

9. Kopic J, Paradzik MT, Pandak N. *Streptococcus suis* infection as a cause of severe illness: 2 cases from Croatia. *Scand J Infect Dis* 2002; 34:683-4.

Endocarditis infecciosa por *Ochrobactrum anthropi* en paciente inmunocompetente

Sr. Editor: La endocarditis infecciosa por *Ochrobactrum anthropi* es una entidad muy poco frecuente. Sólo existe en la literatura médica un caso publicado, si bien existen varios casos de bacteriemias asociadas a catéter intravascular o infecciones de material protésico. La mayoría se presentan en pacientes trasplantados, inmunodeprimidos o sometidos a diálisis¹⁻⁴. Sin embargo, existen casos en pacientes sin previa alteración de la inmunidad^{5,6}.

O. anthropi es un bacilo gramnegativo, aeróbico, oxidasa-positivo, no fermentador de lactosa. Se considera de baja virulencia y crece fácilmente en medio McConkey. El Centers for Disease Control (CDC) lo han clasificado como del grupo de no fermentadores de glucosa, junto con otros bacilos gramnegativos como *Achromobacter* spp. o *Agrobacterium* spp. Está ampliamente distribuido en el medio acuático y se ha aislado en agua procedente de muestras hospitalarias y del medio. Su epidemiología nos recuerda a la de *Pseudomonas* spp.^{1,2,7}

Existen publicaciones que lo consideran un patógeno emergente^{1,6,8}. Suele presentar resistencias a antibióticos betalactámicos (cefalosporinas de amplio espectro, aztreonam, penicilinas con inhibidores de betalactamasas) y es sensible a carbapenemes, aminoglucósidos, fluoroquinolonas y cotrimoxazol^{3,7,9}. Por ello, el tratamiento de infecciones por este microorganismo puede suponer un reto para el clínico por su amplio patrón de resistencias y por las discrepancias existentes entre sensibilidades *in vitro* y la eficacia *in vivo* de algunos antimicrobianos⁶.

Presentamos el caso de una mujer de 64 años, con antecedentes de cardiopatía reumática, por la que se le implantó una prótesis mitral mecánica en junio de 2000. En aquel episodio, la paciente tuvo un postoperatorio sin complicaciones. Su estancia fue de un total de 16 días, 14 de ellos posquirúrgicos. En noviembre de 2002 acudió a urgencias por presentar dolor en hipocondrio izquierdo, disnea progresiva, astenia y fiebre. En la exploración física destacaba fiebre de 38,5 °C, taquipnea, leve ictericia de piel y mucosas, aumento de la presión venosa yugular, soplo sistólico grado III/IV en ápex y hepatomegalia no dolorosa de tres dedos. Presentaba una presión

arterial de 100/60 mmHg y un electrocardiograma con fibrilación auricular con respuesta ventricular media de 80 lat./min. En el hemograma destacaba una hemoglobina de 8,8 g/dl, hematocrito de 25% y 106.000 plaquetas/ μ l. La velocidad de sedimentación globular (VSG) era de 84 mm/h y la proteína C reactiva de 84,66 mg/l. No se hallaron signos de embolismos periféricos. Se realizó un ecocardiograma transesofágico en el que se encontró prótesis mitral mecánica con dehiscencia medial e insuficiencia mitral grave por *leak* paravalvular medial con un área de 0,8 cm². La paciente fue ingresada en la unidad médico-quirúrgica de cardiología con sospecha de endocarditis y shock séptico, donde se extrajeron hemocultivos y se instauró tratamiento antimicrobiano empírico intravenoso con vancomicina (1 g/12 h), gentamicina (180 mg/24 h) y rifampicina (300 mg/8 h). Sin embargo, la paciente evolucionó desfavorablemente con persistencia de fiebre, malestar e hipotensión que requirió ingreso en la unidad de reanimación.

A los 5 días del ingreso se realizó otro ecocardiograma transesofágico con el resultado de: vegetaciones en cara auricular de prótesis mitral mecánica, insuficiencia periprotésica grave con probable infiltración endocárdica de la fibrosa mitroaórtica y desinserción medial del anillo protésico (figs. 1A y B). A las pocas horas se realizó el recambio de la prótesis mitral. A los 14 días, se aísla en dos de los tres hemocultivos el microorganismo *Ochrobactrum anthropi*. En el tejido perivalvular se aisló a los 8 días el mismo microorganismo. Se empleó la galería automatizada Vitex BioMérieux de gramnegativos (Id 32GN).

Se cambió la antibioticoterapia empírica por otra específica, según el antibiograma; por vía intravenosa: meropenem (1 g/6 h) y gentamicina (250 mg/24 h). En éste se observaron resistencias a piperacilina/tazobactam (concentración inhibitoria mínima [CIM]: 64/4 μ g/ml), ceftazidima (CIM > 16 μ g/ml), cefuroxima (CIM > 16 μ g/ml), cefotaxima (CIM > 8 μ g/ml), cefepime (CIM > 16 μ g/ml) y cotrimoxazol (CIM > 4/76 μ g/ml), y sensibilidad a meropenem (CIM: 2 μ g/ml), ciprofloxacino (CIM: 1 μ g/ml), amikacina (CIM: 16 μ g/ml), gentamicina (CIM: 4 μ g/ml) y tobramicina (CIM: 4 μ g/ml). Se empleó la microdilución para determinar las sensibilidades.

La paciente evolucionó favorablemente. Se realizaron de forma seriada un total de seis hemocultivos que fueron todos estériles y, tras 28 días de tratamiento antibiótico según antibiograma, que correspondía al día

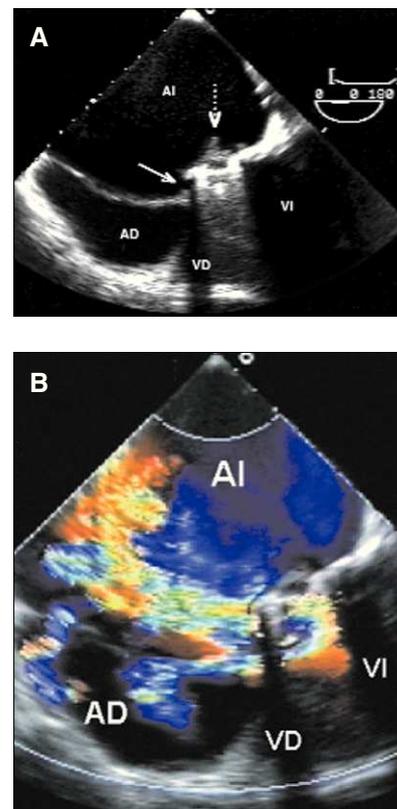


Figura 1. A) Imagen de ecocardiograma transesofágico multiplano en la que se observa prótesis mitral mecánica que presenta una desinserción medial (flecha continua) y unas vegetaciones en su cara auricular (flecha discontinua). B) Ecografía transesofágica multiplana en la que se observa una insuficiencia periprotésica mitral que procede de la desinserción medial del anillo protésico. AD: aurícula derecha; AI: aurícula izquierda; VD: ventrículo derecho; VI: ventrículo izquierdo.

43 de su estancia hospitalaria, este tratamiento se suspendió. Se realizó interconsulta al servicio de estomatología, que realizó extracción dentaria a la paciente que fue diagnosticada de boca séptica.

La paciente realizó los controles propios de su enfermedad en consultas externas, sin presentar complicaciones, pero no se practicaron más hemocultivos de control. El ecocardiograma transesofágico de control a los 6 meses mostró una prótesis mitral normofuncionante con insuficiencia leve fisiológica.

En el único caso publicado previamente de endocarditis con la misma etiología, los autores concluyen que el mecanismo de entrada del patógeno fue parenteral. La paciente había recibido inyecciones intravenosas con material reutilizable esterilizadas de manera incorrecta². El caso que se presenta, una endocarditis tardía, la

paciente no había sido sometida a ningún proceso diagnóstico ni terapéutico con instrumentación oral ni genitourinaria ni de cualquier otro tipo. No existió posteriormente a la primera intervención ningún episodio de hospitalización. El único posible factor de riesgo encontrado en la anamnesis y exploración física de la paciente fue la falta de higiene bucal y absceso que requirió extracción dentaria. Por lo tanto, aunque el mecanismo de entrada del microorganismo es desconocido, parece posible que el origen de la infección fuese extrahospitalario.

Verónica Pérez-Blanco,
Juan García-Caballero,
Francisco J. Domínguez-Melcón
e Isidro Moreno Gómez-Limón.

^aServicio de Medicina Preventiva.
^bUnidad Médico-quirúrgica
de Cardiología. ^cServicio de Anestesia
y Reanimación.

Hospital Universitario La Paz.
Madrid. España.

Agradecimientos

A la Dra. Pilar Peña García del Servicio de Microbiología del Hospital La Paz. Madrid.

Bibliografía

1. Steinberg JP, Río C. Other gram-negative bacilli. En: Mandell G, editor. Principles and practices of infectious diseases. 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000; p. 2459-74.
2. Saeed M, Sarwari AR, Khan MA, Sophie Z, Khan E, Sami S. Infective endocarditis and septic embolization with *Ochrobactrum anthropi*: case report and review of literature. J Infect Dis 2000;40:287-90.
3. Chertow GM. *Ochrobactrum anthropi* bacteremia in a patient on hemodialysis. Am J Kidney Dis 2000;35:E30.
4. Esteban J, Ortiz A, Rollan E, Reyero-López A, Soriano F. Peritonitis due to *Ochrobactrum anthropi* in a patient undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. J Infect 2000;40:205-6.
5. Kettaneh A, Weill FX, Poilane I, Fain O, Thomas M, Herrmann JL, et al. Septic shock caused by *Ochrobactrum anthropi* in an otherwise healthy host. J Clin Microbiol 2003;41:1339-41.
6. Daxboeck F, Zitta S, Assadian O, Krause R, Wenisch C, Kovarik J. *Ochrobactrum anthropi* bloodstream infection complicating hemodialysis. Am J Kidney Dis 2002;40:E17.
7. Deliere E, Vu-Thien H, Levy V, Barquins S, Schlegel L, Bouvet A. Epidemiological investigation of *Ochrobactrum anthropi* strains isolated from a haematology unit. J Hosp Infect 2000;44:173-8.
8. Stiakaki E, Galanakis E, Samonis G, Christidou A, Maraka S, Tselentis Y. *Ochrobactrum anthropi* bacteremia in pediatric oncology patients. Pediatr Infect Dis J 2002;21:72-4.
9. Higgins CS, Murtough SM, Williamson E, Hiom SJ, Payne DJ, Russell AD, et al. Resistance to antibiotics and biocides among non-fermenting Gram-negative bacteria. Clin Microbiol Infect 2001;7:308-15.