

un abdomen blando y depresible, sin organomegalias, con dolor a la palpación en zona de mesogastrio. Realizada la ecografía abdominal, se encontró un cálculo biliar a nivel de vesícula, que confirmó la sospecha de coledocitis. La paciente fue ingresada en la planta de cirugía general donde se mantiene estable. Fue finalmente intervenida a los 15 días de su ingreso, practicándosele una colecistectomía simple mediante laparotomía subcostal derecha. El postoperatorio inmediato cursó sin incidencias, pero a los 8 días inició deterioro de su situación clínica junto con leucocitosis de 25.300 elementos/m³ (92,4% polimorfonucleares). La herida quirúrgica presentaba supuración y bordes a tensión. Se procedió entonces a reintervención por evisceración contenida por piel, encontrándose subcutáneo de dudosa viabilidad sin hallazgos intraabdominales en la revisión realizada. Se procedió a limpieza de la herida operatoria, que requirió reintervención para nueva limpieza a las 24 h, momento en el que ingresó entonces en nuestra unidad. Durante su estancia en planta de cirugía recibió inicialmente como antibioticoterapia amoxicilina-ácido clavulánico junto con metronidazol y, tras la primera limpieza, clindamicina, gentamicina y vancomicina, todos ellos en las dosis habituales.

Ingresa en la unidad procedente del quirófano, sedada, intubada, requiriendo ventilación mecánica y afebril. Las determinaciones de laboratorio mostraban una cifra de proteínas totales de 3,7 mg/dl, de lactodeshidrogenasa de 679 U/l, leucocitosis de 21.200 elementos/m³ con un porcentaje de polimorfonucleares del 95%, hematocrito del 34,4%, hemoglobina de 11,6 mg/dl y plaquetas de 258.000 elementos/m³. En la gasometría arterial (efectuado durante el tratamiento con oxígeno con una fracción inspiratoria de oxígeno [FiO₂] de 0,6) se detectó un pH de 7,47, una pCO₂ de 32,9 mmHg, una pO₂ de 61 mmHg, un valor de bicarbonato de 24,2 mmol/l y una saturación de oxígeno del 92,7%. En la radiografía de tórax aparecía un infiltrado alveolo-intersticial bilateral. Fue necesaria la estabilización hemodinámica por hipotensión arterial con empleo de dopamina y expansión de volumen poco tiempo después del ingreso. Se inició antibioticoterapia empírica por vía intravenosa con 2 g/12 h de ceftriaxona, 1 g/4 h de ampicilina, 500 mg/6 h de metronidazol y 600 mg/6 h de clindamicina. El deterioro clínico fue progresivo, refractario a las medidas realizadas, y la paciente falleció finalmente a las 48 h

de su ingreso en situación de fracaso multiorgánico secundario a shock séptico.

En los cultivos de la herida operatoria (obtenidos de muestras procedentes de su primera limpieza) se aíslan *P. multocida* y una especie coagulosa negativo de estafilococo. En las muestras procedentes del tracto respiratorio se aisló *Enterobacter aerogenes*. *P. multocida* mostró resistencia a ampicilina y sensibilidad a aminoglicósidos, quinolonas, cefalosporinas y amoxicilina-ácido clavulánico.

La antibioticoterapia empírica con dos anaerobias, metronidazol y clindamicina, se basó en la gravedad clínica de la paciente y en la existencia en la literatura de casos de sepsis de origen biliar causada por anaerobios resistentes al metronidazol³.

Como referimos en la introducción, la infección humana por *P. multocida* es relativamente frecuente como complicación de mordeduras o arañazos producidos por animales, sobre todo de perros y gatos, aunque también conejos, roedores y otros felinos se han descrito como causantes de infección. La aparición de infección postoperatoria es excepcional^{4,5}. En ocasiones se ha relacionado con el contacto con animales (siendo heridas localizadas fundamentalmente en extremidades inferiores⁶).

En nuestro caso el punto de partida de esta infección, dado que no existió contacto animal alguno, podía haber sido la flora saprofita de la cavidad oral de la paciente que provocara una bacteriemia⁷. Aunque ocasionalmente *P. multocida* se ha aislado en cultivos de esputo de sujetos sanos, sin enfermedad pulmonar o sinusal asociada⁸, se ha considerado como un posible comensal de pacientes con enfermedad pulmonar subyacente⁹, que origina de forma excepcional procesos infecciosos graves pulmonares como neumonías o empiemias pulmonares. Estos pacientes suelen tener una historia de contacto con animales. La infección puede ocurrir tras una mordedura o un arañazo, aunque el contagio sin contacto directo suele ser tras contactar con las secreciones del animal, ya que el microorganismo puede permanecer viable en agua entre 7 y 25 días y en tierra por encima de los 21 días⁸. El contagio entre humanos no se ha descrito, así como el contagio desde alimentos o agua contaminada⁸. Ocasionalmente se ha aislado como parte de la flora mixta de úlceras por decúbito o secundarias a estasis venosa¹⁰.

Fuera del ámbito cutáneo, se han descrito infecciones respiratorias, septicemias⁸, abscesos cerebrales,

Infección de herida quirúrgica por *Pasteurella multocida*

Sr. Editor: *Pasteurella multocida* es un coccobacilo gramnegativo que forma parte de la flora orofaríngea habitual de algunos animales, entre ellos los perros y algunos felinos. Rara vez se ha aislado esta bacteria en el hombre¹, habiéndose descrito el primer caso de infección humana en Estados Unidos en el año 1941, y previamente en escasas ocasiones en Europa. Inicialmente se encuentra asociada a infecciones cutáneas relacionadas con mordeduras o arañazos, con los años se ha ido asociando con infecciones de otras localizaciones e incluso con infecciones no relacionadas con mordeduras, siendo estas últimas poco descritas y sólo ocasionalmente relacionadas con la cirugía². Se recoge aquí el caso de una paciente que presentó un cuadro de infección de herida quirúrgica en la que se aisló *P. multocida*, sin posibilidad de contacto animal alguno.

Paciente de 76 años de edad, con antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento con captopril y coledocitis con historia de cólicos hepáticos, que ingresó en nuestro hospital por un cuadro de dolor abdominal cólico, con una evolución de 48-72 h, que se localizaba en epigastrio inicialmente y se generalizó posteriormente, junto con náuseas y fiebre termometrada de hasta 39 °C. La exploración mostraba

meningitis o abscesos apendiculares¹⁰, incluso infecciones oculares. Sin relación con animales se han descrito paroniquias e infecciones de heridas quirúrgicas, en especial de cirugía ortopédica o ginecológica².

Entre el 10 y el 20% de las cepas aisladas de animales son resistentes a penicilina y ampicilina, circunstancia que se ha descrito también en las procedentes de infecciones en seres humanos¹⁰. Este hecho hace necesario utilizar tratamientos alternativos de forma empírica, como amoxicilina-ácido clavulánico, antes de conocer el resultado del antibiograma para las infecciones causadas por *P. multocida*.

Alberto Córdoba^a,
Inmaculada Bueno^b,
Jesús Monterrubio^a
y Germán Corcho^a

^aUnidad de Cuidados Intensivos.

^bEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Comarcal Don Benito-Villanueva. Don Benito. Badajoz. España.

Bibliografía

1. Jones FL, Smull CE. Infections in man due to *Pasteurella multocida*. Pa Med 1973;76: 41-4.
2. Hubbert WT, Rosen MN II. *Pasteurella multocida* infections. II. *Pasteurella multocida* infection in man unrelated to animal bite. Am J Publ Health Nations Health 1970;60: 1109-17.
3. López Rodríguez A, López Sánchez L. Sepsis intraabdominal por *Clostridium perfringens* resistente a metronidazol. Med Intensiva 1994;18:182-3.
4. Shewring D, Rushforth G. A bizarre postoperative wound infection. BMJ 1990;300:1557.
5. Guion T, Sculco T. *Pasteurella multocida* infection in total knee arthroplasty: Case report and literature review. J Arthroplasty 1992;7: 157-60.
6. Cook PP. Persistent postoperative wound infection with *Pasteurella multocida*: Case report and literature review. Infection 1995;23: 252.
7. Vallverdú I, Sánchez F, Barcons M, Alonso C, Ballús J, Coll P. Infección de herida quirúrgica y empiema por *Pasteurella multocida*. Enferm Infecc Microbiol Clin 1993;11:110-2.
8. Weber DJ, Wolfson JS, Swartz MN, Hooper DC. *Pasteurella multocida* infections: Report of 34 cases and review of the literature. Medicine (Baltimore) 1984;63:133-54.
9. Calverley PMA, Douglas NJ, Buchanan DR, Wilson AMM. Ventilatory failure after *Pasteurella multocida* pneumonia. Thorax 1981; 36:954-5.
10. Goodman Y. Human *Pasteurella multocida* infections in Alberta. Can J Med Technol 1960;22:104-9.