

Infección de prótesis articulares: réplica de los autores

Sr. Editor: Son de gran interés los comentarios¹ realizados sobre nuestro estudio². Aunque en líneas generales estamos de acuerdo, sería importante puntualizar algunas cuestiones, que no están bien reflejadas en la metodología del trabajo y que pudieran afectar a los resultados del mismo.

El estudio fue realizado de forma prospectiva y observacional siguiendo el trabajo de Drancourt et al³, que incluía prótesis e implantes osteoarticulares conjuntamente, dado que en muchas ocasiones la infección de prótesis no significa que tenga artritis. De los 38 implantes, 15 correspondían a clavos y 23 a placas y tornillos, respectivamente, y no se incluyeron fijadores externos.

En cuanto a la profilaxis quirúrgica, no se reseñó por que no presentó diferencias significativas durante todo el estudio. Nuestro protocolo de profilaxis antibiótica en cirugía de prótesis e implantes osteoarticulares se ha ajustado a los protocolos de consenso, utilizando a lo largo del estudio cefazolina o cefuroxima a dosis de 2 y 1,5 g por vía intravenosa, respectivamente, iniciándolo 1 h antes de la cirugía, con dosis intraoperatoria si la duración era superior a 2 h y después se mantenía tratamiento según esquema estándar para cada antimicrobiano hasta cierre de drenajes, con un total de 3 días^{4,6}. En relación con el diagnóstico de la infección protésica intermedia y tardía, no utilizamos procedimientos cruentos como la punción sobre prótesis, al considerar que aunque mejora los resultados, no se podía evitar la contaminación de las muestras⁷ y su repercusión en el manejo del paciente iba a ser limitada. La toma de cultivos del hueso se realizó de acuerdo con el protocolo del servicio de traumatología de nuestro hospital, que incluía muestra de la cápsula y de la sinovia, así como del hueso de ambas extremidades

articulares, realizándose siembras microbiológicas en medios aerobios y anaerobios de forma sistemática, siguiendo las normas generales del servicio de microbiología para este tipo de muestras. No se enviaron muestras al laboratorio de anatomía patológica. El tipo de muestras procesadas y su origen fueron: punción de abscesos (10), del hueso (27), del fondo de la úlcera (24) y cinco en hemocultivos. Los anaerobios aislados⁶ eran *Bacteroides fragilis*, encontrándose todos en abscesos de tobillo sobre implante por fractura abierta del mismo. No se encontraron infecciones polimicrobianas ni aislamientos de *Propionibacterium acnes*.

Finalmente, la incidencia del 5%, si bien resulta superior a lo estimado por la mayoría de autores⁸, lo consideramos como aceptable de acuerdo con Brause⁹, teniendo en cuenta la problemática de estos pacientes y la dificultades de la cirugía de prótesis en nuestro centro hospitalario. Ante ello, posteriormente, hemos incrementado la vigilancia de

estos pacientes mediante programas de prevención y control de infección en cirugía ortopédica, con actuaciones a todos los niveles, logrando de forma paulatina una disminución de ésta. Agradecemos sinceramente sus sugerencias y comentarios, quedando para la segunda parte del estudio las preguntas sobre su evolución y el tratamiento antibiótico utilizado.

Joaquín Gómez y María Rodríguez

Servicios de Medicina Interna-Infecciosas y Traumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Bibliografía

1. Salavert M, Navarro V. Infección de prótesis articulares: varios comentarios. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2003;21:62-3.
2. Gómez J, Rodríguez M, Baños V, Martínez L, Claver MA, Ruiz J, et al. Infección de prótesis articular: epidemiología y clínica. Estudio prospectivo 1992-1999. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002;20:74-7.
3. Drancourt M, Stein A, Argenson JN, Zannier A, Curvale G, Raoult D. Oral rifampin plus ofloxacin for treatment of *Staphylococcus*-infected orthopedic implants. *Antimicrob Agents Chemother* 1993;37:1214-8.
4. Gatell JM, García S, Lozano L, Soriano E, Ramon R, San Miguel JG. Perioperative cefamandole prophylaxis against infections. *J Bone Joint Surg (Am)* 1987;69:1189-93.
5. Mensa J, Gatell JM, Prats G, Jiménez de Anta MT. Guía de terapéutica antimicrobiana. 5th ed. Barcelona: Masson-Salvat, 1995; p. 345.
6. Cisneros JM, Rodríguez-Bano J, Mensa J, Trilla A, Cainzos M, grupo GEIH de la SEIMC. Profilaxis con antimicrobianos en cirugía. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002;20:335-40.
7. Muñoz P, Bouza E. Infecciones causadas por estafilococos resistentes a β -lactámicos sobre prótesis articulares: diagnóstico y tratamiento. *Rev Clin Esp* 1997;197(Suppl 2):38-47.
8. Barberán J, Carroquino G, Gomis M. Preguntas y respuestas sobre infecciones de prótesis articulares. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2000;18:370-5.
9. Brause BD. Infections with protheases in bones and joins. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolling R, editors. *Principles and practice of infectious diseases*, 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000; p. 1196-200.