

NOCARDIA EN LA PRÓTESIS DE CADERA.

De La Cruz Gutiérrez, Lidia; Martín Gaitero, Maria; Viño Loureiro, Miguel; Rebollo Garcia, Maria Paz; Domínguez Domínguez, Maria Asunción.

Complejo Asistencial Universitario de León.

Objetivo: presentar nuestra experiencia en un caso de infección de una prótesis total de cadera (PTC) por *Nocardia* en un paciente inmunocompetente.

Material y métodos: Paciente varón de 93 años que acude a urgencias por dolor en región de cadera izquierda de meses de evolución que se ha agravado en los últimos días, sin referir traumatismo. Como antecedentes de interés, es portador de PTC bilateral por coxartrosis, habiéndose intervenido en el caso de la prótesis izquierda hace 15 años; además está anticoagulado por fibrilación auricular. A la exploración presenta importante dolor a la movilización de la cadera izquierda con limitación para la misma sin alteración cutánea llamativa. Se realiza estudio radiográfico urgente donde se aprecia movilización del cotilo con gran pérdida ósea a nivel acetabular y en fémur proximal (Fig.1). En el estudio analítico no se aprecian alteraciones sugestivas de infección. Se decide ingreso del paciente para revisión quirúrgica de la prótesis. Durante la cirugía se observa una masa pseudotumoral intrafascial a nivel de glúteo con importante salida de material de aspecto granuloso rojizo que afecta a la región protésica (Fig.2). Se toman muestras para anatomía patológica (Fig.3) y cultivos de microbiología, se procede a la retirada de la prótesis y Girdlestone (Fig.4).



Fig.1 Radiografía AP pelvis-caderas: movilización cotilo izquierdo y pérdida de stock óseo acetabular y en fémur proximal.



Fig.2 Masa pseudotumoral intrafascial en región glútea lateral.



Fig.3 Material granuloso rojizo obtenido tras limpieza intrafascial y revisión protésica.



Fig.4 Radiografía pelvis-caderas AP situación actual en Girdlestone.

Resultados: el estudio anatomopatológico informa de tejido capsular fibroso e inflamación crónica. El estudio microbiológico resultó positivo con escaso crecimiento para *Propionibacterium acnes* y crecimiento abundante para *Nocardia sp.* Tras estos hallazgos se decidió iniciar tratamiento antibiótico específico por parte del servicio de infecciosas y se descartó la presencia de otros focos infecciosos. Actualmente, el paciente continúa con tratamiento antibiótico con buena evolución y se ha decidido mantener en Girdlestone.

Conclusiones: la infección por *Nocardia* afecta típicamente a pacientes inmunocomprometidos, siendo infrecuente en inmunocompetentes. La localización principal de esta infección suele ser pulmonar o cutánea, y desde ahí puede diseminarse a otras regiones con tendencia a la formación de abscesos. La presencia de *Nocardia* a nivel de una PTC sin ninguno de los supuestos mencionados supone un hallazgo excepcional.