

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Fístula cutánea en un paciente con una infección de la prótesis del hombro

Cutaneous Fistula in a Patient With an Infection in a Shoulder Prosthesis

Historia clínica

Una mujer de 81 años, intervenida de artroplastia invertida del hombro derecho cuatro años antes, consultó por presentar, desde hacía seis meses una lesión elevada, rojiza, algo dolorosa, localizada en el tercio medio del brazo derecho. No presentaba fiebre ni afectación general.

Exploración

Se apreciaba, en la cara interna del brazo derecho, un nódulo sobrelevado, eritematoso, algo exudativo, empastado, de aproximadamente 1,5 cm de diámetro (fig. 1).

Histopatología

El estudio histopatológico mostró una epidermis de apariencia normal que asentaba sobre una dermis ocupada en su totalidad por un infiltrado inflamatorio formado por histiocitos espumosos, células plasmáticas, fibroblastos y abundantes neutrófilos (fig. 2). Las tinciones para PAS, GRAM, Giemsa y Grocott no evidenciaron microorganismos patógenos.



Figura 1 Imagen clínica.



Exploraciones complementarias

En la imagen ecográfica se observaba, por debajo del tejido celular subcutáneo, un área hipoeoica de bordes irregulares y de morfología polilobulada (a) que se comunicaba con la superficie cutánea a través de un trayecto lineal hipoeoico (b) (fig. 3). Mediante la gammagrafía con leucocitos marcados se apreciaban depósitos leucocitarios focales y progresivos localizados en la periferia del material protésico del hombro derecho, sobre todo en su región proximal.

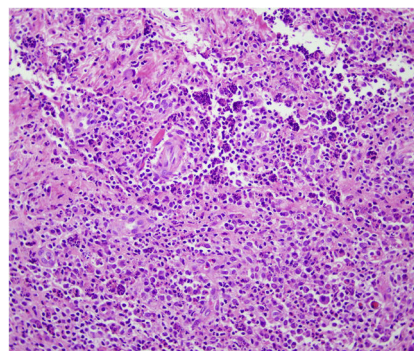


Figura 2 Hematoxilina-eosina, x20.

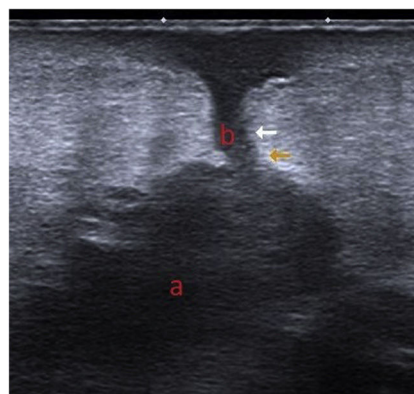


Figura 3 Imagen ecográfica.

¿Cuál es su diagnóstico?

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.08.019>

0001-7310/© 2021 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Diagnóstico

Fístula cutánea secundaria a una infección de la prótesis del hombro.

Evolución y tratamiento

Se derivó al Servicio de Traumatología en donde procedieron a retirar la prótesis y pautaron tratamiento con antibióticos. El cultivo de piel y de la prótesis mostraron crecimiento de *Corynebacterium striatum* y *Staphylococcus epidermidis*.

Comentario

La infección de las prótesis articulares constituye un problema creciente de salud pública en la mayoría de los países desarrollados. En España, si se considera a la población de pacientes de riesgo (aquellos con artritis reumatoide, diabetes, obesidad o sometidos a repetidos recambios), la tasa de infecciones vinculadas con estos dispositivos se sitúa en torno al 3 a 4%¹.

Los gérmenes responsables suelen ser en la mayoría de los casos cocos grampositivos (75%), principalmente estafilococos, y son menos frecuentes los gramnegativos, enterobacterias y *Pseudomonas*¹. Hasta en un 20% son polimicrobianas y, aproximadamente, en el 7% de los casos los cultivos son negativos².

La aparición de una fístula cutánea secundaria a una infección de prótesis de cadera o rodilla es frecuente, con algunos casos publicados en la literatura médica³⁻⁵; sin embargo, la formación de una fístula con drenaje a la piel como consecuencia de la infección de una prótesis invertida de hombro es excepcional⁶. En el caso aquí descrito, además, queremos resaltar la aparición tardía (cuatro años después) y la ausencia de dolor y de síntomas articulares.

El diagnóstico diferencial se plantea en primer lugar con infecciones cutáneas por micobacterias u hongos, en cuyo caso las tinciones con PAS y Grocott, así como los cultivos, mostrarían resultados positivos. En segundo lugar, con tumores cutáneos, principalmente del grupo de los

linfomas; en este caso los hallazgos histopatológicos serían determinantes.

Finalmente, por lo que se refiere al tratamiento, siempre complejo, debe de ser multidisciplinar, médico quirúrgico con desbridamiento y retirada de la prótesis y antibioterapia para lograr la erradicación de la infección. La precocidad terapéutica es un elemento decisivo ante la posibilidad de erradicar o salvar la artroplastia¹.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ariza J, Euba G, Murillo O. Infecciones relacionadas con prótesis articulares. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2008;26:380-90.
2. Del Pozo JL, Patel R. Infection Associated with Prosthetic Joints. *N Eng J Med*. 2009;361:787-94.
3. Gallmetzer J, Gozzi C, Herms A. Vesicocutaneous fistula 23 years after hip arthroplasty. A case report. *Urol Int*. 1999;62:180-2.
4. Fica A, Llanos C, Luzoro A, de la Barrera C, Miranda G. Infecciones en prótesis articulares. *Rev Chil Infect*. 2000;17:115-21.
5. Ruano del Salado M, Vidaurrázaga C, Hervella M, Sigüenza M, Casado M. Fístula cutánea en paciente con prótesis total de cadera. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2003;31:381-2.
6. Letter HP, Limback J, Wasyliw C, Bancroft L, Scherer K. Synovial cutaneous fistula complicating a reverse total shoulder arthroplasty. *Radiol Case Rep*. 2016;11:98-101.

C. Gómez-de Castro^{a,*}, E. López-Anglada Fernández^b y S. Gómez-Diez^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

^b Servicio de Traumatología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: celiagomez.88@hotmail.com (C. Gómez-de Castro).