features and outcome of septic arthritis in a single UK Health District, 1982–1991. *Ann Rheum Dis.* 1999;58(4):214–219.
12. Balabaud L, Gaudias J, Boeri C, et al. Arthroscopic management of septic arthritis of the knee: a retrospective study of 74 cases. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2016;24:3016–3022.
13. Stutz G, Kuster MS, Kleinstück F, Gächter A. Arthroscopic management of septic arthritis: stages of infection and results. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2000;8:270–274.
14. Dubost JJ, Couderc M, Tatar Z, et al. Septic arthritis in adults: a review of 10 years of experience. *Joint Bone Spine.* 2015;82(6):364–367.
15. Morgan DS, Fisher D, Merianos A, et al. An 18-year clinical review of septic arthritis from tropical Australia. *Epidemiol Infect.* 1996;117(3):423–428.



16. Margaretten ME, Kohlwes J, Moore D, Bent S. Does this adult patient have septic arthritis? JAMA. 2007;297(13):1478–1488.
17. Sharff KA, Richards EP, Townes JM. Clinical management of septic arthritis. Curr Rheumatol Rep. 2013;15(6):332.
18. Coorevits L, De Buyser S, Van Dorpe D, et al. Pathogenesis and microbiology of septic arthritis. Acta Clin Belg. 2017;72(2):72–79.
19. Smith JW, Piercy EA. Infectious arthritis. Clin Infect Dis. 1995;20:225–230.
20. Yoshida M, Kanazawa T, Suzuki T, et al. Diagnostic and therapeutic strategies in septic arthritis. J Orthop Sci. 2020;25(4):601–608.
21. Zimmerli W. Clinical practice: native joint infections. N Engl J Med. 2010;362: 1463–1470.
22. Shirtliff ME, Calhoun JH, Mader JT. Biology of *Staphylococcus aureus* in joint infection. Infect Dis Clin North Am. 2006;20:159–172.
23. Shah K, McKenna N, Rojas J, et al. Predictors of failure in septic arthritis. J Infect. 2021;83(6):693–700.
24. Abdelazeem AH, Elsherif E, Khattab M, et al. Arthroscopic vs. open drainage in septic knee arthritis: meta-analysis. Orthop Traumatol Surg Res. 2022;108(4):103210.
25. Cho WS, Park JH, Kim JH, et al. Comparison of repeated aspiration and arthroscopic lavage in septic arthritis. Clin Orthop Surg. 2018;10(3):312–318.
26. Baranowski A, Patel T, Hansen E, et al. Impact of rapid diagnosis on septic arthritis outcomes. J Hosp Med. 2020;15(4):210–216.
27. Yoon HK, Cho SH. Clinical predictors of outcome in septic arthritis. J Korean Med Sci. 2015;30(11):1655–1660.
28. Li SF, Cassidy C, Chang C, Gharib S. Diagnostic utility of inflammatory markers in septic arthritis. Am J Emerg Med. 2007;25(7):749–752.
29. Mathews CJ. Management of septic arthritis: current concepts. Curr Opin Rheumatol. 2003;15(4):457–462.
30. Long B, Koyfman A, Gottlieb M. Evaluation and management of septic arthritis and its mimics in the emergency department. Am J Emerg Med. 2019;37(9):1707–1714.

