

# Bacteriemia por *Capnocytophaga* spp.: a propósito de dos casos

**Sr. Editor:** El género *Capnocytophaga* es un grupo de bacterias caracterizadas por formar parte de la flora oral y por producir periodontitis y gingivitis en adultos sanos. Sin embargo, puede provocar cuadros más graves y poco frecuentes, sobre todo en pacientes con inmunodepresión. También se ha relacionado con cuadros como: conjuntivitis, queratitis, endoftalmitis, endocarditis, abscesos mediastínicos, corioamnionitis, endometritis, meningitis, empiema pleural, neumonía, osteomielitis, artritis sépticas, peritonitis, pielonefritis, linfadenopatía inguinal, sepsis y bacteriemias<sup>1-10</sup>.

Se presentan 2 casos de bacteriemia por *Capnocytophaga* spp. en 2 pacientes. El primero era un varón de 62 años diagnosticado de un mieloma múltiple. Tras completar diversos ciclos de quimioterapia alternante, reingresó para un procedimiento de trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) acondicionado con busulfán y melfalán. Durante el tiempo de aplasia posterior en el que el paciente estuvo 11 días con menos de 1.000 neutrófilos/ $\mu$ l se utilizó como profilaxis antimicrobiana ciprofloxacino, fluconazol y aciclovir. En este período el paciente desarrolló fiebre y mucositis oral de grado II/III. Se inició tratamiento empírico con cefepima y amikacina según protocolo. Previamente se obtuvieron 2 hemocultivos. A las 24 h creció en la botella anaeróbica un bacilo gramnegativo, identificado como *Capnocytophaga* sp.; se realizó antibiograma mediante el método de disco-placa, comprobando que el bacilo

era resistente a aminoglucósidos, norfloxacino, ciprofloxacino, trimetoprim-sulfametoxazol, colistina, metronidazol y sensible a los betalactámicos, por lo cual se cambió su tratamiento empírico por otro con piperacilina-tazobactam, quedando de esta forma el paciente afebril en 48 h.

El segundo caso era una mujer de 65 años diagnosticada de linfoma B difuso de células grandes en región submandibular derecha, laterocervical derecha, ambas axilas y ambas regiones ilíacas. Recibió diferentes ciclos de poliquimioterapia y radioterapia para reingresar más tarde para la realización de un TPH con un acondicionamiento tipo BCNU (1,3-bis [2-cloroetil] nitrosurea), etopósido, arabinósido de citocina y melfalán (BEAM). Durante el tiempo de aplasia posterior al mismo se mantuvo al paciente en régimen de aislamiento inverso estricto utilizándose como profilaxis antimicrobiana ciprofloxacino, fluconazol y aciclovir. La paciente estuvo con menos de 1.000 neutrófilos/ $\mu$ l durante 11 días tras el trasplante, período en el que de una manera precoz presentó una mucositis avanzada con intenso dolor faringoesofágico, epigastralgias, dolor cólico abdominal intenso y diarrea. También presentó fiebre, por lo cual se inició un tratamiento empírico con cefepima y amikacina, según protocolo. Previamente se obtuvieron 2 hemocultivos. A las 24 h se produjo el crecimiento en la botella anaeróbica de un bacilo gramnegativo, que fue identificado como *Capnocytophaga* sp.; en el antibiograma realizado mediante el método de disco-placa se observó que el bacilo era resistente a aminoglucósidos, norfloxacino, ciprofloxacino, trimetoprim-sulfametoxazol, colistina, metronidazol y sensible a los betalactámicos. El tratamiento empírico fue reemplazado por otro con piperacilina-tazobactam tras lo cual el paciente quedó afebril en 48 h y cedieron paulatinamente sus molestias orales.

Son numerosos los casos descritos de bacteriemias por *Capnocytophaga*

en el mundo, siete de ellos en España en los últimos 8 años<sup>3,5,6,8,9</sup>. La mayoría de ellos se producen en pacientes oncohematológicos y durante el período de neutropenia posquimioterápica, presentando además el 75% de los mismos alguna solución de continuidad en la mucosa oral, como úlceras, mucositis, gingivitis, que le sirve a este microorganismo como puerta de entrada hacia el torrente sanguíneo<sup>5,7</sup>, que es el mecanismo sugerido en los casos presentados.

La mayoría de las cepas de *Capnocytophaga* spp. presenta el siguiente patrón de sensibilidad: son sensibles a carbapenemas, macrólidos, lincosaminas, cloranfenicol y quinolonas; muestran resistencia a aminoglucósidos, trimetoprim-sulfametoxazol, colistina, y metronidazol. El papel de algunos betalactámicos, como penicilinas y cefalosporinas de primera y segunda generación, se encuentra actualmente en duda debido a la aparición de algunas cepas productoras de betalactamasas<sup>2,8,10</sup>. En nuestros pacientes, el microorganismo presentaba en ambos casos una característica singular de sensibilidad que era la resistencia adquirida a quinolonas. Esta particularidad justificaría en parte la aparición de la bacteriemia.

Para finalizar creemos que hay que pensar en este microorganismo como posible agente etiológico de bacteriemia en pacientes inmunodeprimidos y que en un momento de su evolución sufren un proceso de mucositis oral y fiebre. Así mismo, es recomendable tener en cuenta en los tratamientos empíricos que estos microorganismos pueden presentar resistencia a las quinolonas fluoradas, como ha ocurrido en los dos pacientes descritos por nosotros y en 9 de 28 casos de bacteriemia por *Capnocytophaga* spp. publicados recientemente por Martino et al<sup>10</sup> en un estudio multicéntrico.

Jesús García<sup>a</sup>, Manuel Lizasoain<sup>b</sup>,  
Juan José Lahuerta<sup>c</sup>  
y Francisca Sanz<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Microbiología. <sup>b</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas y <sup>c</sup>Servicio de Hematología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

## Respuestas a las preguntas de formación continuada

- |      |       |
|------|-------|
| 1. b | 6. d  |
| 2. e | 7. d  |
| 3. d | 8. a  |
| 4. a | 9. d  |
| 5. c | 10. c |

## Bibliografía

- Mazón A, Salvo S, Aechu MT. Conjuntivitis por *Capnocytophaga* ochracea en una niña de dos años. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1995;13:264.
- Roscoe DL, Zemcow SJV, Thornber D, Wise R, Clarke AM. Antimicrobial susceptibilities