



# Cirugía Española

**CIRUGÍA  
ESPAÑOLA**

Volumen 91, Especial Congreso 2, Octubre 2013

XIX Reunión Nacional de Cirugía

Madrid, 25-26 de octubre de 2013



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-442 - INFECCIÓN DE PRÓTESIS MAMARIA POR MICOBACTERIAS

M.M. Achalandabaso Boira<sup>1</sup>, B. Doblado Cardelach<sup>2</sup>, N. Torres Waldhaus<sup>1</sup>, G.J. Fernández Díaz<sup>2</sup>, M. di Martino<sup>1</sup>, A. Abascal Amo<sup>1</sup>, E. Martín Pérez<sup>1</sup> y E. Larrañaga Barrera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. <sup>2</sup>Hospital General Básico Princesa de España, Jaén.

### Resumen

**Introducción:** La incidencia de infecciones en cirugía mamaria es de un 1-2% en cirugía de aumento mamario y hasta un 2-6% en cirugía reconstructiva. Los patógenos más frecuentes son *S. epidermidis* y *S. aureus*. Las infecciones por micobacterias atípicas (MA) están en aumento, siendo el microorganismo más frecuente el *M. fortuitum* (MF). La clínica suele ser poco florida y generalmente debuta en el postoperatorio tardío, entre 2 semanas y un año después de la cirugía. Las infecciones por MA son una entidad rara por lo que debemos tener un alto grado de sospecha para diagnosticarlas.

**Caso clínico:** Mujer de 51 años, operada de cáncer multicéntrico de mama izquierda con mastectomía radical modificada y linfadenectomía axilar izquierda, con reconstrucción inmediata autóloga con colgajo de gran dorsal. Casi dos años después de la cirugía se implanta expansor mamario, siendo dada de alta tras 48 horas, sin incidencias en el postoperatorio. Un mes después acude por presentar un seroma, que se drena y se coloca un drenaje aspirativo. Un mes después vuelve por supuración a través del drenaje. A la exploración física destaca piel eritematosa en tercio interno de la herida quirúrgica. Los cultivos pendientes son negativos. Se instauro tratamiento empírico con claritromicina 500 mg c/12h iv y ciprofloxacino 400 mg c/12h iv, se recambia el expansor y se lava el bolsillo mamario, colocándose nuevo drenaje aspirativo. La paciente tiene buena evolución siendo dada de alta tras 3 días de ingreso con control ambulatorio de los drenajes. Durante el seguimiento en consultas se objetiva que en el cultivo se positiviza para MA y se pauta claritromicina 500 mg c/12h y linezolid 600 mg c/12h durante tres meses. Tuvo buena evolución negativizando cultivos tras el ciclo antibiótico sin nuevos episodios de infección.

**Discusión:** El MF tiene una incidencia aproximada de 0,013%, pudiendo estar infradiagnosticada ya que requiere medios de cultivo diferentes de los rutinarios. Se tiene experiencia limitada dada la rareza del cuadro y el manejo se basa en recomendaciones sacadas de series de casos. El tratamiento de elección es el explante de la prótesis y ciclos de antibioterapia de entre 3 y 6 meses, pudiéndose reintroducir una nueva prótesis en un periodo no inferior a 6 meses. La retirada del material protésico suele ser imprescindible ya que estos organismos poseen una pared celular hidrófoba, rica en lípidos, que facilitan la formación de biofilm. En la literatura se ha observado elevada sensibilidad a la amikacina, cefoxitina, ciprofloxacino y doxiciclina. En nuestro caso se pautó desde el inicio claritromicina y linezolid, y dada la buena evolución se mantuvieron una vez diagnosticado el microorganismo y comprobado el antibiograma. El cirujano mamario debe sospechar esta infección en aquellos pacientes con mala respuesta a antibióticos empíricos, infecciones de inicio tardío y en cultivos negativos con los medios convencionales. Es imprescindible tener un alto índice de sospecha para un diagnóstico temprano y evitar así la comorbilidad derivada de estas infecciones. Con el tratamiento adecuado este tipo de infección se puede resolver con éxito y conseguir buenos resultados estéticos.