

Revisión del manejo de la infección periprotésica de rodilla por *Candida* a propósito de un caso



Adrien Lara B, Azuara Dapía G, Muñoz Vicente A, De Sitjar de Tогores Sendra F, Rubio Bravo B
Hospital Universitario de Guadalajara



INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La **infección periprotésica** aparece en el 1-2% de pacientes sometidos a una **artroplastia de rodilla**. El patógeno más frecuente son los *staphylococcus*, mientras que la **infección fúngica supone únicamente el 1% total**.

El **objetivo** de este trabajo es presentar un caso de infección periprotésica de rodilla por *Candida parasilopsis*, así como la revisión bibliográfica actual.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Mujer de 58 años intervenida de PTR izquierda en otro centro. Como AP, HTA, DM e infección articular tras infiltración. Acude a Urgencias de nuestro hospital con **dolor e inestabilidad en valgo al año de la cirugía**.

Se realizó radiografía (*figura 1*) y analítica que mostraba **VSG de 120** sin otros datos de infección. Se hicieron **dos artrocentesis**, obteniendo en una de las muestras **C. Parasilopsis**.

Se realizó **primer tiempo quirúrgico**, donde se objetivó defecto óseo AORI 1 en CFE y meseta medial, realizándose **lavado y desbridamiento** más tratamiento IV con **vancomicina + ceftazidima + equinocandina (caspofungina)** y colocación de **espaciador** (*figura 2*). Se mantuvo tratamiento IV de amplio espectro 15 días y se continuó con **Fluconazol VO 400mg /día para completar 3 meses**. En dos de las muestras se aislaron *C. Parasilopsis*.

A los 4 meses, en un **segundo tiempo** se retiró espaciador y se colocó **PTR-CCK con vástago tibial y femoral**, manteniendo **fluconazol 6 semanas**. Como incidencia, se produjo una fractura intraoperatoria del CFI por lo que se decidió RAFI con dos tornillos canulados (*figura 3*), quedando estable.

Actualmente, al año del segundo tiempo, sin haber presentado complicaciones, se encuentra **asintomática y con buena funcionalidad**.

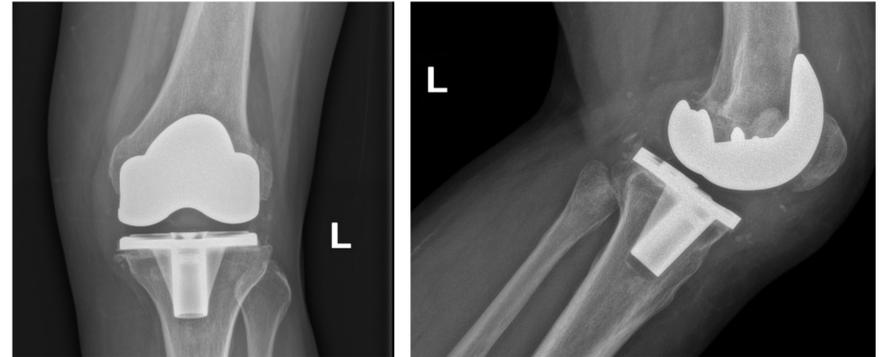


Figura 1. PTR izquierda con radiolucencia bajo componente tibial



Figura 2. Espaciador cemento con gentamicina + vancomicina + ceftazidima + anfotericina B



Figura 3. PTR-CCK con vástago tibial y femoral y síntesis del CFI

RESULTADOS

Las **infecciones fúngicas** son infrecuentes y su sintomatología larvada favorece el **retraso diagnóstico**.

Pese a la falta de evidencia científica, hay consenso en que la **cirugía de recambio en dos tiempos** es tratamiento de elección.

Hay pocos estudios sobre **liberación local de antifúngicos**, no estando claro los agentes a utilizar, la combinación ni las dosis necesarias para conseguir una alta concentración. Sin embargo, en estudios *in vitro*, parece que la **anfotericina B liposomal** sería la forma más eficaz de conseguir concentraciones elevadas y que los **azoles son superiores que las equinocandinas**.

Finalmente, el **tratamiento sistémico** y su duración también es controvertido. La recomendación de la IDSA sería **400mg fluconazol vo durante 6 semanas o 2 semanas con equinocandina iv seguidas de 4 semanas con 400mg fluconazol vo**. En algunos estudios proponen su prolongación 4 semanas tras la desaparición de la sintomatología infecciosa o incluso prolongarlo 6-12 meses.

CONCLUSIONES

Las **infecciones periprotésicas fúngicas** son una **complicación rara (1%) pero grave**. En la actualidad el tratamiento de elección es el **recambio en dos tiempos con tratamiento antifúngico prolongado**. Sin embargo, ni la duración ni la dosificación del fármaco, tanto del tratamiento local como sistémico, están estandarizados. Por ello, la tendencia es a utilizar dosis altas y pautas prolongadas que aseguren la curación.