



## I-219. - INFECCIONES DE PRÓTESIS ARTICULARES EN UNA COHORTE DE PACIENTES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

A. Blanco Martínez de Morentín, R. Cabo Magadan, E. Salazar Thieroldt, M. Quiñones, E. Iglesias, S. López, M. del Álamo, C. Dueñas

Medicina Interna. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

### Resumen

**Objetivos:** Conocer la etiología actual de las infecciones de prótesis articulares en nuestro medio. Identificar posibles factores de riesgo y características clínica para las infecciones en un hospital terciario.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo de una cohorte de 41 casos consecutivos de infección protésica en el periodo 2009-2012. Se revisaron las historias de todos los adultos diagnosticados de infección de prótesis articular, en la que se recogían los siguientes datos de los sujetos: edad, sexo, posibles factores predisponentes (artritis reumatoide, diabetes mellitus, tratamiento inmunosupresor, neoplasias en los últimos cinco años), posibles factores de riesgo de organismos MR, riesgo quirúrgico (medido según la escala ASA), tipo de prótesis (cadera o rodilla, total o parcial, cementada), el antecedente de artroplastia previa sobre la misma articulación, profilaxis antibiótica previa. Se clasificó la infección según los criterios de Tsukayama en infección protésica precoz, crónica tardía, aguda hematógena y cultivos intraoperatorios positivos.

**Resultados:** La edad media fue de 71 años (16- 89); el 55,0% fueron hombres. Entre los factores predisponentes la diabetes mellitus era la patología más frecuente (15,5%). El 70,4% de los pacientes se evaluó el riesgo quirúrgico como ASA 2. 17 pacientes eran diabéticos. El 7,5% de los pacientes recibían tratamiento inmunosupresor crónico y tres pacientes padecían AR. Un 25,6% de los pacientes tenían factores de riesgo de infección por microorganismo multiresistente. En el 94,7% se realizó profilaxis antibiótica, con una duración media de 2 días. La indicación de la prótesis fue primaria en el 70% de los casos. En el 47,4% la prótesis fue de rodilla y el 52,5% de cadera. Siendo prótesis totales en el 92,55% de los casos; y en un 7,5% de las ocasiones la prótesis fue cementada, dos de ellas con antibiótico, aunque se desconocía en un 50% de los casos. El 74,4% fueron infecciones crónicas tardías, 15,4% posquirúrgica, 2 casos fueron infecciones agudas hematógenas, y dos casos se diagnosticaron tras cultivos intraoperatorios positivos. El tipo de muestra más frecuentemente positiva fue el exudado de herida quirúrgica. Se obtuvo confirmación microbiológica en el 84% de los casos, aislándose *Staphylococcus epidermidis* en el 28,6%, *S. aureus* 34%, bacilos gram(-) en 8 casos, enterobacterias 26%, y en un caso se aisló una micobacteria. Cuatro de los microorganismos aislados se identificaron como multiresistentes (criterios de Magiorakos) o con determinados mecanismos de resistencia.

*Discusión:* En nuestros pacientes como factor de riesgo, predomina la diabetes, como apoyan otras series de pacientes. El agente causal aislado con más frecuencia en nuestra serie es el *Staphylococcus epidermidis*, coincidiendo con los resultados de algunos estudios. El aislamiento de un germen exclusivamente de la herida superficial, hecho que ocurrió en seis de nuestros pacientes, puede hacer dudar sobre la causalidad del mismo en la IP. En los seis casos la respuesta al tratamiento fue correcta adecuando el mismo a los antibiogramas obtenidos. En nuestros pacientes el diagnóstico se basó en el aislamiento del germen causal, la clínica y la alteración de parámetros analíticos como la VSG y la proteína C reactiva. Destaca el escaso número de técnicas de imagen realizadas para confirmar el diagnóstico de IP.

*Conclusiones:* Pese a las limitaciones que presenta este estudio, como son el tamaño de la muestra que limita la evaluación de los factores de riesgo de la IP. Parece que la infección de prótesis articular sigue siendo mayoritariamente monomicrobiana siendo los cocos gram positivos la causa más frecuente, aunque hay que destacar la presencia de infecciones producidas por BGN así como las producidas por morg multiresistentes. Un mejor conocimiento de la situación actual con más estudios puede permitirnos optimizar el tratamiento empírico de estas infecciones.