

Hospital General Universitario de Elche (HGUE)

Autores:

Lucía García Moreno

María Jesús Rodes Sánchez

Elia Sirvent Quílez

[luciaizpi.garciamoreno@gmail.com](mailto:luciaizpi.garciamoreno@gmail.com)

# Infección de prótesis de cadera por microorganismo inesperado





# Caso clínico

Varón, 82 años

Mayo  
2023

Acude a Urgencias remitido  
por atención primaria

A nivel del cuádriceps derecho presenta:  
Tumoración dolorosa, calor y coloración  
eritematosa

1 mes de evolución empeorando en la última semana



# Antecedentes

- Adenocarcinoma de próstata en 2014
- Portador desde 2017 de prótesis total de cadera derecha
- Cardiopatía isquémica-angina estable sin eventos recientes.
- Deterioro cognitivo leve



# Al ingreso...

Paciente se encuentra afebril, con recuentos leucocitarios de  $5.000/\mu\text{l}$  y PCR  $21,4 \text{ mg/L}$



## Exploraciones complementarias

- Ecografía en la cara anterior del muslo derecho: hallazgos sugestivos de hematoma intramuscular como 1ª posibilidad. Sin otros hallazgos a reseñar.

## Interconsulta con Traumatología

- Radiografía de cadera urgente : no se aprecian lesiones óseas agudas. Se observa tumoración blanca en cara anterior de tercio proximal de muslo derecho, blanda, no fluctuante, no eritematosa ni signos de infección.

Se decide alta con **diagnóstico de hematoma en recto anterior en pierna derecha** y vigilancia del mismo por consultas externas desde el servicio de Traumatología

# Julio 2023

El paciente vuelve a urgencias e ingresa en planta de Traumatología y C.Ortopédica por absceso en muslo derecho



→ Paciente continúa afebril

---

Recuentos leucocitarios (6.000/ $\mu$ l) y PCR (31,4 mg/L)

---

Se realiza escisión y drenaje en tejido subcutáneo y fascia del muslo derecho. **Se recogen muestras de ex. de herida, absceso y hemocultivos para microbiología**

# Tras conocer el resultado microbiológico...



Se realiza desbridamiento y lavado y el paciente es derivado a la Unidad de Enfermedades Infecciosas para su seguimiento y tratamiento con diagnóstico de  INFECCIÓN DE PRÓTESIS DE CADERA.

# Diagnóstico microbiológico



## Hemocultivos

NEGATIVOS



## Exudado de herida

Cultivo bacteriológico: POSITIVO



## Abceso

Tinción de Gram: abundantes leucocitos, no microorganismos

Cultivo bacteriológico: POSITIVO

Cultivo anaerobio: NEGATIVO

Cultivo de hongos: NEGATIVO

Tinción, cultivo y PCR de micobacterias: NEGATIVO

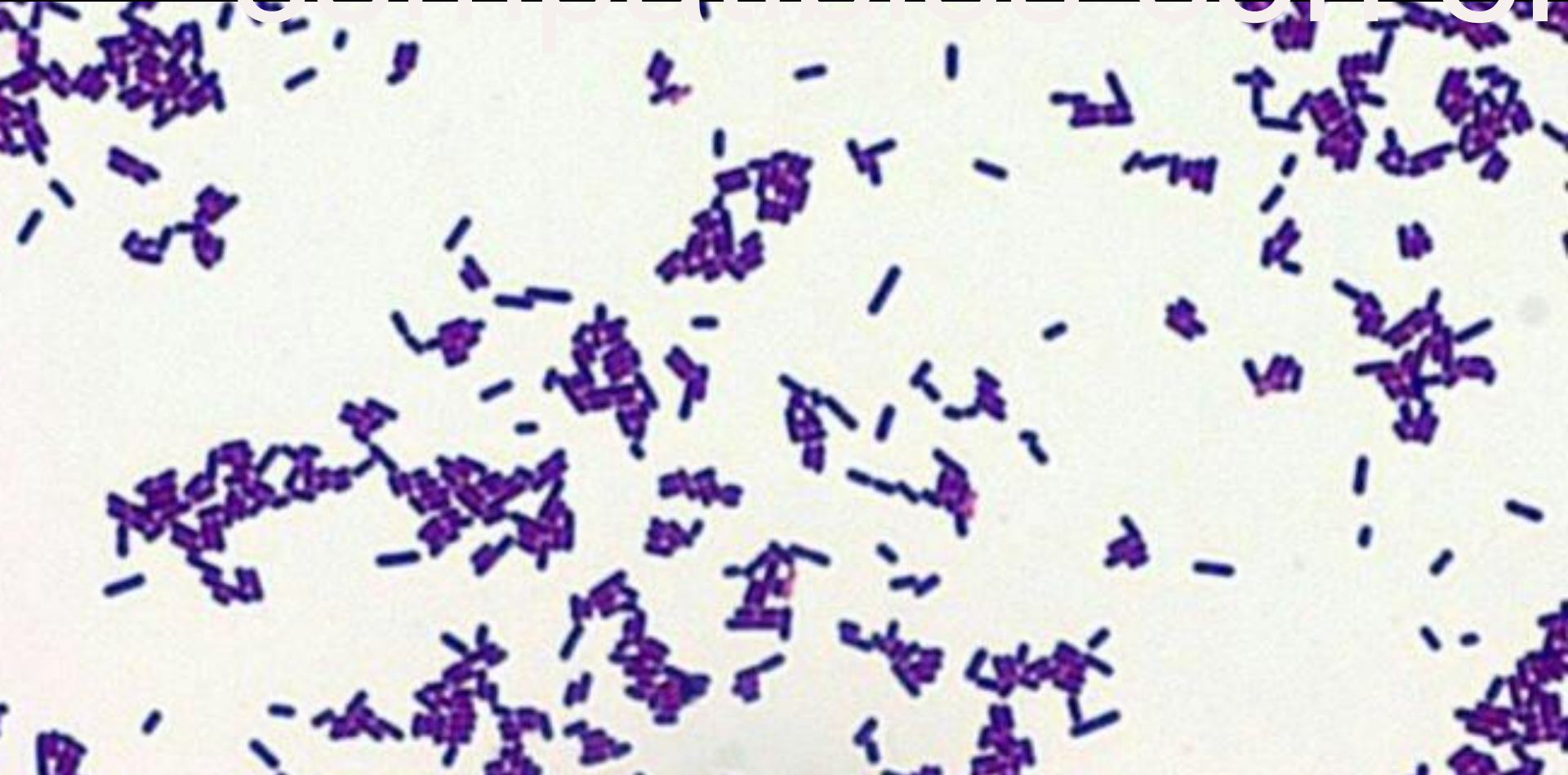


## Abceso en botella de hemocultivo

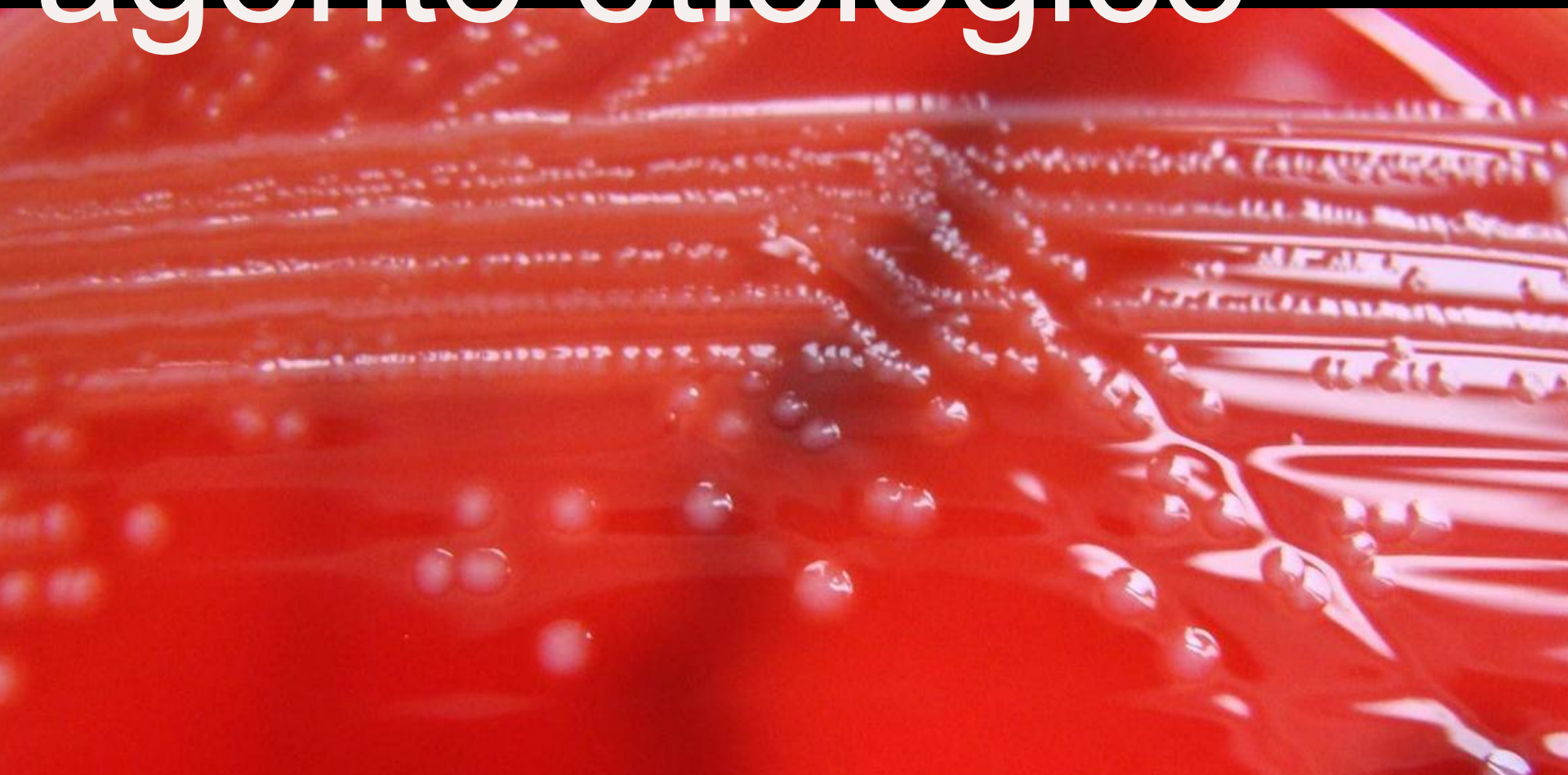
Cultivo: POSITIVO

Tinción de gram: cocobacilos gram positivos

# Características microbiológicas compatibles con el agente etiológico



Tinción de gram



Cultivo bacteriológico

Crecimiento en agar chocolate y agar sangre de colonias pequeñas, lisas y con ligera hemólisis en agar sangre.

Identificación : Espectrometría de masas (MALDI-TOF)

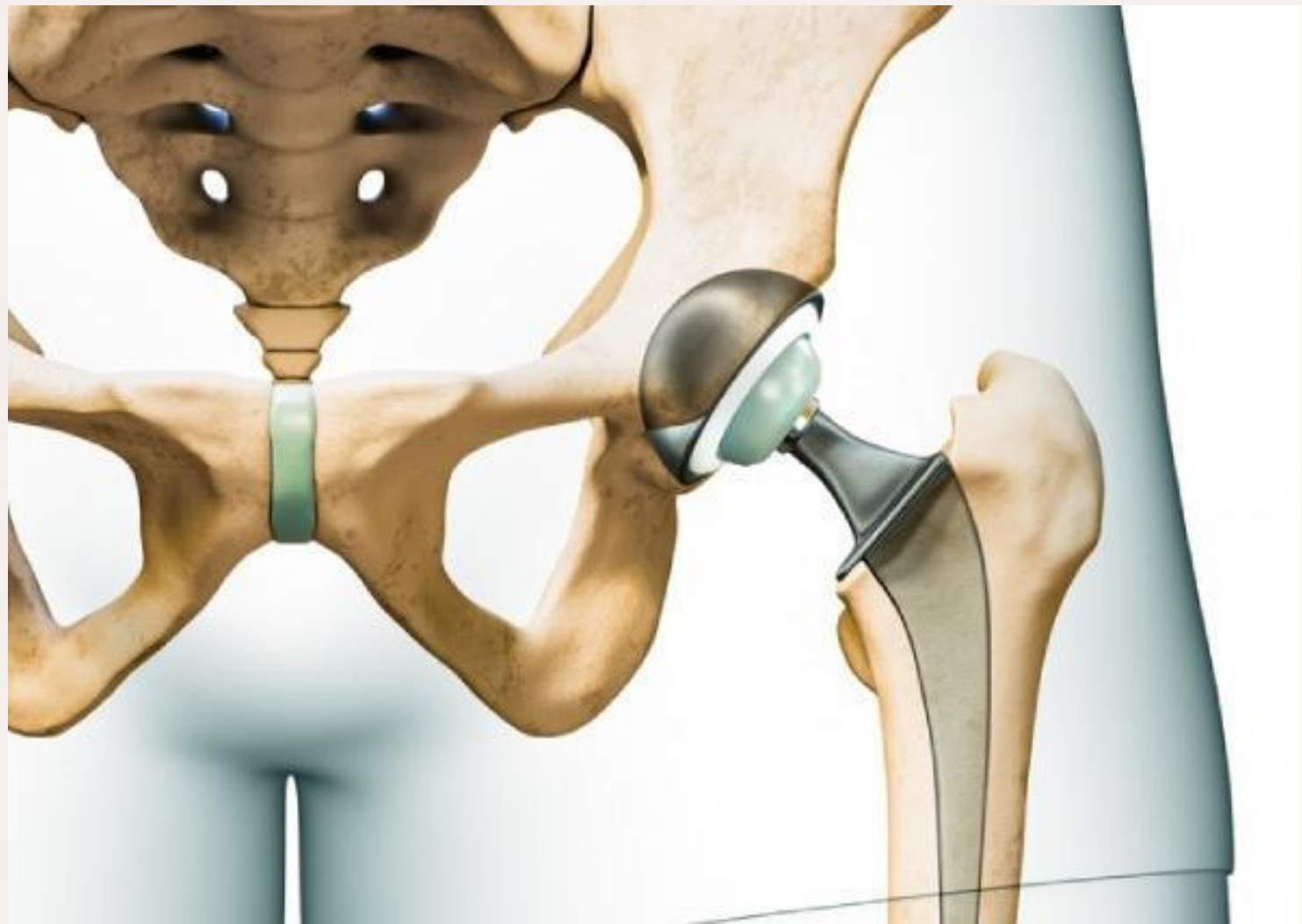
# Antibiograma

Penicilina	Sensible
Ampicilina	Sensible
Amoxicilina/clavulánico	Sensible
Meropenem	Sensible
Trimetoprim/sulfametoxazol	Sensible
Eritromicina	Sensible
Linezolid	Evidencia insuficiente
Gentamicina	Evidencia insuficiente
Rifampicina	Evidencia insuficiente

# Tratamiento...

- 2 semanas de ampicilina y gentamicina
- 4 semanas de ampicilina IV
- Continúa con amoxicilina oral hasta completar 12 semanas

Tras la terapia antibiótica se observa mejoría clínica y de biomarcadores.



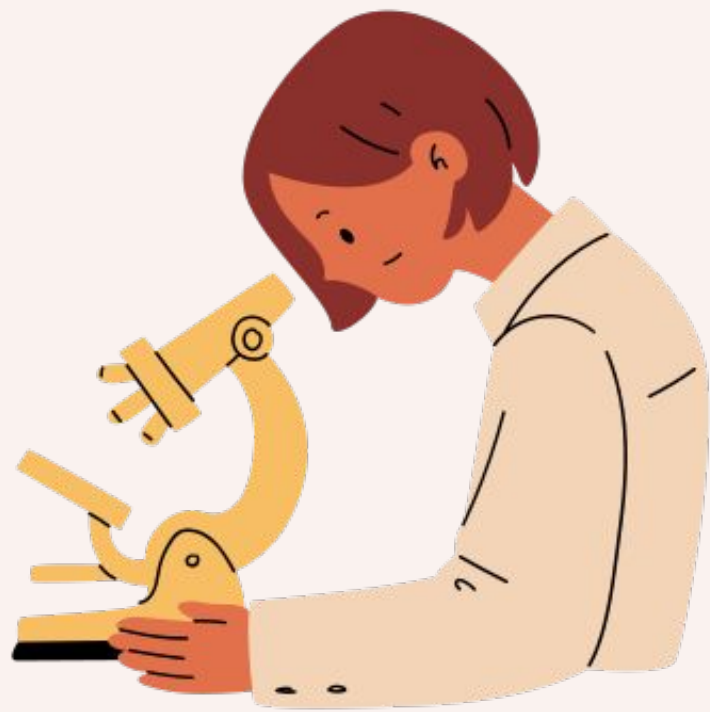
Dado que el absceso comunica directa e intracapsularmente con la prótesis, el tratamiento que mejor garantiza la resolución de la infección y evita recidivas sería el recambio de prótesis en dos tiempos.

Sin embargo, por las circunstancias del paciente se decide no retirar la misma.



# Pregunta 1

¿Cuál crees que es el agente etiológico responsable de la infección de prótesis de cadera en este caso?



**A**

*Staphylococcus aureus*

**B**

*Listeria monocytogenes*

**C**

*Corynebacterium jeikeium*

**D**

*Streptococcus agalactiae*

## Pregunta 2

¿Cuál crees que ha sido la vía más probable por la cual se ha producido la infección de dicha prótesis?



**A**

Exclusivamente vía hematológica.

**B**

Exclusivamente foco contiguo.

**C**

Inoculación directa o traumática.

**D**

Vía hematológica o foco contiguo.

**A**

Formación de endosporas resistentes.

**B**

Producción de toxinas altamente virulentas.

**C**

Capacidad para resistir altas temperaturas de cocción.

**D**

Dependencia de condiciones anaeróbicas para su crecimiento.

## Pregunta 3

¿Cuál es el principal factor de virulencia de *Listeria monocytogenes*?



**A**

*Listeria monocytogenes* es la más relevante dentro de su género implicada en patología humana grave.

**B**

*Listeria monocytogenes* no prolifera a temperaturas de refrigeración (entre 2°C y 4°C).

**C**

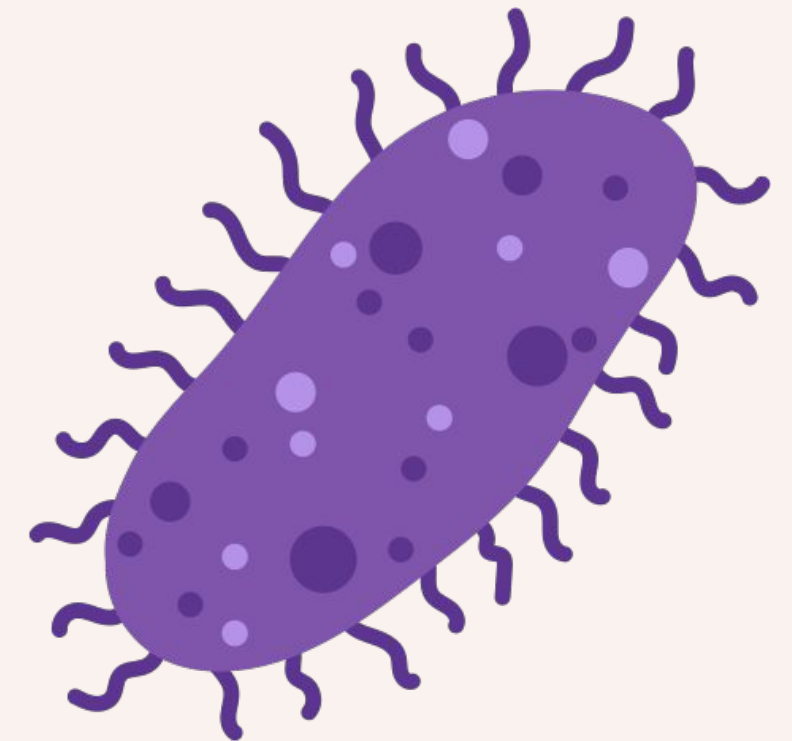
Las mujeres embarazadas suelen sufrir bacteriemia por *L. monocytogenes*, representando hasta la 3ª parte de los casos descritos.

**D**

Listeria puede contaminar los alimentos tras su elaboración (p.ej: se pueden contaminar una vez cocinados y antes del envasado).

## Pregunta 4

Señale la respuesta incorrecta



## Pregunta 5

¿Cuál de los siguientes antimicrobianos, no se considera adecuado para el tratamiento de *Listeria monocytogenes*?



- A** Cotrimoxazol sólo o asociado a rifampicina.
- B** Ampicilina + gentamicina.
- C** Ceftriaxona.
- D** Ampicilina + cotrimoxazol.