

Tromboflebitis periférica en paciente sometida a cirugía abdominal

Laura Molina, Susana Hernando y Amalia del Palacio

Servicio de Microbiología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Caso clínico

Mujer de 76 años de edad, que ingresó para la reconstrucción del tránsito digestivo por medio de anastomosis colorrectal. Dos años antes fue intervenida por diverticulitis perforada, sufriendo diferentes complicaciones y reintervenciones. En el ingreso actual, la paciente evolucionó favorablemente hasta el octavo día poscirugía en el que tuvo un pico febril de 38,5 °C, momento en el que se inició tratamiento con ceftriaxona y metronidazol, terapia que se suspendió a los 12 días. La paciente recibió nutrición parenteral a través de subclavia a partir del quinto día después de la intervención y hasta el día 22. El día 22 postoperatorio tuvo un nuevo pico febril de 38,2 °C, se retiró la vía central y se procesaron hemocultivos. Al día siguiente se informó el crecimiento de levaduras en el hemocultivo y se inició terapia con fluconazol intravenoso 400 mg/24 h. La punta de catéter periférico se retiró y se procesó para cultivo de hongos y bacterias, donde también se identificaron más de 15 UFC (unidades formadoras de colonias) de *Candida albicans*. El fondo de ojo y el ecocardiograma fueron normales. A los 3 días de iniciar el tratamiento con fluconazol (día 28 postoperatorio), la paciente desarrolló edema y enrojecimiento alrededor de una vía periférica en antebrazo derecho (fig. 1). El examen directo del exudado pericatéter mostró morfologías de levaduras y seudomicelios, pero no se aislaron en cultivo las levaduras visualizadas a pesar de prolongada incubación. En el día 31 postoperatorio la paciente mostró una nueva flebitis en antebrazo izquierdo, se retiró la vía periférica y se pasó a terapia antifúngica por vía oral.

Evolución y diagnóstico

En el hemocultivo (fig. 2) se identificó la levadura como *Candida albicans* con la siguiente sensibilidad a antifúngicos (Sensititre®, Izasa, West Susset, England): anfotericina sensible (concentración inhibitoria mínima [CIM], 0,03 µg/ml), fluconazol sensible (CIM, 0,125 µg/ml), itraconazol sensible (CIM, 0,016 µg/ml), ketoconazol sensible (CIM, 0,008 µg/ml), flucitosina sensible (0,03 µg/ml). Se mantuvo tratamiento con fluconazol oral 200 mg/12 h hasta completar 14 días. La paciente evolucionó de forma favorable sin recidiva clínica de la



Figura 1. Tromboflebitis supurada en antebrazo derecho.

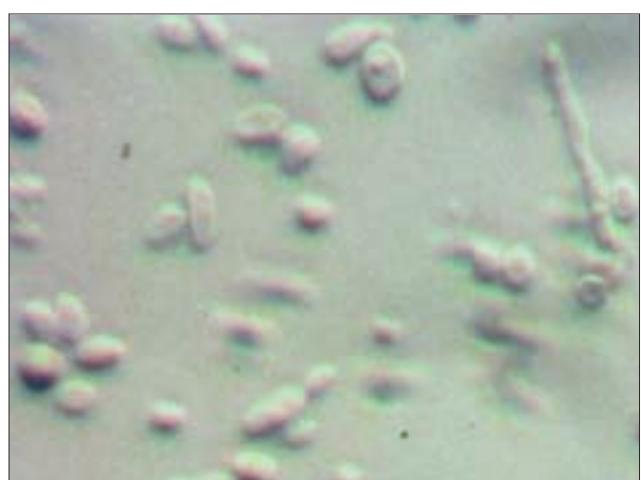


Figura 2. Examen microscópico directo de supuración pericatéter. Contraste de fases (x600). Se observan levaduras y seudomicelios.

candidemia; no obstante, no se realizó confirmación microbiológica.

Comentario

Candida spp. es un importante patógeno y su incidencia está aumentando en los últimos años en probable relación con los avances médicos¹. La tromboflebitis es una complicación frecuente de las vías intravenosas utilizadas

Correspondencia: Dra. A. del Palacio.

Jefa de Sección Servicio de Microbiología.
Hospital Universitario 12 de Octubre.
Ctra. de Andalucía, km 5,4. 28041 Madrid. España.
Correo electrónico: apalacioh.hdoc@salud.madrid.org

Manuscrito recibido el 27-8-2003; aceptado el 10-11-2003.

para la rehidratación y la administración de fármacos, que se asocia en general con bacterias y preferentemente con estafilococos. *Candida* es una causa conocida de trombosis venosa central, pero su asociación con la tromboflebitis superficial está menos estudiada. Los factores de riesgo para desarrollar tromboflebitis fúngica según diferentes autores incluyen: catéteres venosos centrales, antibioticoterapia prolongada, nutrición parenteral, ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI), cirugía abdominal, quemaduras extensas y corticoides¹⁻⁴. En nuestro caso la paciente se había sometido a cirugía abdominal, terapia antibiótica y nutrición parenteral total, por lo que presentaba varios factores predisponentes.

La sospecha de tromboflebitis fúngica se produce en muchas ocasiones cuando se identifica la levadura en el hemocultivo. Los hemocultivos pueden persistir positivos hasta 72 h después de la retirada de los catéteres⁴. En las candidemias persistentes se debe sospechar un foco intravascular o metastásico y retirar todos los catéteres intravenosos que tenga el paciente^{3,5}. En el caso de nuestra paciente, para evitar nuevas complicaciones y

dada la excelente absorción oral del fluconazol, se retiró la vía y se pasó a la administración oral.

La sospecha de esta entidad puede ayudar a un tratamiento precoz, ya que la tromboflebitis puede cursar de forma asintomática^{4,5}. Con relación al tratamiento de las tromboflebitis periféricas en la mayoría de los trabajos abogan por la escisión quirúrgica del segmento del vaso trombosado^{2,6,7}. La paciente tuvo una evolución satisfactoria una vez retirados los catéteres, por lo que no se planteó la cirugía.

Bibliografía

1. Benoit D, Decruyenaere J, Vandewoude K, Roosens C, Hoste E, Poelaert J, et al. Management of candidal thrombophlebitis of the central veins: case report and review. Clin Infect Dis 1989;26:393-7.
2. Friedland IR. Peripheral thrombophlebitis caused by *Candida*. Pediatr Infect Dis J 1996;15:375-7.
3. Boix C, Ussetti P, Gatell JM, Ribalta T, Montserrat JM, Ballester E, et al. Candidemia persistente secundaria a una tromboflebitis supurada periférica asintomática. Enf Infec Microbiol Clin 1984;2:59-61.
4. Torres Rojas JR, Stratton CW, Sanders CV, Horsman TA, Hawley HB, Dascomb H, et al. Candidal suppurative peripheral thrombophlebitis. Ann Intern Med 1982;96:431-5.
5. Ashkenazi S, Pickering LK, Robinson LH. Diagnosis and management of septic thrombosis of the inferior vena cava caused by *Candida tropicalis*. Pediatr Infect Dis J 1990;9:466-7.
6. Berg RA, Stein JM. Medical management of fungal suppurative thrombosis of great central veins in a child. Pediatr Infect Dis J 1989;8:469-70.
7. Sobel JD. Practice Guidelines for the treatment of fungal infections. Clin Infect Dis 2000;30:652-718.