

> INFECCIONES DE PRÓTESIS ARTICULARES

Autores: Dr. Melchor Riera, Dr. Francisco de Asís

La infección de prótesis articulares (IPA) es una complicación grave que conlleva necesidad de nuevas intervenciones quirúrgicas y empeoramiento del resultado funcional.

Factores de riesgo

- Riesgo quirúrgico ASA mayor a 2.
- Intervenciones previas-reprotesis.
- Tiempo de cirugía > 2,5 horas.
- Comorbilidades (inmunodepresión, artropatías inflamatorias, diabetes mellitus mal controlada, obesidad, insuficiencia renal crónica, hepatopatía crónica o desnutrición).

Definición de la infección protésica

Cualquier criterio mayor o 3 de los 5 criterios menores

Criterios mayores

- Aislamiento en al menos 2 cultivos periprotésicos o en líquido articular de un microorganismo fenotípicamente idéntico
- Presencia de un trayecto fistuloso que comunica con la articulación

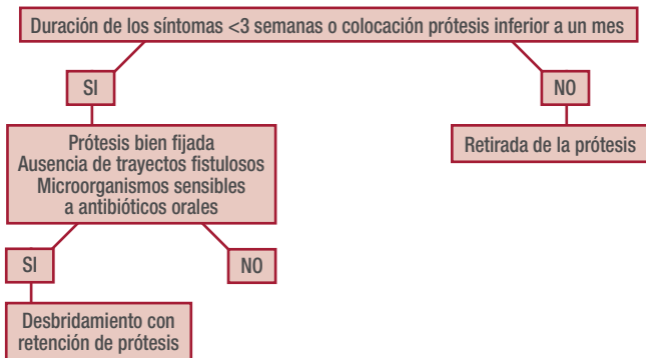
Criterios menores

- Elevación de VSG o PCR (En IPA Crónica VSG > 30, PCR > 10)
- Leucocitos aumentados en líquido articular (en infección aguda > 10000 cels/ml y en infección crónica > 3000 cels/ml)
- Test de esterasa leucocitaria + o ++
- Examen histológico con > 5 leucocitos por campo de alta definición
- Un simple cultivo positivo

Clasificaciones de las artritis protésicas y etiología

Clasificación de Tsukayama (1996)	Clasificación Zimmerli International Group 2005	Etiología
Precoz (tipo 1): primer mes.	Precoz Inicio a las 4-8 semanas tras intervención	<i>S.aureus</i> (29%) BGN (16%) SCN(15%) Anaerobios (11%) Hongos (6,4%)
Tardía crónica (tipo 2): a partir del primer mes.	Crónica A las 3-24 semanas después de la cirugía	SCN (44%) <i>S.aureus</i> (27%) BGN (11%) Estreptococos (8%) Anaerobios (8%)
Hematógena (tipo 3).	Inicio tardío: Diagnosticada > de 2 años de intervención	<i>S.aureus</i> (75%) Estreptococ (16%) SCN (8%)
Cultivos intraoperatorios positivos (tipo 4).	IPA silente: cultivo + aislado en el momento de la revisión	SCN (100%)

Algoritmo diagnóstico en Infecciones protésicas tardías



Tratamiento antibiótico de la infección de prótesis articular según los microorganismos responsables

Microorganismo	Antibiótico
<i>S. aureus</i> o SCN Meticilin-sensible	Cloxacilina 2 g/6h +/- daptomicina 6-10 mg/Kg/24h EV 7-14 días seguido de rifampicina 600 mg/24h + levofloxacino 750 mg/24h VO 6-8 semanas
<i>S. aureus</i> o SCN Meticilin-Resistente	Vancomicina 1 g/12h +(daptomicina 6-10 mg/Kg/24h o cloxacilina 2 g/6h o fosfomicina) 2 semanas. seguido de rifampicina 600mg/24h + TMP-SMZ 1 comprimido/8h VO o clindamicina 600 mg/12h VO o linezolid 600 mg/12h VO 4-8 semanas
<i>Streptococcus</i>	Penicilina G 5 mill.UI/6h EV o Ceftriaxona 2 g/24h EV 7-14 días Seguido de amoxicilina 1 gr/8h +/- rifampicina 600-900 mg/24h VO Alternativa: levofloxacino 750 mg/24h VO 4-8 semanas
Enterococos (penicilin-sensibles)	Ampicilina 2 gr/6h EV + puede administrarse en combinación con ceftriaxona 2 g/ 24h EV o rifampicina 600-900 mg/24h VO 2-4 semanas Seguido de amoxicilina 1 gr/8h 4-8 semanas

Microorganismo	Antibiótico
Enterobacterias sensibles a quinolonas	Cefalosporinas de 3ª generación para enterobacterias: ceftriaxona 2g/24h o ceftazidima 2g/8h EV Ertapenem 1g/24h para Blactamasas AMPc o BLEE 7-14 días Seguido de ciprofloxacino 750mg/12h o TMP-SMZ 1 comprimido/8h 6-8 semanas Si resistencia a quinolonas mantener tratamiento EV con Blactámicos.
<i>P. aeruginosa</i>	Ceftazidima 2 g/8h EV 2 semanas seguido de ciprofloxacino 750 mg/8-12h VO si sensible 8 semanas
Anaerobios	Clindamicina 600 mg/6-8h EV 2 - 4 semanas Seguido de clindamicina 600 mg/8h VO 4-8 semanas Teicoplanina EV o IM 400mg/24h es una alternativa con menor actividad
Infecciones mixtas	Amoxicilina-clavulánico 2 g/8h EV o Carbapenems 2-4 semanas seguido de tratamiento específico según susceptibilidad 4-8 semanas

La duración depende de la evolución de la artritis, sensibilidad a rifampicina y de las otras alternativas orales.