

6. Herskowitz A. Cardiomyopathy and other symptomatic heart diseases associated with HIV infection. *Curr Op Cardiol* 1996; 11: 325-331.
7. Valencia ME, Ortega G, Guinea J, Laguna F, Moreno V, González Lahoz JM. Hipertensión pulmonar en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana: estudio de 14 casos. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 181-184.
8. Mesa RA, Edell ES, Dun WF, Edwards WD. Human immunodeficiency virus infection and pulmonary hypertension: two new cases and a review of 86 reported cases. *Mayo Clin Proc* 1998; 73: 37-45.
9. Opravil M, Pechère M, Speich R, Joller-Jemelka HI, Jenni R, et al. Pulmonary hypertension. A case control study. Swiss HIV cohort study. *Am J Respir Crit Care Med* 1997; 155: 990-995.
10. Wanstall JC, Jeffery TK. Recognition and management of pulmonary hypertension. *Drugs* 1998; 56: 989-1.007.

Shock séptico con distrés respiratorio del adulto y *Alcaligenes xylosoxidans*

Sr Director. *Alcaligenes xylosoxidans* es un bacilo gramnegativo no fermentador de la glucosa que se encuentra frecuentemente en el suelo y agua, y aislado con otros patógenos conocidos. Su importancia clínica no debe ser despreciada en presencia de signos y síntomas de infección, sobre todo en el contexto de pacientes inmunocomprometidos y de alto riesgo. Presentamos un caso de bacteriemia por *A. xylosoxidans* asociada al desarrollo de shock séptico y distrés respiratorio del adulto.

Se trata de un paciente varón de 71 años con antecedentes personales de infarto agudo de miocardio 9 años antes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hiperplasia prostática, un episodio de hemorragia digestiva alta, colecistitis intervenida hace 2 años y una infección reciente por herpes zoster, que ingresa en nuestro hospital por presentar cuadro de fiebre con escalofríos, vómitos y dolor lumbar derecho de 2 días de evolución. En la analítica realizada destacaba un cifra de leucocitos de $12,8 \times 10^9/l$ con un porcentaje de neutrófilos del 88%, urea de 61 mg/dl, creatinina de 1,9 mg/dl y un sedimento urinario con más de 10 leucocitos/campo. Se realizó cultivo de orina en el que creció *Streptococcus* del grupo B con 5×10^4 ufc/ml; sensible a penicilinas, cefalosporinas y quinolonas y resistente a la gentamicina y trimetoprim-sulfametoxazol. En una ecografía abdominal se apreciaban múltiples cálculos renales sin obstrucción del tracto urinario. Se inició en planta tratamiento antibiótico con ciprofloxacino y tobramicina, con mejoría inicial, apareciendo a las

48 horas fiebre en picos y disnea intensa con hipoxemia grave (gasometría arterial con mascarilla de oxígeno al 50% con PO_2 de 52 mmHg) por lo que se trasladó a la Unidad de Cuidados Intensivos tras obtenerse hemocultivos. Las radiografías de tórax seriadas mostraban una progresión desde un infiltrado perihiliar tenue a un patrón de consolidación alveolar bilateral característico del síndrome de distrés respiratorio del adulto (fig. 1). Preciso intubación orotraqueal, conexión a ventilación mecánica con fracción inspiratoria de oxígeno elevada y presión positiva al final de la espiración, monitorización hemodinámica con cateterización de la arterial radial y catéter de Swan-Ganz, aporte adecuado de cristaloides y coloides y soporte inotrópico con dopamina y noradrenalina. En una tanda de tres hemocultivos creció *A. xylosoxidans* sensible a ceftazidima, cefepime, fluorquinolonas e imipenem siendo resistente a los aminoglucósidos, ampicilina-sulbactam, cefotaxima y ceftioxa. Se cambió el tratamiento antibiótico a cefepime e imipenem resolviéndose en varios días su situación de shock séptico. Un nuevo estudio ultrasonográfico no aportó nuevos hallazgos respecto al primero. El curso del paciente se complicó con múltiples infecciones y afectación pulmonar persistente, falleciendo en situación de fallo multiorgánico tras una larga estancia en la unidad.

Se ha aislado *A. xylosoxidans* en toda clase de muestras humanas: secreciones de oídos y ojos, tracto gastrointestinal, sangre, secreciones respiratorias, nódulos linfáticos¹ y orina, habiéndose comunicado múltiples casos de sepsis secundaria a infecciones biliares, neumonía, meningitis, peritonitis, infecciones del tracto urinario, osteomielitis y bacteriemia. Los pacientes hematológicos y con tumores sólidos frecuentemente desarrollan bacteriemias por *A. xylosoxidans*². Se ha descrito también un caso de bacteriemia durante la fase neutropénica tras quimioterapia citotóxica sin una fuente conocida de infección³. Otros pacientes inmunocomprometidos que parecen tener una especial predisposición a las infecciones por este microorganismo son los pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana^{4,5} y asimismo se ha aislado en sangre en un trasplantado hepático⁶. Cuando tras una rastreo microbiológico activo no se encuentra un foco responsable de la bacteriemia deberemos investigar la posibilidad de que su origen esté en la administración de una solución contaminada⁷.



Figura 1. Radiografía de tórax antero-posterior que muestra infiltrados alveolares bilaterales, típicos del síndrome de distrés respiratorio del adulto.

El tratamiento óptimo de las infecciones por *A. xylosoxidans* se basaría en la investigación exhaustiva del foco infeccioso primario (que puede incluir las soluciones para administración intravenosa), la retirada de los sistemas de catéter venoso central previos y la antibioterapia. *A. xylosoxidans* produce varios tipos de β -lactamasas por lo que habitualmente es resistente a cefalosporinas de primera generación, ampicilina y aztreonam. El tratamiento con fluorquinolonas, piperacilina, imipenem o una combinación de un aminoglucósido con ceftazidima o una quinolona es efectivo en la mayoría de los casos.

Jesús Monterrubio, Alberto Córdoba y Julián Sánchez-Castañón

Unidad de Cuidados Intensivos. *Servicio de Microbiología. Hospital Comarcal Sánchez-Cortés. Don Benito. Badajoz.

Bibliografía

1. Weitkamp JH, Tang YW, Haas DW, Midha NK, Crowe Jr JE. Recurrent *Achromobacter xylosoxidans* bacteremia associated with persistent lymph node infection in a patient with Hyper-immunoglobulin M syndrome. *Clin Infect Dis* 2000; 31: 1.183-1.1187.
2. Martino R, Martínez C, Pericas R, Salazar R, Sola C, Brunet S, et al. Bacteremia due to glucose non-fermenting gram-negative bacilli in patients with hematological neoplasias and solid tumors. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1996; 15: 610-615.
3. Knippschild M, Schmid EN, Uppenkamp M, Koning E, Meusers P, Brittinger G, Hoffkes HG. Infection by *Alcaligenes xylosoxidans* subsp. *xylosoxidans* in neutropenic patients. *Oncology* 1996; 53: 258-262.
4. Manfredi R, Nanetti A, Ferri M, Chiodo F. Bacteremia and respiratory involvement by *Alcaligenes xylosoxidans* in patients infected with the human immunodeficiency virus. *Eur J Microbiol Infect Dis* 1997; 16: 933-938.
5. Graddon JD, Mayrer Ar, Hayes J. Pulmonary abscess associated with *Alcaligenes xylosoxidans* in a patient with AIDS. *Clin Infect Dis* 1993; 17: 1.071-1.072.

6. Dupon M, Winnock S, Rogues AM, Janvier G, de Barbeyrac B, Saric J. *Achromobacter xylosoxidans* (*Alcaligenes xylosoxidans* subspecies *xylosoxidans*) bacteremia after liver transplantation. *Intensive Care Med* 1993; 19: 480.
7. Granowitz EV, Keenholz SL. A pseudoepidemic of *Alcaligenes xylosoxidans* attributable to contaminated saline. *Am J Infect Control* 1998; 26: 146-148.

Artritis séptica por *Staphylococcus lugdunensis*

Sr. Director. Los estafilococos coagulasa negativas (ECN) desempeñan hoy en día un importante papel como agentes causales de infecciones en humanos, especialmente en pacientes hospitalizados¹. En la última década el desarrollo de sofisticados métodos microbiológicos ha permitido caracterizar nuevas especies de ECN. *Staphylococcus lugdunensis* ha sido aislado habitualmente en infecciones cutáneas y de tejidos blandos, aunque se han descrito también casos de endocarditis, abscesos mamarios, osteomielitis, peritonitis, linfangitis, bacteriemias e infecciones asociadas a catéter²⁻⁶.

Presentamos el caso de un paciente con una artritis séptica por *S. lugdunensis* tras un procedimiento artroscópico. En nuestro conocimiento es el primer caso descrito en nuestro país y el segundo en la literatura mundial, por lo que nos ha parecido de interés su comunicación.

Un varón de 54 años ingresó en el hospital por presentar dolor y tumefacción en la rodilla izquierda. Diez días antes se había realizado una artroscopia que mostró una rotura del menisco interno de dicha rodilla. Al ingreso su temperatura era de 39°C y existían evidentes signos flogóticos en la rodilla izquierda. El resto de la exploración física no mostró hallazgos significativos. El hemograma y el perfil bioquímico fueron normales. La velocidad de sedimentación globular era de 100 mm/ 1ª hora y la proteína C reactiva de 3,5 mg/dl (normal < 0,3 mg/dl). Las radiografías de la rodilla

no evidenciaron ninguna anomalía ósea, objetivándose únicamente un aumento de densidad de partes blandas. Se realizó una artrocentesis que dio salida a un líquido sinovial turbio. La tinción de Gram no evidenció microorganismos y en el cultivo se detectó el crecimiento de ECN sensibles a la meticilina que fueron identificados como *S. lugdunensis*. La identificación de presunción se realizó mediante el kit Pastorex Staph-Plus (Sanofi Diagnostics Pasteur, Marnes-la-Coquette, France). La identificación bioquímica y el patrón de antibiograma fueron realizados con el sistema de paneles MicroScan (Dade International Inc.; West Sacramento, California, EE.UU.) de acuerdo con los procedimientos recomendados por el fabricante. Los resultados fueron leídos por un equipo MicroScan, Walkaway-96 o autoScan-4. Estos resultados fueron confirmados en sucesivas muestras de líquido sinovial. No se hallaron otros patógenos adicionales. Los hemocultivos extraídos al ingreso fueron estériles. El paciente fue tratado con cloxacilina por vía intravenosa (2 g/4 horas) durante dos semanas. Tras tres días de tratamiento los cultivos de líquido sinovial se negativizaron y el paciente quedó asintomático. No se objetivó recurrencia de la artritis tras dos años de seguimiento.

Los ECN tienen su nicho ecológico en la piel y las superficies mucosas. La distinción entre agente etiológico y flora contaminante representa aún hoy un importante reto para el clínico⁷. En nuestro conocimiento, hasta la fecha solamente se ha comunicado un caso de artritis por *S. lugdunensis*. Al igual que en nuestro paciente, la artritis fue una complicación de un procedimiento artroscópico de rodilla⁸. En un reciente estudio de 4.256 artroscopias de rodilla, se objetivó artritis séptica en el 0,4% de los casos, siendo *S. aureus* el patógeno más frecuentemente implicado. Estos autores observaron que la mayoría de los once pacientes con artritis por ECN presentaron una tinción de Gram negativa, ausencia de leucocitosis y moderados síntomas de infección, como en

nuestro caso⁹.

Aunque tradicionalmente *S. lugdunensis* ha sido considerado como mero agente contaminante con dudosa significación clínica, la relación entre aislamiento e infección está hoy claramente probada¹⁰.

José Luis Hernández, Jorge Calvo^a,
Xabier Antolínez, Francisco
Gutiérrez-Rubio y M. Carmen
Fariñas

Unidad de Enfermedades Infecciosas.
Departamento de Medicina Interna.
^aServicio de Microbiología. Hospital
Universitario Marqués de Valdecilla.
Universidad de Cantabria. Santander.

Bibliografía

1. Rupp ME, Archer GL. Coagulase-negative staphylococci: pathogens associated with medical progress. *Clin Infect Dis* 1994; 19: 231-245.
2. Ortiz de la Tabla V, Gutiérrez-Rodero F, Martín C, Zorraquino A, Belinchón I. *Staphylococcus lugdunensis* as a cause of abscesses in the perineal area. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1996; 15: 405-407.
3. Vandenesch F, Etienne J, Reverdy ME, Eykyn SJ. Endocarditis due to *Staphylococcus lugdunensis*: report of 11 cases and review. *Clin Infect Dis* 1993; 17: 871-876.
4. Waghorn DJ. *Staphylococcus lugdunensis* as a cause of breast abscess. *Clin Infect Dis* 1994; 19: 814-815.
5. Murdoch DR, Everts RJ, Chambers ST, Cowan IA. Vertebral osteomyelitis due to *Staphylococcus lugdunensis*. *J Clin Microbiol* 1996; 34: 993-994.
6. Herwaldt LA, Geiss M, Kao C, Pfaller MA. The positive predictive value of isolating coagulase-negative staphylococci from blood cultures. *Clin Infect Dis* 1996; 22: 14-20.
7. Kloos WE, Bannerman TL. Update on clinical significance of coagulase-negative staphylococci. *Clin Microbiol Rev* 1994; 7: 117-140.
8. Palazzo E, Pierre J, Besbes N. *Staphylococcus lugdunensis* arthritis: a complication of arthroscopy. *J Rheum* 1992; 19: 327-328.
9. Armstrong RW, Bolding F, Joseph R. Septic arthritis following arthroscopy: clinical syndromes and analysis of risk factors. *Arthroscopy* 1992; 8: 213-223.
10. Herchline TE, Ayers LW. Occurrence of *Staphylococcus lugdunensis* in consecutive clinical cultures and relationship of isolation to infection. *J Clin Microbiol* 1991; 29: 419-421.