

CADENA DE COMPLICACIONES. CADA DÍA MÁS FRECUENTE EN TRAUMATOLOGÍA

Paulete García A (Hospital Universitario del Sureste- Madrid)

INTRODUCCIÓN

La infección protésica asciende al 2% de las artroplastias de rodilla y cadera al año, siendo la primera indicación de revisión protésica. Las infecciones protésicas pueden ser agudas con síntomas muy floridos o crónicas, que en ocasiones pueden confundirse con desgaste del polietileno, movilización aséptica o enfermedad por partículas. Presenta un problema clínico por su difícil manejo y resolución.

OBJETIVOS

A propósito de caso, el objetivo es identificar los datos clínicos de infección periprotésica, así como manejo agudo y crónico de ellas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 80 años intervenida en otro centro. Como antecedentes: PTC izquierda, PTR izquierda, PTR derecha (2010) rescatada en 1 tiempo (principios 2020) por movilización aséptica con cultivos negativos. En diciembre de 2020 tras caída, presenta fractura periprotésica fémur derecho (tipo II-Rorabeck), intervenida mediante RAFI con placas rectas + cerclajes. En junio 2021 llega a nuestro centro, confirmándose una pseudoartrosis de fémur derecho + fracaso MOS, realizándose EMO placa, exéresis componentes e implantación de prótesis híbrida Segmental® bisagra rotacional (Zimmer) sin protetizar la patela.

En mayo 2022 comienza con dolor en 1/3 medio de muslo y meseta tibial derecha. En la radiografía se observan rotura del cerclaje, líneas radiolúcidas en la interfaz cemento-hueso de la metáfisis tibial con una gammagrafía que muestra inflamación y aumento de la actividad osteogénica en la punta del vástago femoral, sin proceso séptico activo. Dada la clínica y PPCC, se decide realizar un recambio protésico tumoral en un tiempo.

RESULTADOS

Primero, con abordaje anterior rodilla + artrotomía parapatelar medial, procedemos a la extracción de prótesis Segmental® RD con signos movilización y toma de muestras. Posteriormente, implantamos la **prótesis**

Endomodel® (Link) rotacional cementada en tibia y fémur con sustitución metafisodiafisaria y vástago para asentar la prótesis de cadera modular Megsystem-C (Link). Segundo, mediante abordaje posterior cadera, se hace OTT del cuello femoral y trocánterica hasta zona de unión con vástago Megsystem y colocación del componente femoral y cabeza bipolar.

Cursa con postoperatorio adecuado, con carga precoz sin complicaciones. Los cultivos muestran **E.faecalis (1/5muestras)** y **E.faecium ampis (1/5muestras)**, considerado contaminación. A las 6 semanas acude a Urgencias con secreción seropurulenta zona distal herida rodilla y PCR 185mg/dl. Con diagnóstico de infección aguda/subaguda, se realiza DAIR rodilla + toma muestras + recambio PE + TTO ATB IV (vancomicina + ceftazidima). Muestras 5/5 S.Epidermidis. Estamos ante una **Infección precoz tras Recambio protésico tumoral 1-tiempo por aflojamiento aséptico PTRD y pseudoartrosis fémur**. Tuvo un descenso progresivo de PCR, pero presenta FRA no oligúrico por vancomicina, cambiándose el tratamiento por rifampicina + linezolid. Al alta, mantiene TTO ATB con Dalvabancina 1500mg administrado en HDD.

Al mes del DAIR, refiere dolor, es capaz de caminar 200metros, buen aspecto herida y PCR 36mg/l; recibiendo 2ª dosis Dalvabancina (1000mg IV). A las 7semanas PCR 11, última dosis de Dalvabancina, y manteniendo TTO con Septrim-forte 1comp/12h x 12semanas. A los 3meses, presenta dolor mecánico en cadera, tumefacción de rodilla sin fiebre ni manchado de herida y camina con bastón. Dado ascenso PCR (27), se mantiene Septrim-forte x 6 meses alcanzando PCR 1.5mg/l al finalizarlos. En julio 2023 (15 días tras retirada Septrim) acude a Urgencias por dolor de 48 horas en cadera y muslo sin afectación de herida, PCR 116 y descartada TVP; se decide ingreso por sospecha de infección crónica reagudizada. Se inicia TTO ATB empírica IV (S.Epidermidis), toma HC y TAC, indicando ausencia de **claras colecciones subsidiarias drenaje y probable celulitis** anterolateral pierna derecha. Durante el ingreso, los HC son negativos modificándose ATB (Daptomicina x 2semanas). Al alta, deambulación con andador y mejoría del dolor. Se mantiene Septrim-forte 1comp/8h + rifampicina 600mg x 2meses. Al mes VSG 60 y PCR 10, en descenso. Al 4º mes se reduce el Septrim 1 comp/12h. Al 8º mes del último ingreso, PCR 13, VSG 30 ;manteniendose el Septrim 1comp/24h como TTO ATB supresor hasta tolerancia del paciente.

CONCLUSIONES

Las infecciones periprotésicas suponen un importante problema clínico, aumentando la morbimortalidad y superando al desgaste del PE como principal causa de revisión (1-2%). Se debe realizar un manejo multidisciplinar, incluyendo a un internista/microbiólogo. Si se trata de una infección periprotésica aguda se recomienda el DAIR + TTO antibiótico, y en caso de infección periprotésica crónica existe la discusión del recambio en 1 o 2 tiempos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nicholas A B, Michael James T, Michael S K, Elizabeth B G. Periprosthetic Femur Fracture Around the Hip. Instr Course Lect. 2025;74:233-242. PMID: 39745564.
2. Wilson JL, Squires M, McHugh M, Ahn J, Perdue A, Hake M. The geriatric distal femur fracture: nail, plate or both? Eur J Orthop Surg Traumatol. 2023 Jul;33(5):1485-1493. doi: 10.1007/s00590-022-03337-5. Epub 2022 Jul 27. PMID: 35895117
3. Nelson SB, Pinkney JA, Chen AF, Tande AJ. Periprosthetic Joint Infection: Current Clinical Challenges. Clin Infect Dis. 2023 Oct 5;77(7):e34-e45. doi: 10.1093/cid/ciad360. PMID: 37434369; PMCID: PMC11004930.
4. Karczewski D, Schönngel L, Hipfl C, Akgün D, Hardt S. Periprosthetic hip infection in octogenarians : a single institution experience of 33 cases. Bone Joint J. 2023 Feb;105-B(2):135-139. doi: 10.1302/0301-620X.105B2.BJJ-2022-1035.R1. PMID: 36722065.
5. Karczewski D, Schönngel L, Hipfl C, Akgün D, Hardt S. Periprosthetic knee infection in octogenarians: a single institution experience at midterm outcome. Arch Orthop Trauma Surg. 2023 Jul;143(7):4317-4322. doi: 10.1007/s00402-023-04796-z. Epub 2023 Feb 7. PMID: 36750492; PMCID: PMC10293346.

