

TRATAMIENTO EMPÍRICO DE LAS INFECCIONES OSTEOARTICULARES

- ✓ Infección de prótesis articular
- ✓ Espondilodiscitis
- ✓ Artritis séptica

INFECCIÓN DE PRÓTESIS ARTICULAR

ETIOLOGÍA:

>10% polimicrobianas

- *Staphylococcus* (60%) (*S. aureus*, SCN)

- *Streptococcus*

- *Enterococcus*

- BGN (10-15%)

- *Cutibacterium acnes* (>5%)

Precoz (más virulentos): *S. aureus*, BGN

Tardía o cultivos operatorios positivos: SCN (*S. epidermidis*), *Cutibacterium acnes*

| | Tratamiento de elección | Alérgicos a betalactámicos |
|--|--|---|
| <p>INFECCIÓN AGUDA -Infección precoz: Hasta el 1^{er}-3^{er} mes del implante. Hay síntomas y signos locales +/- infección de herida quirúrgica.</p> <p>-Infección aguda hematógena: Fiebre e inflamación en una prótesis previamente indolora y funcionando >1-2 años. Siembra hematógena.</p> | <p>DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICO en las primeras 48 h ante la sospecha de infección profunda</p> <p>Ceftazidima 2 g/8 h iv + Vancomicina 15 mg/kg 12h iv (dosis inicial 20-25 mg/kg)</p> | <p>DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICO en las primeras 48 h ante la sospecha de infección profunda</p> <p>Aztreonam 2 g/8 h iv + Vancomicina 15 mg/kg 12 h iv (dosis inicial 20-25 mg/kg)</p> |
| <p>INFECCIÓN CRÓNICA/ TARDÍA Tras el 1^{er}- 3^{er} mes del implante, hasta 2 años después. Evolución insidiosa, con dolor, a veces pocos signos inflamatorios +/- derrame articular, abscesos, fístula.</p> | <p>No tratamiento empírico excepto en casos de sepsis (en esa situación, tras cultivos, tratamiento igual que en infección aguda).</p> | <p>No tratamiento empírico excepto en casos de sepsis (en esa situación, tras cultivos, tratamiento igual que en infección aguda).</p> |
| <p>CULTIVOS INTRAOPERATORIOS POSITIVOS Infección crónica tardía no sospechada que se diagnostica por el envío rutinario de cultivos en caso de aflojamiento protésico, manejado con un recambio protésico en un solo tiempo</p> | <p>Tratamiento dirigido por cultivos</p> | <p>Tratamiento dirigido por cultivos</p> |

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:

Depende del manejo quirúrgico y de la evolución clínica y analítica

ESPONDILODISCITIS

ETIOLOGÍA:

- *S. aureus*
- Estreptococos
- Bacilos Gram negativos
- *Brucella*
- TBC

SIEMPRE TOMAR MUESTRA PARA CULTIVO antes de iniciar el tratamiento, salvo sepsis o complicación.

| | Tratamiento de elección | Alérgicos a betalactámicos |
|------------------------------|---|---|
| Infección comunitaria | Cloxacilina 2 g/4-6 h IV + Ceftriaxona 2 g/24 h IV | Aztreonam 2g / 8h IV + Vancomicina 15mg/kg /12h IV (dosis inicial 20-25mg/kg). Alternativa a Vancomicina: Daptomicina 8-10mg/kg / 24h IV |
| Infección nosocomial | Ceftazidima 2g / 8h IV o Cefepime 2g / 8h IV + Vancomicina 15mg/kg 12h IV (dosis inicial 20-25mg/kg) o Daptomicina 8-10mg/kg 24h IV | Sustituir Ceftazidima o Cefepime por Aztreonam 2g / 8h IV |

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:

En general 6 semanas. Individualizar según el aislamiento microbiológico.
Prolongar si colecciones no drenadas o evolución lenta.
Iniciar tratamiento IV y, si buena evolución, a las 2-3 semanas pasar a VO

Indicaciones de cirugía

- Déficit neurológico por compresión medular, radicular o epidural → cirugía urgente.

- Absceso paravertebral significativo y sepsis persistente
- Ausencia de respuesta al tratamiento conservador en 2-4 semanas o aparición / progresión de déficits neurológicos, deformidad raquídea, dolor intenso incontrolable; persistencia - progresión de la infección...
- Para biopsia quirúrgica diagnóstica en caso de diagnóstico incierto
- Lesión vertebral significativa (aplastamiento o destrucción vertebral > 50%), deformidad raquídea (cifosis > 11° en columna cervical o > 20° en torácica / toracolumbar) o inestabilidad

ARTRITIS SÉPTICA

ETIOLOGÍA:

S. aureus > *Streptococcus*, bacilos Gram negativos, *Neisseria gonorrhoeae*.

Raras: *Brucella*, micobacterias, hongos...

Antes de iniciar antibioterapia:

- Artrocentesis: enviar muestra de LS para microbiología (Gram urgente y cultivo) + análisis urgente (recuento leucocitario, bioquímica y estudio de microcristales). Nota: Lactato > 10 mmol/L en LS sugiere infección bacteriana. Si cultivo negativo, considerar *Brucella* o micobacterias.
- Hemocultivos x2, incluso sin fiebre
- Análisis de sangre general con hemograma y bioquímica que incluya reactantes de fase aguda (PCR, VSG)

Además: Rx ósea siempre. Ecografía si artritis de cadera, para guiar punción. RM si no hay respuesta al tratamiento, para descartar osteomielitis o absceso.

Fundamental para el manejo → Drenaje precoz: Artrocentesis (única o repetida) > artroscopia > artrotomía

Iniciar el antibiótico siempre después de tomar los cultivos indicados

| | Tratamiento empírico | Alergia a betalactámicos |
|-----------------------|--|--|
| Infección comunitaria | Cloxacilina 2g / 4-6h iv + Ceftriaxona 2g/24h iv (si hay sospecha de SARM, en lugar de Cloxacilina: Vancomicina 15mg/kg /12h IV (dosis inicial 20-25mg/kg) o Daptomicina 8-10mg/kg / 24h IV o Linezolid 600 mg/ 12 h iv) | Aztreonam 2g / 8h IV + Vancomicina 15mg/kg /12h IV (dosis inicial 20-25mg/kg) Alternativa a Vancomicina (si insuficiencia renal): Linezolid 600mg /12h IV o Clindamicina 600-900/ 8h IV |

| | | |
|----------------------|--|--|
| Infección nosocomial | Ceftazidima 2g / 8h IV o Cefepime 2g / 8h IV + Vancomicina 15mg/kg /12h IV (dosis inicial 20-25mg/kg) o Daptomicina 8-10mg/kg / 24h IV | Aztreonam 2g / 8h IV + Vancomicina 15mg/kg /12h IV (dosis inicial 20-25mg/kg) o Daptomicina 8-10mg/kg / 24h IV |
| Sepsis | Meropenem 1g / 8h IV + Vancomicina 15mg/kg /12h IV (dosis inicial 20-25mg/kg) o Daptomicina 8-10mg/kg / 24h IV +/- Amikacina 15mg/kg / día (1-2 días hasta tener información de microbiología) | Aztreonam 2 gr/ 8 h iv + Vancomicina 15mg/kg /12h IV (dosis inicial 20-25mg/kg) o Daptomicina 8-10mg/kg / 24h IV + Amikacina 15mg/kg / día (1-2 días hasta tener información de microbiología) |

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:

| |
|--|
| Depende del microorganismo y de la evolución |
|--|