

INFECCIÓN DE PRÓTESIS DE RODILLA POR CÁNDIDA PARAPSILOSIS.

A PROPÓSITO DE UN CASO

Elisa Martín Nieto; Cristina Madrid de la Serna; Diego Torres Pérez; Enrique Galeote López.

Hospital Universitario de Getafe

Objetivos:

Las infecciones periprotésicas por *Candida parapsilosis* constituyen una entidad poco frecuente y poco descrita en la literatura, así como un reto diagnóstico-terapéutico en ortopedia. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de infección periprotésica de rodilla por *Candida parapsilosis*, el manejo que se llevó a cabo y los resultados obtenidos.

Material y método:

Presentamos el caso de un varón de 67 años, sin antecedentes médicos de interés, ni factores de riesgo asociados, portador de prótesis primaria total de rodilla derecha desde Junio 2014 en seguimiento en consultas de Traumatología. Se inicia estudio por sospecha de infección protésica (dolor >3 meses de duración con signos de aflojamiento radiológico). Se realiza analítica sanguínea con reactantes de fase aguda elevados (PCR 2,1 mg/dL y VSG 62 mm/h) y se obtiene líquido articular para cultivo mediante artrocentesis en condiciones estériles en consulta (dos cultivos positivos para *Candida parapsilosis*). Se diagnostica de infección crónica protésica por *Candida parapsilosis*. Se realiza tratamiento mediante recambio protésico en dos tiempos con espaciador de cemento asociado a antifúngico local, así como se completa pauta de antifúngico intravenoso y posteriormente, vía oral. En Febrero 2017 se realizó el primer tiempo de retirada de prótesis y colocación de espaciador de cemento impregnado con antifúngico y antibiótico, así como la toma de muestras intraoperatorias de diferentes localizaciones periprotésicas para confirmar el diagnóstico de infección fúngica protésica y el estudio de sensibilidades. El espaciador fue creado intraoperatoriamente tras calcular dosis de antifúngico compatible con el cemento a utilizar (Anfotericina B: 200-420mg + Vancomicina 3g por cada paquete de cemento de 40g). Utilizamos Anfotericina B debido a su estabilidad térmica durante el calentamiento del cemento y su disponibilidad hospitalaria. Post-primer tiempo quirúrgico, se permitió realizar ejercicios de potenciación muscular en extensión y carga parcial protegida con órtesis bloqueada en extensión. Se llevó a cabo tratamiento antifúngico intravenoso (Voriconazol 4mg/kg dos veces al día asociado a Micafungin 200mg una vez al día) durante 2 meses, completándose la terapia antifúngica vía oral (Voriconazol 300mg dos veces al día) durante 4 meses. Tras completar seis meses de terapia antifúngica, se realizó nueva artrocentesis tras retirada de antifúngico durante dos semanas, obteniéndose cultivos negativos, así como la normalización de reactantes de fase aguda en analítica sanguínea (PCR y VSG). En Septiembre 2017 se realizó el segundo tiempo del recambio, retirando el espaciador de cemento, toma de nuevas muestras peri-espaciador tanto para cultivo microbiológico como para estudio histológico; y procediendo a la colocación de una prótesis constreñida. Tras la implantación de la prótesis de revisión se mantuvo tratamiento antifúngico intravenoso durante dos semanas (Voriconazol 4mg/kg dos veces al día) y se completó pauta antifúngica vía oral durante un año (Voriconazol 300mg c/12h). Se realizó seguimiento clínico y funcional con las escalas KSS, WOMAC y el rango de movilidad, analítico con reactantes de fase aguda seriadas, y radiografías anteroposterior y lateral a 30º de flexión de rodilla, rodillas en carga y telemetría de miembros inferiores a 1,3,6,12,18,24,36 meses. Actualmente mantiene seguimiento anual.

Resultados:

Actualmente, tres años post-recambio de prótesis de rodilla por infección por *Candida Parapsilosis*, la evolución del paciente ha sido buena, se encuentra asintomático y no presenta aflojamiento radiológico. Tampoco presentó ningún tipo de complicación asociada al tratamiento antifúngico sistémico prolongado (ni hepatotoxicidad, ni toxicidad renal).

Conclusiones:

Dada la escasez de literatura respecto a las infecciones periprotésicas por *Candida parapsilosis*, a pesar de ser considerado uno de los hongos más frecuentemente aislado en infecciones fúngicas de prótesis de rodilla, así como el reto diagnóstico-terapéutico que éstas suponen en ortopedia dada la sintomatología larvada y poco específica, consideramos útil el reporte de este caso, su manejo mediante recambio en dos tiempos con espaciador de cemento impregnado con antifúngico local y la pauta completa con antifúngico sistémico (intravenoso + oral) y los buenos resultados obtenidos a medio plazo.