



Clínica cotidiana

Absceso periprotésico en un paciente con síndrome febril sin foco aparente

Samsara López Hernández^{a,*}, Miguel Rodríguez Alonso^b, José Ramón Oliva Ramos^c, Mercedes García Vidal^d, Carmen Francisco Fernández^e

^aServicio de Urgencias del Hospital Comarcal de Medina del Campo (Valladolid). ^bCentro de Salud José Aguado II. León. ^cServicio de Urgencias. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ^dCentro de Salud de Tordesillas (Valladolid). ^ePunto de Atención Continuada Arturo Eyries. Valladolid.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de julio de 2020

Aceptado el 31 de agosto de 2021

On-line el 16 de septiembre de 2021

Palabras clave:

Absceso

Fiebre

Prótesis

Keywords:

Abscess

Fever

Prosthesis

R E S U M E N

La infección en cirugía protésica es una de las complicaciones más importantes, que puede resultar muy grave para el paciente. Su incidencia es del 2-3 % en las prótesis primarias y del doble en las intervenciones quirúrgicas de revisión; puede alcanzar porcentajes superiores al 15 % con el uso de implantes constreñidos o en bisagra.

El cultivo de los tejidos que están alrededor de la prótesis es fundamental para conocer el patógeno causante de la infección y para, posteriormente, instaurar el tratamiento.

Resulta de vital importancia su sospecha en atención primaria para poder evitar otras complicaciones posteriores.

© 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Periprosthetic abscess in a patient with febrile syndrome without apparent focus

A B S T R A C T

Infection in prosthetic surgery is one of the most important complications and can lead to the appearance of serious complications for the patient. Its incidence is 2-3% in primary prostheses and double that in revision surgeries, and percentages can be higher than 15% with the use of constrained or hinged implants.

The culture of the tissues around the prosthesis is essential to know the pathogen causing the infection and, subsequently, to start treatment.

Suspicion from Primary Care is of vital importance in order to avoid subsequent complications.

© 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: samsara_lopez@hotmail.com (S. López Hernández).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2021.044>

2254-5506 / © 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Varón de 71 años de edad, que acude a consulta y refiere febrícula de tres días de evolución, dolor inguinal derecho y en la cara anterior del muslo derecho sin aparente repercusión a nivel funcional. Niega otra sintomatología asociada.

Entre los antecedentes personales se recoge que el paciente no tiene alergias medicamentosas conocidas y presenta diabetes mellitus tipo 2, hipotiroidismo, hipertrofia benigna de próstata y ha sido intervenido hace un año de una fractura subcapital con colocación de prótesis en la cadera derecha. Actualmente está en tratamiento con levotiroxina (75 mg), tamsulosina (0,4 mg) y metformina (850 mg).

Durante la exploración física se observa febrícula (37,7 °C) y discreto empastamiento y aumento de la temperatura de torno a la herida quirúrgica; no hay dolor con la movilización de la cadera, pero sí con la palpación de la cicatriz; no se palpaban puntos herniarios; el resto de la exploración es normal.

Se realiza tira de orina cuyo resultado es negativo.

Se reinterroga al paciente, que reconoce que le ha sido extirpada una pieza dental por su odontólogo hace un mes.

Debido a los hallazgos en la exploración física se decide remitir al paciente al Servicio de Urgencias del hospital de referencia para completar el estudio diagnóstico.

En la analítica aparece leucocitosis con desviación a la izquierda y proteína C reactiva de 187 mg/l; resto normal.



Figura 1 – Colección en partes blandas, que afecta a la musculatura glútea derecha, y cambios inflamatorios en el tejido celular subcutáneo, probablemente relacionados con infección protésica en este contexto.

Se realiza interconsulta a Traumatología.

Se solicita TC de la cadera derecha, en la que se visualiza una colección periprotésica (Fig. 1).

Se inicia tratamiento antibiótico empírico y se decide el ingreso del paciente para llevar a cabo el drenaje de la colección junto con el Servicio de Radiología.

Durante el ingreso, el paciente presenta una evolución favorable tras el drenaje. Se realiza cultivo de la colección y es dado de alta a su domicilio. La recuperación es buena.

Comentario

La infección tardía en cirugía protésica es una complicación muy importante que puede desembocar en una sepsis, lo que aumenta la morbimortalidad. En la mayoría de los casos se manifiesta tras un proceso infeccioso, como en nuestro paciente, en el que se produjo tras un procedimiento odontológico previo por diseminación hematogena.

La clínica de estos procesos suele ser larvada. Se manifiesta como una coxalgia, sin aparente limitación funcional.

La anamnesis y el despistaje desde atención primaria resultan fundamentales en estos procesos para tratar de hallar el foco primario e instaurar un tratamiento precoz. Junto con esto, la exploración física y la existencia de fiebre nos darán la pista sobre la existencia de este proceso, que será identificado con la analítica (aumento de los leucocitos y de la proteína C reactiva) y una prueba de imagen.

El cultivo del material drenado permitirá adaptar el tratamiento, inicialmente empírico, al agente patógeno hallado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez-Baño J, Dolores del Toro M, Lupión C, Suárez AI, Silva L, Nieto I, et al. Infecciones relacionadas con las prótesis articulares: incidencia, factores de riesgo, características clínicas y pronóstico. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2008; 26: 614-20.
- Ibor I, Martín-Egaña I, Calvo I. Absceso retroperitoneal gigante secundario a infección protésica de cadera: caso clínico. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2009; 53: 211-4.