

era resistente a aminoglucósidos, norfloxacino, ciprofloxacino, trimetroprim-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-cloroethyl] 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 faringoesfágico, 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, trimetroprim-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, trimetroprim-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.

## Bibliografía

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

## 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 |