

10.5. INFECCIONES RELACIONADAS CON LA INSTRUMENTACION VERTEBRAL

Beatriz Sobrino Díaz¹, David García de Quevedo², Ismael Menéndez Quintanilla², Guillermo Ibáñez³, Luis F Caballero Martín¹, M^a Dolores Rojo Martín⁴ y Juan Diego Ruiz Mesa¹

Servicio de Enfermedades Infecciosas¹, Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología², Servicio de Neurocirugía³ y Servicio de Microbiología⁴.

1. INTRODUCCIÓN

La infección del sitio quirúrgico es la tercera causa más frecuente de complicación en la cirugía de columna. Conduce a ingresos más prolongados, nuevos ingresos, pobres resultados y aumento de los costes tanto económicos como emocionales para el paciente. La infección del sitio quirúrgico se clasifica, según criterios del CDC, en función de la extensión/profundidad en superficial, profunda y afectación de órgano-espacio. Y en función de la cronología de aparición puede clasificarse en precoz, tardía y retardada.

La infección del sitio quirúrgico se diferencia de la infección sobre espalda nativa tanto en la epidemiología como en su comportamiento clínico.

Los microorganismos que habitualmente son aislados en este escenario clínico varían en función del momento de adquisición de la infección y de la aparición de los síntomas, siendo *Staphylococcus* spp, Enterobacteriaceae, y *Cutibacterium acnés* los principalmente descritos.

Debemos considerar como factores en relación al procedimiento quirúrgico

- Presencia de instrumentación vertebral, con una incidencia de infección de 4,4% y 1,4% respectivamente.
- Tipo de abordaje, vía anterior y posterior, con una incidencia de infección del 2,3% y 5% respectivamente
- Extensión y localización del abordaje

Ante la sospecha de infección del sitio quirúrgico las prioridades, siempre que la situación clínica lo permita, deben ser

- El diagnóstico microbiológico mediante la toma de hemocultivos en aquellos casos que cursen con síntomas sistémicos y toma de al menos 3 muestras locales de distintas localizaciones (biopsia ósea, biopsia de tejidos superficiales y profundos, injertos, material) para su estudio mediante cultivo y/o biología molecular en los casos en los que ésta se considere adecuada junto a los facultativos de Microbiología.
- Control local del foco a criterio del equipo quirúrgico competente confiriendo carácter urgente a aquellos casos que cursen con inestabilidad hemodinámica.
- Inicio de tratamiento antibiótico empírico según tiempo de evolución de los síntomas y tiempo transcurrido desde la cirugía índice.

2. TRATAMIENTO EMPÍRICO

Inicio de síntomas / diagnóstico	Estrategia quirúrgica (a criterio del cirujano)	Tratamiento ATB empírico
PRECOZ < 1 mes desde cirugía índice	<ul style="list-style-type: none">Desbridamiento abierto con recambio de injerto	<ul style="list-style-type: none">Meropenem 2g/ iv/8 (dosis optimizadas** + Daptomicina 10 mg/kg /día
RETARDADA 1-6 meses desde cirugía índice	<ul style="list-style-type: none">Desbridamiento retentivo vs recambio en un tiempo de la instrumentación	<ul style="list-style-type: none">Ceftazidima 2g/iv/8h + Daptomicina 10 mg/kg/día
TARDÍA 6 meses desde cirugía índice	<ul style="list-style-type: none">Retirada de la instrumentación vertebral	<ul style="list-style-type: none">Ceftazidima 2g/iv/8h + Vancomicina 10-15 mg/kg/12h

*La dosis se ajustarán a función renal

** Dosis optimizadas de Meropenem: bolo de 2g iv a pasar en 30 minutos y seguir con 2g iv a pasar en 3h cada 8h.

El esquema de tratamiento dirigido final (antibiótico/s, secuenciación a vía oral y duración total) serán individualizados para cada caso y consensuados entre los equipos quirúrgicos responsables y los facultativos de E. Infecciosas.