

Soriano et al encontraron una eficacia para infección aguda y crónica del 100 y 92,3% respectivamente con la retirada del implante y del 72,2 y 42,8% sin la retirada del mismo. La media de duración del tratamiento fue de 47 y 60 días, respectivamente³. Otras series han obtenido una tasa global de éxito entre el 72–95%^{4–8}. En nuestra serie, se obtuvo una tasa de curación del 73,9%, aunque hemos considerado todo cambio o modificación de tratamiento como fracaso. La combinación de linezolid con rifampicina ha sido recientemente estudiada en un modelo animal demostrando una eficacia inicial similar frente a rifampicina, aunque previene el desarrollo de resistencias a rifampicina⁹.

En otros estudios, el uso prolongado de linezolid se ha asociado a toxicidad medular, fundamentalmente a anemia (5,8–31,8%) y a trombopenia (4,7–9,7%)^{4–8}. En nuestra serie, la toxicidad hematológica ha sido similar (16,6% anemia y 8,2% trombopenia) motivando la retirada del linezolid en un 13% de las ocasiones, porcentaje algo inferior al descrito en otras series (19–43,5%)^{3–7}.

En nuestra experiencia, linezolid es una alternativa eficaz, relativamente segura y bien tolerada en el tratamiento de infecciones osteoarticulares por gérmenes multi-resistentes. Sin embargo, es necesaria una monitorización hematológica, sobre todo en pacientes de mayor edad y tratamientos más prolongados.

Bibliografía

1. Ariza J, Euba G, Murillo O. Infecciones relacionadas con las prótesis articulares. Enferm Infect Microbiol Clin. 2008;26:380–90.
 2. Kutschka-Lissberg F, Hebler U, Muhr G, Köller M. Linezolid Penetration into Bone and Joint Tissues Infected with Methicillin-Resistant Staphylococci. Antimicrob Agents Chemother. 2003;47:3964–6.
 3. Soriano A, Gómez J, Gómez L, Azanza JR, Pérez R, Romero F, et al. Efficacy and tolerability of prolonged linezolid therapy in the treatment of orthopedic implant infections. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2007;26:353–6.
 4. Rao N, Hamilton CW. Efficacy and safety of linezolid for Gram-positive orthopedic infections: a prospective case series. Diagn Microbiol Infect Dis. 2007;59:173–9.
 5. Senneville E, Legout L, Valette M, Yazdanpanah Y, Beltrand E, Caillaux M, et al. Effectiveness and tolerability of prolonged linezolid treatment for chronic osteomyelitis: a retrospective study. Clin Ther. 2006;28:1155–63.
 6. Harwood PJ, Talbot C, Dimoutsos M, Sunderland G, Shaw D, Wilcox MH, et al. Early experience with linezolid for infections in orthopaedics. Injury. 2006;37:818–26.
 7. Parra-Ruiz J, Vinuesa D, Romero F, Antelo R, Ruiz-Sancho A, Muñoz L, et al. Seguridad y eficacia del tratamiento prolongado con linezolid. XIII Congreso de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 11–14 de mayo, 2008, Madrid. Poster 96.
 8. Pigrat C, Rodríguez D, Almirante B, Fernández-Hidalgo N, Flores X, del Valle O, Pahissa A. Eficacia y seguridad de terapia prolongada con linezolid en pacientes con osteomielitis crónica. XIII Congreso de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 11–14 de mayo, 2008, Madrid. Poster 100.
 9. Murillo O, Domenech A, Euba G, Verdaguer R, Tubau F, Cabo J, et al. Efficacy of linezolid alone and in combination with rifampin in staphylococcal experimental foreign-body infection. J Infection. 2008;57:229–35.
- F. Jover-Díaz^{a,*}, A. Talents^b, R. Alcalá-Santaella^c, J.M. Cuadrado^a, N. Olmedo^c y C. Gazquez^d
- ^aUnidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Clínico Universitario de San Juan, Alicante, España
- ^bServicio de Farmacia, Hospital Clínico Universitario de San Juan, Alicante, España
- ^cCirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Clínico Universitario de San Juan, Alicante, España
- ^dCirugía Microbiología, Hospital Clínico Universitario de San Juan, Alicante, España

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: fjoverdiaz@coma.es (F. Jover-Díaz).

doi:10.1016/j.rce.2009.06.015

Abscesos hepáticos en el contexto de sepsis por *Gemella morbillorum*: base para el diagnóstico de adenocarcinoma gástrico

Hepatic abscesses in a sepsis context due to *Gemella morbillorum*: Base for gastric adenocarcinoma diagnosis

Sr. Director:

Gemella morbillorum es un coco gram-positivo, anaerobio facultativo, catalasa-negativo, que forma parte de la flora comensal de orofaringe, tracto gastrointestinal y genitourinario.

Antiguamente conocida como *Streptococcus* *morbillosum*, fue descrita por primera vez en 1917 y en 1988 incorporada a su nuevo género¹. Rara vez causa infección en humanos y existen varios factores que pueden contribuir a ello, como la broncoaspiración, el uso de drogas por vía intravenosa, una pobre higiene dental o procesos neoplásicos² e inflamatorios del tracto gastrointestinal, causando una gran variedad de enfermedades³.

Los abscesos hepáticos constituyen el tipo más frecuente de absceso visceral (48% de todos los abscesos viscerales), pudiendo ser debidos a extensión local (el origen predominante se encuentra en el tracto biliar) o diseminación hematogena. No obstante, constituyen una entidad clínica poco frecuente, representando generalmente menos del 1% de los ingresos hospitalarios. A nivel de la literatura internacional, solo existen 8 casos descritos de abscesos hepáticos causados por *G. morbillorum*^{4–9}.

Presentamos aquí el caso de un varón de 68 años con fibrilación auricular crónica previamente asintomática que acudió al servicio de urgencias de su hospital comarcal refiriendo dolor abdominal difuso de 2 días de evolución, acompañado de náuseas y vómitos, con sensación distérmica, sin alteración del hábito intestinal. Negaba astenia, anorexia y pérdida de peso. Dos meses antes le fue realizada una extracción dentaria sin profilaxis antibiótica. En la exploración destacaba una tensión arterial de 91/60 mmHg, con una frecuencia de 114 lpm y una temperatura de 37,1 °C, palidez cutáneo-mucosa, auscultación cardiopulmonar arrítmica, sin soplos, con murmullo vesicular conservado y abdomen doloroso a la palpación a nivel de epigastrio, sin hepatomegalia ni datos de peritonismo. En la analítica destacaba una importante leucocitosis ($24,7 \times 10^9/l$: 92,2% neutrófilos, 4,1% linfocitos) con desviación izquierda (29% cayados), una hemoglobina de 11,1 g/dl y un patrón de colestasis hepática. Clínicamente el paciente empeoró, con malestar general, tensión arterial de 85/45 mmHg y temperatura de 37,9 °C. Ante la sospecha de shock séptico se inició antibioterapia empírica con piperacilina-tazobactam y perfusión de aminas vasoactivas, y se realizó tomografía computerizada (CT) abdominal con contraste, donde se objetivó la presencia de 3 lesiones hepáticas focales, una en lóbulo hepático izquierdo de 1,2 cm, otra en segmento VI de 3,7 cm así como otra en segmento IV-VIII de 10×8 cm, además de apreciarse un engrosamiento de la pared gástrica a nivel de cuerpo-antró. Ante la situación de inestabilidad hemodinámica del paciente, se decidió el traslado a la unidad de cuidados intensivos, donde requirió sedación, ventilación mecánica, aporte de aminas vasoactivas y tratamiento antibiótico con vancomicina, imipenem y gentamicina intravenosas. La evolución del paciente fue favorable. En los hemocultivos se aisló *G. morbillorum* sensible a la antibioterapia empleada. En la CT abdominal de control, se observó la existencia de un engrosamiento de la pared gástrica con afectación de la curvatura mayor e infiltración de la grasa adyacente y adenopatías locorregionales, junto a abscesos hepáticos con patrón en panal de $11,5 \times 10$ cm en segmento IV, de 6,5 cm en segmento VI y de 1,2 cm en lóbulo caudado. Se procedió a la realización de una gastroscopia que mostró la existencia de una neiformación ulcerada a nivel de cuerpo gástrico, con biopsia indicativa de adenocarcinoma. La punción aspiración con aguja fina de las lesiones hepáticas fue negativa para malignidad. Tras dos semanas de antibioterapia, una nueva CT seguía observando lesiones multicavitadas hepáticas de 8 cm en segmento IV/VIII, de 5 cm en segmento VI y de 1,2 cm en segmento I. Tras 6 semanas de tratamiento se procedió a tratamiento quirúrgico de la neoplasia gástrica, destacando en la CT previa que los abscesos habían disminuido de tamaño pasando el mayor de medir 11×10 cm a $6,4 \times 6$ cm.

Se presenta el caso de un paciente con sepsis de origen abdominal con abscesos hepáticos provocada por *G. morbillorum* al cual se le diagnostica de adenocarcinoma gástrico de forma incidental en el estudio mediante TC. Resulta excepcional que dicho germen cause abscesos en hígado (solo 8 casos descritos a nivel internacional) y en el contexto clínico del paciente cabía la posibilidad de cuestionar si esas lesiones eran abscesos o metástasis. Los hemocultivos positivos para *G. morbillorum* y la buena

respuesta clínica al tratamiento antibiótico en combinación con la disminución de tamaño de las lesiones hepáticas y la PAAF negativa para malignidad en las mismas descarta que se pudiese tratar de metástasis.

G. morbillorum es un microorganismo que rara vez produce enfermedad siendo aún más extraño encontrarnos con abscesos hepáticos producidos por dicha bacteria¹⁰, aunque estos deben considerarse en pacientes con bacteriemia por *G. morbillorum* y lesiones hepáticas compatibles. En nuestro caso en cuestión la extracción dentaria de una muela 2 meses así como la presencia de una neoplasia gástrica son factores predisponentes, siendo el primer caso descrito en la literatura internacional de abscesos hepáticos por *G. morbillorum* en el contexto de un paciente con adenocarcinoma gástrico.

Bibliografía

- Kilper-Balz R, Schleifer KH. Transfer of *Streptococcus morbillorum* to the genus *Gemella* as *Gemella morbillorum*. Int J Syst Bacteriol. 1988;38:442-3.
- Reyes R, Abay A, Siegel M. *Gemella morbillorum* bacteriemia associated with adenocarcinoma of the cecum. Am J Med. 2001;111:164-5.
- Debase SB, Koot R, Meis JF. Infections caused by *Gemella morbillorum*. Lancet. 1993;342:560.
- Rivera MD, Vera V, Molina M, Ortega G. Absceso hepático causado por *Gemella morbillorum*. An Med Interna. 1999;16:160.
- Perea García J, del Valle Hernández E, Medina Rodríguez J, Muñoz Jiménez F. Liver abscess: a rare manifestation of *Gemella morbillorum* infection. Med Clin. 2002;118:239.
- Calvo A, Colodro A, Ladero M, Hens A, Jiménez J, Capitán JM, et al. Liver abcess in Crohn's disease due to *Gemella morbillorum*. Rev Esp Enferm Dig. 2003;95:440-1.
- Arroyo Masa E, Arroyo Masa M, García Carrasco C, Martínez Giles MJ, Vázquez Labrador JM, Magro Ledesma D. Multiple hepatic abscesses due to *Gemella morbillorum*. Gastroenterol Hepatol. 2007;30:251-4.
- Hsu CY, Su YC, Wang TL, Chong CF, Chen CC. *Gemella morbillorum* liver abcess. Scand J Infect Dis. 2007;39:637-8.
- Nam HJ, Yoon SJ, John BM, Jung SH, Kim A, Ko BS, et al. Liver abscess caused by *Gemella morbillorum*. Korean J Gastroenterol. 2005;46:56-9.
- García Lechuz JM, Cuevas Lobato O, Hernan Gomez S, Hermida A, Guinea J, Marin M. Extra-abdominal infections attributable to *Gemella* species. Int J Infect Dis. 2002;6:78-82.

S. Raposeiras Roubín^{a,*}, A. Cabarcos Ortiz De Barrón^b, A.M. Maldonado Bakovic^b y C. Barreiro Pardal^c

^aServicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña, España

^bServicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña, España

^cServicio de Anestesia, Hospital Montecelo, Pontevedra, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raposeiras26@hotmail.com
(S. Raposeiras Roubín).