

Bacteriemia por *Streptococcus pneumoniae* secundaria a infección de bolsillo subcutáneo de un catéter venoso central con reservorio subcutáneo

Sr. Editor: *Streptococcus pneumoniae* es un diplococo grampositivo que puede causar una gran variedad de infecciones (neumonía, sinusitis, meningitis, otitis, artritis, osteomielitis, abscesos cerebrales, peritonitis, etc.). La bacteriemia por neumococo se asocia con una elevada mortalidad que oscila entre un 10 y un 45% en pacientes adultos¹. El origen de dichas bacteriemias suele ser el tracto respiratorio inferior (neumonía) o el SNC (meningitis), aunque en aproximadamente el 15% de los casos no se lograiliar el foco². La bacteriemia relacionada con catéter por este microorganismo es una entidad infrecuente. A continuación describimos el caso de una paciente con un absceso de bolsillo de un catéter venoso central con reservorio subcutáneo (CVCR) por *S. pneumoniae* con bacteriemia secundaria. Se trata de una paciente de 55 años diagnosticada de carcinoma de mama metastásico. Portadora de un CVCR mediante abordaje de vena axilar derecha desde hace 8 meses a través del cual recibe tratamiento quimioterápico (último ciclo 9 días antes). Ingresó con un cuadro de fiebre de 40 °C y supuración a través de la cicatriz del bolsillo subcutáneo. Se extrajeron hemocultivos, se drenó la colección y se recogió una muestra con jeringa para cultivo bacteriológico. La radiología simple de tórax no mostró alteraciones, y en la analítica únicamente destacaba una leucocitosis con neutrofilia. Se inició tratamiento antibiótico empírico con vancomicina. Dos días después la paciente se encontraba apirética habiéndose resuelto parcialmente el cuadro infeccioso local. A pesar de ello se decidió retirar el CVCR. Se aisló *S. pneumoniae* en todas las tomas de los hemocultivos así como en el exudado del bolsillo subcutáneo. Siete días después se sustituyó el tratamiento antibiótico por levofloxacino vía oral y se dio de alta a la paciente que completó un total de 14 días de tratamiento antibiótico con resolución

completa del cuadro. Cuatro meses después permanecía asintomática desde el punto de vista infeccioso y se colocó un nuevo CVCR en yugular interna derecha.

Los microorganismos que más frecuentemente están implicados en la bacteriemia relacionada con catéter son los estafilococos, a veces están implicados otros cocos grampositivos como son los enterococos o los estreptococos del grupo *viridans*³. *S. pneumoniae* es un microorganismo que habitualmente no se aísla en este tipo de infecciones. De hecho sólo aparecen 3 casos de infección/colonización sin bacteriemia asociada descritos en la literatura especializada⁴⁻⁶. Dhillon y Watanakunakorn⁷ describen en 2000 el primer caso de bacteriemia asociada a catéter venoso central no tunelizado, y Troya-García et al⁸ describen en 2006 un caso de bacteriemia grave (tromboflebitis y artritis séptica) por neumococo asociada a un catéter venoso central no tunelizado. Hasta la fecha no se había descrito una infección de un reservorio subcutáneo por neumococo con bacteriemia secundaria. Neumococo forma parte de la microbiota normal de nasofaringe. El hecho de que varios días antes de presentar la clínica, se hubiese procedido a la manipulación del catéter por parte del equipo de enfermería encargado de la administración de quimioterapia, podría estar en relación con la infección del bolsillo subcutáneo. En el caso descrito por Troya-García et al⁸ se plantea la posibilidad de una colonización del punto de inserción del catéter por la propia microbiota orofaríngea del paciente (se trataba de un paciente diabético con bronquitis crónica). En nuestro caso la paciente no presentaba clínica a nivel respiratorio y en la radiología de tórax no se observaron alteraciones, por lo que nos parece más probable una transmisión del patógeno a partir de las secreciones respiratorias de alguno de los componentes del equipo de enfermería que manipuló el dispositivo. En resumen, nos parece adecuado por un lado tener en cuenta que neumococo puede ser responsable de una bacteriemia asociada a catéter, y por otro remarcar la necesidad de utilizar medidas adecuadas de higiene a la hora de manipular los CVCR.

**José Luis del Pozo^a,
Marta Santisteban^b, Marta Alonso^c
y Silvia Hernández^c**

^aÁrea de Enfermedades Infecciosas y Microbiología clínica. ^bDepartamento de Oncología Médica. ^cServicio de Microbiología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. España.

Bibliografía

1. Musher DM. Infections caused by *Streptococcus pneumoniae*: clinical spectrum, pathogenesis, immunity, and treatment. *Clin Infect Dis*. 1992;14:801-7.
2. Bouza E, Pintado V, Rivera S, Blázquez R, Muñoz P, Cercenado E, et al. Nosocomial bloodstream infections caused by *Streptococcus pneumoniae*. *Clin Microbiol Infect*. 2005;11: 919-24.
3. Raad II, Bodey GP. Infectious complications of indwelling vascular catheters. *Clin Infect Dis*. 1992;15:197-208.
4. Brun-Buisson C, Abrouk F, Legrand P, Huet Y, Larabi S, Rapin M. Diagnosis of central venous catheter-related sepsis. Critical level of quantitative tip cultures. *Arch Intern Med*. 1987;147: 873-7.
5. Aufwerber E, Ringertz S, Ransjo U. Routine semiquantitative cultures and central venous catheter-related bacteremia. *Apmis*. 1991;99: 627-30.
6. Groeger JS, Lucas AB, Thaler HT, Friedlander-Klar H, Brown AE, Kiehn TE, et al. Infectious morbidity associated with long-term use of venous access devices in patients with cancer. *Ann Intern Med*. 1993;119:1168-74.
7. Dhillon SS, Watanakunakorn C. Pneumococcal bacteremia associated with an infected central venous catheter. *Chest*. 2000;117: 1515-6.
8. Troya-García J, Salinas-Botran A, González-Cajigal A, Fernández-Guerrero ML. Catheter-associated septic thrombophlebitis and arthritis due to penicillin-resistant *Streptococcus pneumoniae*. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:799.