

a

artroscopia e infiltraciones intraarticulares.

Se presenta el primer caso descrito de artritis séptica producida por *Leclercia adecarboxylata*, de origen presumiblemente yatrogénico.

Se trataba de un varón de 60 años de edad, fumador, sin otros antecedentes personales de interés que intervención quirúrgica por hernia discal 11 años antes y diarrea crónica episódica con colonoscopia normal, al que se le practicó una menisectomía parcial por rotura degenerativa del asta posterior del menisco interno de la rodilla izquierda y regularización de una ulceración del cóndilo mediante artroscopia programada. El tratamiento postoperatorio consistió en la administración de antiinflamatorios no esteroides (AINE) durante 10 días, enoxaparina durante 20 días y una infiltración intraarticular de ácido hialurónico al finalizar la intervención y, posteriormente, una infiltración semanal durante 4 semanas. Transcurrido un mes de la intervención, el paciente acudió a consultas externas por un cuadro de derrame articular, por lo que se le efectuó artrocentesis, obteniéndose 25 ml de líquido sinovial claro, de aspecto normal, que no fue remitido al laboratorio, y que se atribuyó a sinovitis postraumática. Tras aplicar un vendaje compresivo y tratamiento con AINE durante 8 días, se consiguió la remisión de la sintomatología.

Un mes después se le practicó una nueva artrocentesis, por reagudización de la sinovitis de la rodilla izquierda, mediante la que se extrajeron 50 ml de líquido sinovial, de color amarillo intenso y baja viscosidad, que se remitió para su cultivo al laboratorio de microbiología. Se solicitó una resonancia magnética (RM) que demostró cambios posmenisectomía.

Las concentraciones de glucosa y proteínas totales en el líquido sinovial fueron de 118 mg/dl y 4,1 g/dl respectivamente, y aunque la tinción de Gram resultó negativa, puso de manifiesto la presencia de abundantes polimorfonucleares. El líquido sinovial fue inoculado en frascos de hemocultivo (caldo aerobio ESP 80A y caldo anaerobio ESP 80N, Difco, Detroit, EE.UU.), detectándose el crecimiento de un bacilo gramnegativo, tanto en el frasco aerobio como en el anaerobio, tras 24 h de incubación. En los subcultivos en agar MacConkey, agar sangre, agar chocolate y agar Schaedler se obtuvo el crecimiento de un bacilo gramnegativo, oxidasa negativo y catalasa positivo, que formaba

colonias lactosa positivas, de aspecto muy similar a las de *Escherichia coli*. La identificación y sensibilidad *in vitro* del microorganismo se llevaron a cabo empleando el panel comercial WIDER 6W (Soria Melguizo, España). El microorganismo (glucosa, sacarosa, arabinosa, rafinosa, ramnosa, adonitol, hidrólisis de esculina, indol y ONPG positivo) fue identificado como *Leclercia adecarboxylata*, identificación que fue confirmada mediante una galería API 20 E (bioMérieux, Marcy L'Etoile, Francia) (código 1044173), y se mostró sensible a todos los antimicrobianos evaluados (amoxicilina, amoxicilina/ácido clavulánico, cefazolina, cefuroxima, cefotaxima, gentamicina, tobramicina, amikacina, ciprofloxacina y cotrimoxazol), a excepción de fosfomicina. A la vista de los resultados del cultivo se inició tratamiento con 1.500 mg/día de cefuroxima y 6 mg/día de deflazacort durante 2 semanas, lográndose la resolución del cuadro clínico, sin que se requiriese drenaje de la articulación ni tratamiento antimicrobiano intravenoso.

En 1962, Leclerc describió por primera vez cómo *E. adecarboxylata* a las enterobacterias indolígenas que carecían de descarboxilasas y que eventualmente producían una pigmentación amarilla. En 1972, *E. adecarboxylata* fue incluida en el biogrupo G3 de *Enterobacter agglomerans-Erwinia herbicola* y ya a finales de la década de 1980, gracias a los estudios de hibridación de ácidos nucleicos, pasó a ser considerada como una especie individualizada, bajo el nombre de *Leclercia adecarboxylata*¹.

A pesar de la progresiva introducción en los laboratorios de microbiología de sistemas comerciales que facilitan la identificación de las especies bacterianas de reciente descripción o poco frecuentes en la práctica clínica, sólo hemos podido encontrar 17 casos de pacientes infectados por *L. adecarboxylata*, después de una exhaustiva revisión de la literatura médica. En nueve ocasiones el microorganismo fue aislado a partir de hemocultivos, ocho de los cuales procedían de pacientes con enfermedades de base que comprometían su respuesta inmunitaria o que llevaban implantados catéteres intravasculares²⁻⁷, mientras que el último procedía de un paciente al que se le había practicado recambio de una prótesis de cadera⁸. En tres ocasiones *L. adecarboxylata* se recuperó a partir de heridas infectadas de las extremidades inferiores relacionadas con traumatismos², en dos ocasiones se

Artritis séptica por *Leclercia adecarboxylata* de origen probablemente yatrogénico

Sr. Editor: La artritis séptica se define como la presencia de microorganismos en la articulación. Los microorganismos implicados con mayor frecuencia en la artritis séptica son *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* spp., *Neisseria gonorrhoeae*, enterobacterias y, en niños menores de 2 años, *Haemophilus influenzae*. La invasión de la articulación ocurre habitualmente por vía hematogena desde un foco primario a distancia y, con mucha menor frecuencia, por diseminación de un foco contiguo o por inoculación directa debida a traumatismos y cirugía ortopédica o bien a procedimientos diagnósticos o terapéuticos, como artrocentesis,

asoció a la infección del líquido peritoneal en pacientes sometidos a diálisis peritoneal^{9,10}, en otra se aisló a partir del exudado de una úlcera en un paciente diabético¹¹ y los 2 casos restantes correspondían a una neumonía nosocomial² y una colecistitis³.

L. adecarboxylata es una bacteria cuyo potencial patógeno y virulencia no se han establecido claramente, ya que acostumbra a comportarse como oportunista y suele aislarse en el contexto de infecciones polimicrobianas; sin embargo, el hecho de que su presencia se haya documentado en reservorios medioambientales, como alimentos, aguas de bebida e incluso material médico¹, lleva a creer que, en el caso que nos ocupa, el microorganismo pudo contaminar el material empleado en alguna de las maniobras terapéuticas o diagnósticas a las que fue sometido el paciente y provocarle una artritis séptica al ser inoculado directamente en la articulación.

Mar Olga Pérez-Moreno^a,
Jaume Anguera^b, Mireia Carulla^a
y Marta Pérez-Moreno^a

^aServicio de Análisis Clínicos. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Tortosa.

^bServicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Servicios Asistenciales de Amposta. Tarragona. España.

bacteriana por *Leclercia adecarboxylata* en un paciente sometido a diálisis peritoneal. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001;19:237-8.

10. Fatal O, Deville JG. *Leclercia adecarboxylata* peritonitis in a child receiving chronic peritoneal dialysis. *Pediatric Nephrol* 2000;15:186-7.
11. Martínez MM, Sánchez G, Gómez J, Mendoza P, Daza RM. Aislamiento de *Leclercia adecarboxylata* en un exudado de úlcera. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1998;16:345.

Bibliografía

1. Richard C. Nouvelles Enterobacteriaceae rencontrées en bactériologie médicale: *Moellerella wisconsensis*, *Koserella trabulsii*, *Leclercia adecarboxylata*, *Escherichia fergusonii*, *Enterobacter asburiae*, *Rahnella aquatilis*. *Ann Biol Clin* 1989;47:231-6.
2. Temesgen Z, Toal DR, Cockerill FR. *Leclercia adecarboxylata* Infections: Case Report and Review. *Clin Infect Dis* 1997;25:79-81.
3. De Baere T, Wauters G, Huylenbroeck A, Claeys G, Peleman R, Verschraege G, et al. Isolations of *Leclercia adecarboxylata* from a patient with a chronically inflamed gallbladder and from a patient with sepsis without focus. *J Clin Microbiol* 2001;39:1674-5.
4. Lee NY, Ki CS, Kang WK, Peck KR, Kim S, Song JH. Hickman catheter-associated bacteremia by *Leclercia adecarboxylata* and *Escherichia hermannii*: A case report. *Korean J Infect Dis* 1999;31:167-70.
5. Unusual Infections. *CDR weekly* 1995;5:209-20.
6. Longhurst CA, West DC. Isolation of *Leclercia adecarboxylata* from an infant with acute lymphoblastic leukemia. *Clin Infect Dis* 2001;32:1659.
7. De la Obra P, Domingo D, Casaseca R, Del Rey MC, Lopez-Brea M. Bacteremia due to *Leclercia adecarboxylata* in a Patient with Multiple Myeloma. *Clin Microbiol Newsl* 1999;21:142-3.
8. Unusual Infections. *CDR weekly* 1992;2:43-6.
9. Rodríguez JA, Sánchez FJ, Gutiérrez MN, García JE, García-Rodríguez JA. Peritonitis