



## I-271 - VARIABILIDAD EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIÓN POR PRÓTESIS ARTICULARES EN UN HOSPITAL COMARCAL DURANTE 3 AÑOS

L. Fandos Pérez<sup>1</sup>, P. Martín-Moyano Cuevas<sup>1</sup>, A. Yagüe Muñoz<sup>3</sup>, L. Pérez Pérez<sup>1</sup>, A. Blasco Claramunt<sup>1</sup>, J. Marco Lattur<sup>1</sup>, T. Martín Herrero<sup>2</sup> y M. Arnal Babiloni<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna; <sup>3</sup>Servicio de Microbiología; <sup>2</sup>Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de la Plana. Villarreal (Castellón).

### Resumen

**Objetivos:** Describir la variabilidad epidemiológica de las infecciones de prótesis articulares de cadera y rodilla en un hospital comarcal durante un periodo de tres años (2014-2016) en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, evaluando los factores de riesgo que predisponen a las mismas y los tratamientos empíricos instaurados.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo longitudinal de carácter retrospectivo de las muestras de cultivo de líquido articular remitidas desde el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital de La Plana durante los tres últimos años, evaluando distintos factores de riesgo, así como resultados microbiológicos de las muestras remitidas al Servicio de Microbiología. Se incluyeron 19 pacientes en el estudio con sospecha de Infección de prótesis articular. El cultivo se consideró positivo cuando se aisló un patógeno significativo o dos estafilococos coagulasa negativos de la misma especie, en al menos, dos muestras diferentes. La infección se clasificó en función del tiempo de adquisición, diferenciando entre infección precoz (menos de 1 mes tras implante) y tardía (más de 2 meses tras primoimplante).

**Resultados:** Se procesaron 121 muestras de líquido articular en pacientes con sospecha de infección periprotésica, obteniéndose un total de 52 cultivos positivos pertenecientes a 19 pacientes, 12 mujeres y 7 hombres, de las cuales 11 (57%) correspondieron a prótesis de rodilla y 7 (43%) a prótesis de cadera. Se excluyeron un total de 3 pacientes por muestra insuficiente. En función del tiempo de instauración, 13 (68%) fueron tardías y 6 (32%) precoces, una de ellas polimicrobiana y de diseminación hematogena. En cuanto a las comorbilidades, la más frecuente fue la hipertensión arterial estando presente en 17 (89,47%) pacientes, así como la diabetes mellitus presente en 7 (36%) pacientes. La enfermedad renal crónica es una comorbilidad a tener en cuenta, así como la hepatopatía y las enfermedades reumatológicas, siendo un porcentaje no despreciable el que hemos obtenido en nuestra serie de casos. En cuanto a los microorganismos aislados más frecuentes se aislaron cocos grampositivos con predominio de estafilococos, seguidos de bacilos gramnegativos. La elección de la antibioterapia empírica instaurada es muy variable, siendo la combinación de una quinolona y un aminoglucósido la pauta antibiótica más utilizada. Se realizó limpieza quirúrgica en 16 pacientes (84%) y extracción del material protésico en 7 (36,84%) pacientes. Los espaciadores cementados impregnados de antibiótico fueron implantados en 9 pacientes (47,36%) con muy buena tolerancia.

*Conclusiones:* La infección de prótesis articulares constituye una complicación infrecuente pero grave. La presencia del material protésico, la intervención quirúrgica y los factores de riesgo del huésped predisponen fuertemente a adquirir la infección. La gran mayoría de los casos son causados por cocos grampositivos, con gran predominio de estafilococos siendo frecuentes las infecciones polimicrobianas. Según el tiempo de aparición se pueden clasificar en precoces o tardías. El tratamiento más utilizado, especialmente en las infecciones tardías, es el recambio de la prótesis en dos tiempos, que incluye la retirada inicial de la prótesis, colocación de un espaciador de cemento impregnado con antibióticos, habitualmente gentamicina, antibioticoterapia sistémica durante al menos 6 semanas, retirada del espaciador y colocación de una nueva prótesis. Es importante para el diagnóstico la extracción de un número suficiente de muestras de líquido articular para su cultivo y correcta identificación (habitualmente entre 3 y 4 muestras). Dada la complejidad de este tipo de infecciones, es indispensable la participación de un equipo multidisciplinar que permita un amplio abordaje de dicha complicación.