



I-164 - INFECCIÓN PERIPROTÉSICA DE CADERA POR *LISTERIA MONOCYTOGENES* EN 2 PACIENTES INMUNOCOMPETENTES

M. León Rosique¹, I. Otermin Maya², J. Aláez Cruz², J. Gutiérrez Dubois², S. Albas Sorrosal¹, I. Villar García¹, J. Rojo Álvaro¹, J. Poblet Florentin¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra). ²Servicio de Medicina Interna. Centro de Rehabilitación Ubarmin. Egüés (Navarra).

Resumen

Objetivos: Describir la casuística de la infección periprotésica causada por *Listeria monocytogenes* en la Clínica Ubarmin (Egués, Navarra) en los últimos treinta años.

Métodos: Revisión de las historias clínicas y la bibliografía publicada.

Resultados: Caso 1: varón de 78 años con antecedentes de HTA y artrosis de cadera derecha. En 1983 se intervino de prótesis total de cadera derecha, desarrollando tromboembolismo pulmonar durante el postoperatorio. El 21 de abril de 2001 inició síndrome miccional, fiebre de 38,5 °C y posteriormente dolor periprotésico con impotencia funcional. La exploración física mostraba inflamación a nivel de cadera derecha con dolor espontáneo. Analíticamente destacaba VSG 75 mm (VN 1-20), PCR 13,9 (VN < 1) con función renal y hepática normales y sin leucocitosis. Se obtuvieron hemocultivos con aislamiento de *Listeria monocytogenes* sensible a ampicilina y gentamicina. El 4 de junio se realizó gammagrafía ósea con estudio combinado de Ga 67 y Tc 99 con datos compatibles con infección periprotésica derecha. Se trató con ampicilina 2 gramos cada 6 horas y gentamicina 240 mg cada 24h ambos intravenosos durante 15 días y al alta con amoxicilina/clavulánico 1 g/250 mg cada 8 horas y rifampicina 600 mg diarios ambos orales durante otros 30 días. No precisó limpieza quirúrgica ni recambio articular. A los tres años desarrolló seroma alrededor de dicha prótesis con estudios microbiológicos negativos. Caso 2: varón de 78 años con antecedentes de fibrilación auricular, cardiopatía isquémica, diabetes mellitus en tratamiento dietético y carcinoma papilar de células uroteliales (intervenido en 2011 con controles posteriores libres de enfermedad). En septiembre de 2014 se intervino de prótesis total de cadera, formándose poco después colección serosa a nivel de herida quirúrgica con drenaje espontáneo. La evolución fue tórpida, siendo ingreso el 18 de marzo de 2015. Se hizo estudio analítico, del cual destacamos una glicohemoglobina de 5,9%, VSG de 40 mm (VN 1-20) y una PCR de 5,1 (VN < 1) sin leucocitosis. En el líquido sinovial, de aspecto turbio, se aisló *Listeria monocytogenes*, confirmado en un segundo cultivo. El antibiograma informaba sensibilidad a ampicilina, Penicilina y de forma límite a levofloxacino y cotrimoxazol. Se trató con ampicilina intravenosa 2 gramos cada 6 horas durante 19 días y gentamicina intravenosa 240 mg una vez al día durante 10 días. El 24 de marzo se realiza curetaje, bursectomía y recambio de cabeza protésica. Al alta siguió tratamiento con amoxicilina 2 g cada ocho horas oral durante 75 días.

Discusión: *Listeria monocytogenes* puede producir infección periprotésica en raras ocasiones. Tradicionalmente se ha asociado a estados de inmunosupresión (corticoterapia, terapias biológicas, diabetes mellitus, tumores activos, senectud, etc.). Hoy día no existe un consenso en el manejo terapéutico. Sin embargo, la práctica habitual es tratar con antibioterapia prolongada asociada a curetaje en quirófano. Estos dos casos representan la totalidad de infección periprotésica por *Listeria sp.* en los últimos 30 años en la Clínica Ubarmin, centro que es referencia en Navarra en cirugía ortopédica. Destacamos la ausencia de inmunosupresión conocida salvo edad avanzada en el caso 1. Se siguió hasta la actualidad, no desarrollando patología relevante. Con respecto al caso dos, además asociaba diabetes pero buen control que tenía el paciente con tratamiento exclusivo dietético durante años. Por tanto, creemos que se puede considerar a ambos pacientes inmunocompetentes.

Conclusiones: La infección periprotésica con *Listeria monocytogenes* es una enfermedad muy infrecuente que se puede desarrollar en pacientes inmunocompetentes.