



<https://www.revclinesp.es>

I-104 - P. ACNES COMO CAUSANTE DE INFECCIÓN POST-NEUROQUIRÚRGICAS

B. Pérez Alves¹, J. García Morales², M. Balado Rico¹, E. Manzone¹, A. Roca Martiartu¹, R. Vates Gómez¹, H. Notario Leo¹ y G. Pérez Caballero¹

¹Medicina interna. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid). ²Grado de Medicina. Universidad Europea de Madrid. Madrid.

Resumen

Objetivos: Describir las características de *P. acnes* como causante de infección post-neuroquirúrgica (IPNQ).

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el que revisamos las historias clínicas de los pacientes del HUG que entre jun/2015 y oct/2016 presentaron IPNQ por *P. acnes* definida como aislamiento del mismo en una localización habitualmente estéril y mejoría tras tratamiento antibiótico dirigido; evidencia de osteomielitis, absceso extradural, empiema subdural o absceso cerebral. Se excluyeron pacientes con aislamiento de otra bacteria en la muestra potencial causante de IPNQ o que no cumplieran criterios de infección clínica.

Resultados: De las 26 IPNQ entre jun/2015 y oct/2016 se aisló *P. acnes* en 13 (7 cumplieron los criterios, 26,9% de las IPNQ). La mayoría fueron mujeres (4) con edad media de 58 años. Cuatro estaban en tratamiento con corticoides (57%), 1 con quimiorradioterapia, 1 tenía DM y 1 no tenía factores de inmunodepresión. En 4 la enfermedad de base era un meningioma y en 3 un astrocitoma. En todos se realizó craneotomía. El tipo de IPNQ fue en 3 (42,9%) empiema epidural, 3 absceso cerebral y 1 empiema subdural. Todas se localizaron por TAC y *P. acnes* se aisló en el aspirado de las colecciones. El tiempo entre cirugía y diagnóstico de infección fue 42,8 días y del inicio de los síntomas al diagnóstico 3,57 días. Los síntomas fueron en 4 focalidad neurológica, 2 fiebre, 2 exudación en zona quirúrgica, 1 cefalea, 1 edema en zona quirúrgica y 1 dolor en zona quirúrgica. La media de PCR (mg/L) al diagnóstico fue 25,77 (rango 3-67) y de leucocitos/?L 7361 (rango 3.600-10.940). Las pautas antibióticas fueron: 2 ceftriaxona iv (28,6%); 2 vancomicina y meropenem (completándolo 1 con linezolid iv y otro con ceftriaxona iv), 1 penicilina iv, 1 cefotaxima iv y 1 con ceftriaxona, levofloxacino y amoxicilina. La duración media del tratamiento fue 42 días. Todos precisaron además craneotomía y lavado, 5 de ellos (71,4%) con antibiótico local (vancomicina) y en 5 no se retiró el colgajo óseo. Todos evolucionaron a la curación.

Discusión: Recientemente numerosos estudios avalan a *P. acnes* como potencial patógeno de IPNQ. *P. acnes* causó un cuarto de las IPNQ en el periodo de estudio lo que concuerda con lo publicado por otros autores como McCleland et al y Martín-Gandul et al. Destaca que 6 de los 7 pacientes presentaban algún factor de riesgo de inmunodepresión (sobre todo uso de corticoides) y que todos fueron intervenidos de un tumor. El crecimiento lento e indolente de *P. acnes* explica tanto la larga duración entre cirugía y diagnóstico (media de 43 días), similar a las revisiones de Barazi SA, y que el síntoma más frecuente haya sido la focalidad neurológica seguido de los síntoma locales en más del 40% en lugar de la fiebre como síntoma de presentación. Los parámetros inflamatorios como (PCR y leucocitosis) no supusieron ayuda diagnóstica por

su variabilidad. El antibiótico más usado fue la ceftriaxona con una media de duración del tratamiento de 6 semanas. El abordaje quirúrgico en todos consistió en apertura de la craneotomía y limpieza quirúrgica (5 recibieron lavados locales de vancomicina, en ausencia de recomendaciones estandarizadas), pero sólo en 2 se retiró el injerto óseo, siendo este aspecto el más controvertido dado que en el resto de la bibliografía revisada, tanto en la IPQN general, como en la asociada a *P. acnes*, la retirada del injerto óseo y material extraño es un paso crucial para la erradicación de la infección, si bien es verdad que ninguno de estos pacientes fue sometido a una cirugía instrumentada.

Conclusiones: *Propionibacterium acnes* a pesar de tratarse de un agente saprofita debe considerarse un potencial patógeno en las IPNQ dada su aparición en un porcentaje importante de casos. Su presentación clínica es tardía, relacionada con el efecto masa de la colección postquirúrgica. El abordaje con limpieza quirúrgica y tratamiento antibiótico (mayoría con ceftriaxona) consigue su curación en 4-6 semanas.