

UN PATÓGENO INUSUAL EN LA INFECCIÓN PROTÉSICA DE RODILLA

Iñigo San José Pardo, Manuel González Rodríguez, Marta Baruque Astruga,
Ricardo Briso-Montiano Pinacho, Carlos Alberto Mora Simón

Objetivo:

La incidencia de infección de prótesis articular (IPA) primaria es del 1-2% siendo sólo el 0,3% producidas por micobacterias, habitualmente en pacientes inmunodeprimidos.

Mycobacterium fortuitum produce generalmente infecciones cutáneas y de tejidos blandos. En raras ocasiones produce IPA, apareciendo clínica aguda con abscesos o fístulas y radiolucencia periprotésica progresiva.

Al formar biofilm, las muestras tisulares ofrecen mayor rendimiento diagnóstico que el cultivo de líquido periprotésico, recomendándose esperar >14 días por su lento crecimiento.

Material y método:

Varón de 54 años sin antecedentes de interés intervenido de artroplastia de rodilla, que 3 años después refiere molestias que limitan la actividad, visualizándose movilización del componente tibial. Parámetros inflamatorios, recuento de líquido articular y cultivos negativos para infección, procediéndose a recambio del componente tibial.

Consulta por dolor persistente e inflamación 6 meses después, con leucocitos $7,9 \times 10^9/l$ y PCR 27,7mg/L. Dos artrocentesis muestran 18.000 y 6.700 células/ μl respectivamente con aislamiento de *M. fortuitum* en dos cultivos consecutivos.

Se planifica recambio en dos tiempos, apreciándose intraoperatoriamente movilización de componentes. Biopsias tisulares y sonicación de implantes reflejan ausencia de crecimiento.

Tratamiento con levofloxacino y amikacina intravenosos 3 semanas seguido de levofloxacino y doxiciclina oral 4 meses con evolución clínica favorable y parámetros inflamatorios que se estabilizan, realizándose a los 7,5 meses el segundo tiempo quirúrgico.

Resultados:

Los cultivos tisulares y sonicación del recambio son negativos y al año de seguimiento la evolución clínica es favorable sin dolor y con vuelta a la actividad habitual.

Conclusiones:

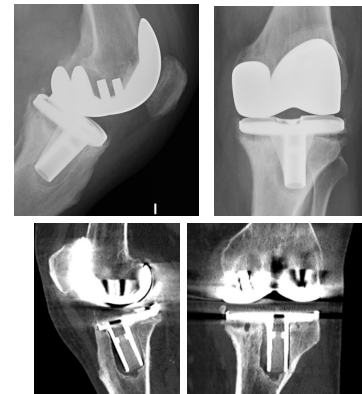
En IPA micobacterianas, la antibioterapia aislada, el recambio en un tiempo o el desbridamiento con retención del implante son poco exitosos. Se recomienda el recambio en 2 tiempos con espaciador con antibiótico y doble antibioterapia intravenosa 6 semanas seguida de 3-6 meses de doble antibioterapia oral, pudiendo valorarse un intervalo reducido.

El segundo tiempo quirúrgico se planteará en caso de mejoría clínica y confirmación de la erradicación de la infección mediante análisis serológicos y dos cultivos repetidos negativos, al menos dos semanas después de completar la antibioterapia.

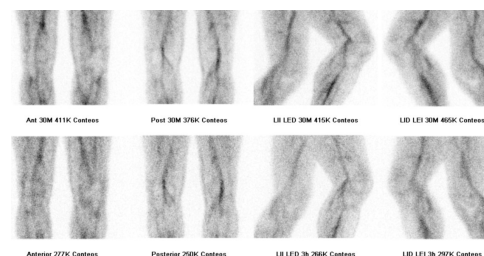
Se concluye que la planificación terapéutica descrita es válida para el tratamiento de IPA por *M. fortuitum*.

Bibliografía:

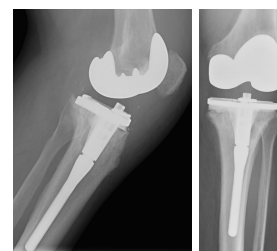
1. Fix WC, Sheth NP, Braffman MN. *Mycobacterium fortuitum* Prosthetic Joint Infection After Total Hip Arthroplasty: A Case Report. *JBJS Case Connect.* 2020 Apr-Jun;10(2):e0343.
2. Hwang BH, Lee SC, Ong A, Ahn HS, Moon SH. *Mycobacterial periprosthetic joint infection after primary total knee arthroplasty.* *Int Orthop.* 2021 Dec;45(12):3055-3062.
3. Porat MD, Austin MS. *Bilateral knee periprosthetic infection with Mycobacterium fortuitum.* *J Arthroplasty.* 2008 Aug;23(5):787-9.



Radiografías y TC con aflojamiento de componente tibial.



Gammagrafía marcada con leucocitos sin actividad.



Radiografías tras recambio de componente tibial.

Líquido articular/sinovial

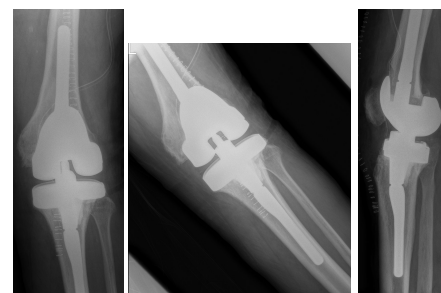
Cultivo aerobio larga incubación

Positivo

Mycobacterium fortuitum

	<i>Mycobacterium fortuitum</i>
Cefoxitina	Intermedio
Imipenem	Sensible
Amikacina	Sensible
Clarithromicina	Sensible
Rifampicina	Resistente
Ciprofloxacino	Sensible
Levofloxacino	Sensible
Minociclina	Sensible
Linezolid	Sensible

Antibiograma positivo para *M. fortuitum*



Radiografías tras segundo recambio