

INFECCIÓN PROTÉSICA SINCRÓNICA DE ORIGEN HEMATÓGENO

A propósito de un caso y revisión de nuestra experiencia

Jesús Cernadas Martínez, Alejandro López-Pardo Pardo, Germán Alejandro Mendoza Revilla, Alejandro Salido Villarón y Lucía Domingo Rodríguez

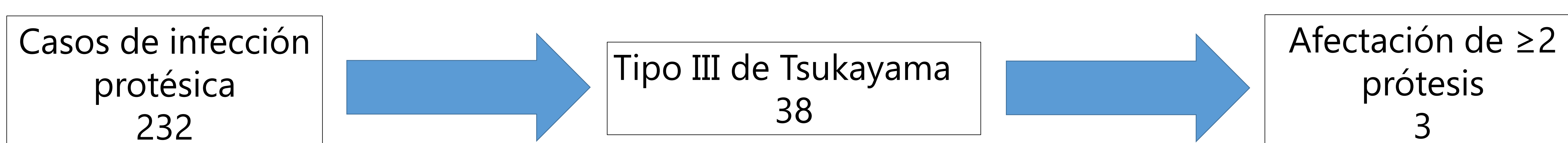
HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI

INTRODUCCIÓN

Varón de 80 años con un cuadro séptico asociado a lumbalgia y derrame articular bilateral en rodillas protetizadas. Se establece el diagnóstico de espondilodiscitis e infección protésica bilateral de origen hematógeno (tipo III de la clasificación de Tsukayama causada por SAMS comunitario) y se trata mediante desbridamiento en dos tiempos, primero la rodilla izquierda y dos días más tarde la derecha, antibioterapia y retención del implante (DAIR).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una revisión retrospectiva de los pacientes diagnosticados de infección protésica en nuestra área sanitaria desde 2009 a 2023 según los criterios del MSIS obteniendo los siguientes resultados:



De los tres casos de infección periprotésica múltiple, uno sufrió infección de ambas prótesis totales de cadera y los dos restantes, entre los que se incluye el de interés, una infección bilateral de prótesis totales de rodilla. Cabe destacar que en dos pacientes el diagnóstico de infección múltiple no se realizó en el momento inicial, por lo que precisaron tratamiento diferido.

DISCUSIÓN

La infección periprotésica es una entidad poco frecuente que puede poner en peligro la vida del individuo. El riesgo se incrementa cuando se produce en múltiples implantes de forma sincrónica o metacrónica, debiendo sospecharla ante un cuadro séptico en pacientes protetizados, siendo al menos un implante sintomático. Hay que prestar atención a factores de riesgo como diabetes, artritis reumatoide, inmunosupresión y bacteriemia asociados.

La punción articular es la prueba más importante para establecer un diagnóstico precoz atendiendo a los criterios del MSIS, existiendo cierta controversia sobre aspirar sólo el implante con mayor grado de sospecha o bien todas las prótesis del individuo, dado que la técnica no está exenta de riesgos si bien permite la detección prematura de implantes infectados todavía asintomáticos.

La actitud terapéutica debe ser consensuada en unidades multidisciplinarias constituidas por cirujanos, infectólogos y microbiólogos. En la mayor parte de los casos de infección sincrónica se realizará un desbridamiento quirúrgico precoz con retención del implante, recambio de partes móviles y antibioterapia dirigida (DAIR), siendo el recambio protésico en uno o en dos tiempos una opción quirúrgica a tener en cuenta cuando la primera fracasó y sobre todo en infecciones metacrónicas.

CONCLUSIONES

1. Debemos tener un alto grado de sospecha clínica.
2. La punción articular es una prueba muy importante para establecer un diagnóstico precoz.
3. El DAIR es un tratamiento de primera línea para infecciones sincrónicas.
4. El recambio protésico se debe considerar ante fracasos.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA