

# “Twenty common errors in the DIAGNOSIS and treatment of periprosthetic joint infection”

**Autores:** Cheng Li, Nora Renz, Andrej Trampuz, Cristina Ojeda-Thies

International Orthopaedics. (2020) 44:3–14

La infección protésica (IP) es una de las complicaciones más comunes y aunque se han realizado importantes avances en el diagnóstico y tratamiento, la tasa de fracaso varía de 0-40% según las series. El fracaso puede ser debido a:

- Factores del paciente
- Factores microbiológicos
- Factores relacionados con errores durante el diagnóstico y tratamiento

Esta revisión pretende dar un resumen de los principales errores diagnósticos y de tratamiento que pueden llevar al fracaso. Para el resumen de este hoy nos centraremos en los 9 errores diagnósticos más frecuentes.

## 1. Diagnóstico tardío

La infección debe ser descartada en cualquier paciente con drenaje persistente de la herida, tumefacción importante y dolor. Evitar actitudes de “wait and see” nos permite ganar tiempo para poder realizar el tratamiento adecuado en el momento adecuado.

## 2. Uso de frotis

Su sensibilidad es muy baja (50-70%) y generalmente asociado a identificación errónea del patógeno por contaminación de la piel.

## 3. Uso de PCR y VSG para descartar infección

Son fáciles y rápidos de usar, pero es muy importante tener en cuenta que sobre todo en infecciones de bajo grado un valor normal no descarta infección.

## 4. No tener en cuenta localizaciones alejadas causantes de la infección

Es importante detectar zonas de infección persistente para prevenir la infección hematógena

## 5. Análisis incompleto del líquido articular

Al realizar artrocentesis es importante realizar no sólo el cultivo sino también realizar un análisis de la bioquímica. Con especial interés en el recuento celular y de polimorfonucleares. Estos últimos no se ven alterados en pacientes que toman antibióticos. Tener en cuenta antecedentes del paciente en el momento de tomar la decisión sobre el resultado que ya que se pueden ver alterados en pacientes con fractura periprotésicas o en enfermedades reumáticas.

6. Interpretar como infección la purulencia macroscópica en superficies metal-metal
7. Número inadecuado de muestras para cultivo microbiológico

Cinco o más muestras no mejoran la exactitud diagnóstica. Se recomiendan 3 muestras en botellas de hemocultivo o 4 muestras convencionales.

8. Errores durante la obtención de muestras quirúrgicas

Las muestras deben recogerse mediante disección, evitando el bisturí eléctrico. Se deben de retirar de zonas con signos de infección más pronunciados y de diferentes localizaciones. Se recomienda la técnica “non touching technique” para tomar cada muestra con instrumentos estériles.

9. Sobredependencia en los criterios diagnósticos

Los distintos criterios diagnósticos han de ser entendidos como herramientas de ayuda. Ninguno de ellos es 100% sensible ni específico.