

# **“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

En este apartado continuamos con el análisis de los errores más frecuentes en las infecciones protésicas (IP). Esta vez nos centraremos únicamente en los errores producidos durante el tratamiento:

1. Tratamiento conservador con antibióticos en infecciones agudas  
Evitar el uso de antibióticos prolongados para prevenir problemas de la herida quirúrgica ya que pueden enmascarar los síntomas de infecciones agudas. Como se comentó en el resumen previo de diagnóstico, el retraso en el diagnóstico de estas infecciones aumenta el fracaso.
2. Tratamiento con antibióticos previo a la toma de muestras  
Evitar dar antibiótico antes de la artrocentesis o toma de muestras intraoperatorias ya que aumenta el % de falsos negativos, siempre que la estabilidad clínica lo permita. Tener en cuenta la sonicación del material protésico aumenta el rendimiento de cultivo en los pacientes que han recibido antibiótico previo.
3. No individualizar el tratamiento  
El tratamiento en las IP cambia según el tipo de infección (aguda → DAIR, tardía o crónica → R1T o R2T), el microorganismo causante, la estabilidad de los implantes y los factores del paciente y sus preferencias. Así mismo el estado de las partes blandas también juegan un papel muy importante.
4. Lavado artroscópico para el tratamiento de IP  
La artroscópica no permite el lavado de todas las zonas de la articulación y por lo tanto no debe realizarse como método quirúrgico de desbridamiento. Además, no permite la retirada de los componentes móviles.
5. Desbridamiento insuficiente o recambio incompleto  
Todo tejido desvitalizado o componentes externos (cemento, cerclajes...) deben retirarse durante la cirugía.
6. Lavado pulsátil de alta presión durante la cirugía

No elimina el biofilm y además puede aumentar el riesgo de daño a partes blandas y propagar bacterias a tejidos más profundos.

7. Errores en el uso de espaciadores de cemento con antibiótico

El objetivo de estos espaciadores es el de liberar antibiótico localmente y de rellenar el espacio muerto evitando la sobreinfección por hematoma. No podemos utilizar cualquier antibiótico: debe ser termoestable, no interferir en la polimerización del cemento, ha de poder diluirse desde el sólido cemento, ser hidrosoluble y tener presentación en polvo. Hemos de asegurarnos que la dilución de antibiótico sea la adecuada y que sea efectivo para la infección que tratamos.

8. Vacaciones terapéuticas y aspiración líquido articular antes del reimplante en un R2T

No hay evidencia que justifique parar antibiótico para confirmar erradicación de la infección. Además, no se recomienda realizar una punción articular previa a la implantación antes del 2º tiempo.

9. Errores en la selección del tratamiento antibiótico

Debe basarse en el microorganismo identificado y su antibiograma. Además, administrar antibióticos útiles para bacterias en estado sésil en biofilms; estos antibióticos han de ser iniciados una vez se hayan retirado los drenajes y las heridas no presenten secreción activa. Evitar monoterapias para evitar el riesgo de resistencias.

10. Mal manejo de las partes blandas

Importante tener una correcta cobertura para evitar infección y correcta funcionalidad. Evitar el uso de terapia negativa porque puede provocar una sobreinfección por GN o microorganismos multirresistentes.

11. Falta de equipos multidisciplinares

El cirujano ortopédico no debe escoger y realizar solo el tratamiento de las IP. microbiólogos, infectólogos y cirujanos plásticos deben trabajar en equipos multidisciplinares para asegurar el correcto tratamiento.