

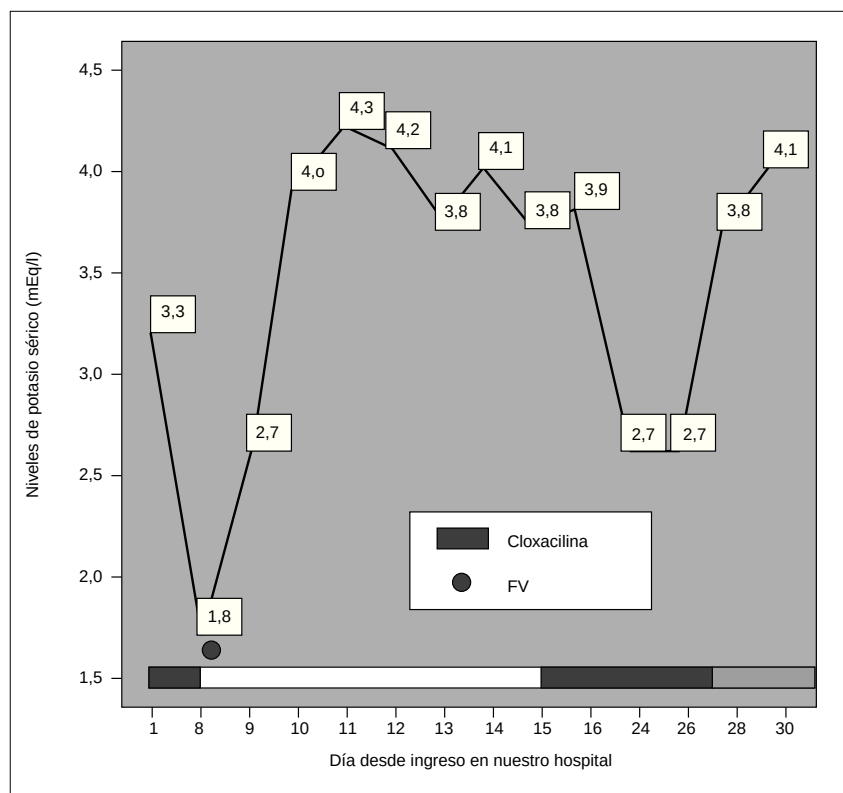


Figura 1. Evolución de los niveles de potasio sérico.

la cloxacilina, todos ellos asintomáticos^{2,3}.

Se proponen dos posibles mecanismos para justificar dicho efecto: una redistribución del potasio en el organismo o un aumento de las pérdidas renales^{1,4}. Los metabolitos del antibiótico al pH urinario se comportan como aniones no reabsorbibles en la luz tubular incrementando la electronegatividad a dicho nivel, circunstancia que aumenta la secreción de potasio en la nefrona distal y que justifica la hipopotasemia detectada en los análisis. Este efecto es más notable en las personas mayores por una mayor sensibilidad tubular en los intercambios iónicos. Dicho efecto revierte tras la retirada del antibiótico.

En nuestro caso, la normalización rápida de los niveles de potasio tras la suspensión de la cloxacilina incluso habiendo retirado los suplementos del mismo, nos induce a pensar en dicho antibiótico como responsable de la hipopotasemia. Incluso en el segundo episodio de hipopotasemia no existe ningún otro fármaco capaz de producir este efecto adverso.

Por tanto, es recomendable la monitorización de niveles de potasio plasmático en los pacientes bajo tratamiento con cloxacilina, principalmente en tratamiento intensivo intravenoso y en personas mayores.

Lorenzo Muñoz, Francisco García-de la Llana y Juan Manuel Nogales

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Perpetuo Socorro. Badajoz.
Servicio de Cardiología.
Hospital Universitario Infanta Cristina.
Badajoz. España.

Bibliografía

1. Rello J, Gatell J, Miró J, Martínez JA, Soriano E, García San Miguel J. Efectos secundarios asociados a la cloxacilina. Med Clin (Barc). 1987; 89:631-3.
2. Arévalo A, Mateos F, Otero MJ, Fuentes A. Hipopotasemia inducida por cloxacilina. Rev Clin Esp. 1996;196:92-3.
3. Jonson DW, Kay TD, Hawley CM. Severe Hypokalaemia secondary to dicloxacilin. Intern Med J. 2002;32:356-8.
4. Hoigné R, Zoppi M, Sonntag R. Penicillins. En: Dukes M, Aronson J, Dittmann S, et al, editors. Meyler's side effects of drugs. 12ª ed. Amsterdam: Elsevier; 1992. p. 600-22.

Endotipsitis por *Gemella morbillorum*

Sr. Editor: El TIPS (*transjugular intrahepatic portosystemic shunt*) es un dispositivo utilizado para el tratamiento de la hipertensión portal y sus complicaciones¹. Consiste en la inserción en el parénquima hepático por vía transyugular de un *stent* metálico que conecta los sistemas venosos por-

tal y sistémico². Su principal indicación es el control del sangrado por varices esofágicas refractario al tratamiento médico o a la escleroterapia¹⁻³. Entre sus complicaciones más graves se encuentra la endotipsitis o infección del TIPS⁴⁻⁷. La endotipsitis puede estar producida por diversas bacterias, siendo más frecuentes las de origen intestinal como *Enterococcus faecalis* y enterobacterias⁴⁻⁷. Hasta el momento sólo se ha descrito un caso producido por *Gemella morbillorum*⁴. En el presente trabajo se describe un posible caso de endotipsitis por *G. morbillorum*.

Se trata de un varón de 67 años, con infección por VIH estadio A3 y diagnosticado de cirrosis hepática etílica en estadio C de Child, portador de TIPS desde hacía 4 años. Estaba en tratamiento con espironolactona y terapia antirretroviral, manteniendo una buena situación inmunológica y virológica. Acude al hospital por un cuadro de corta evolución de disnea, astenia y aumento del perímetro abdominal. Tras el diagnóstico de descompensación hidrópica se realizó una paracentesis evacuadora, no objetivándose en el análisis del líquido ascítico datos de peritonitis bacteriana espontánea. A los 6 días del ingreso el paciente presentó deterioro clínico con aparición de encefalopatía hepática y fiebre de bajo grado sin claros signos de focalidad infecciosa. En la analítica destacaba neutrofilia (leucocitos $5,54 \times 10^9/l$ con 80% neutrófilos), por lo que se efectuaron hemocultivos seriados y se inició tratamiento empírico con cefotaxima, cesando la fiebre al tercer día. En tres set de los hemocultivos realizados se aisló *G. morbillorum*, continuándose el tratamiento con ampicilina intravenosa con progresiva mejoría clínica. El paciente fue sometido a diferentes exploraciones para establecer el origen de la bacteriemia: paracentesis con cultivo de líquido peritoneal, urocultivo, radiografía de tórax y tomografía computarizada abdominopélvica, sin que se documentara la presencia de otro foco origen de la infección. Se realizó ecocardiograma que descartó la existencia de vegetaciones sugestivas de endocarditis. La ecografía abdominal con técnica Doppler, determinó que el TIPS era permeable sin presencia de vegetaciones ni signos de trombosis. Ante la alta sospecha de endotipsitis se continuó tratamiento con ampicilina intravenosa durante 3 semanas y posteriormente con amoxicilina oral una semana más. Los hemocultivos de control efectuados de forma periódica fueron estériles. El paciente fue dado de alta, sin presentar recaída de la infección tras 6 meses de seguimiento.

La endotipsitis es una complicación poco frecuente de la inserción del TIPS, cuya incidencia oscila entre el 1,3 y el 5,1%⁴⁻⁷. Los microorganismos más frecuentemente implicados son cocos grampositivos como *E. faecalis* y *Staphylococcus aureus*, seguidos de enterobacterias como *Escherichia coli* o *Klebsiella*⁴⁻⁷. *G. morbillosum* es un coco grampositivo, anaerobio facultativo, que forma parte de la flora orofaríngea y puede producir múltiples infecciones⁸. La endotipsitis por *G. morbillosum* es, sin embargo, una entidad excepcional, habiéndose descrito sólo un caso en la literatura especializada⁴. La mayoría de las endotipsitis se presentan tardíamente, 3-6 meses, tras la colocación del TIPS^{4,5}. El diagnóstico se sospecha por la aparición de bacteriemia persistente de origen incierto⁵ y sólo puede confirmarse por examen directo del *stent* y cultivo de los trombos o vegetaciones endoluminales, para lo cual es necesario la extracción del TIPS mediante

trasplante hepático^{4,5}. En el caso que presentamos, como en otros descritos en la literatura médica, a pesar de la ausencia de trombosis o vegetaciones del TIPS, la presencia de bacteriemia persistente con fiebre y la exclusión de otro foco origen de la infección hacen altamente posible el diagnóstico de endotipsitis por *G. morbillosum*⁴⁻⁷.

La endotipsitis debe de ser considerada en el diagnóstico diferencial de la bacteriemia sostenida en pacientes cirróticos portadores de TIPS.

Leila Medina-Gens, José López,
Beatriz Manzanedo y Vicente Pintado
Servicio de Enfermedades Infecciosas.
Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España

Bibliografía

1. Sanyal AJ, Shiffman ML. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt: a medical perspective. *Dig Dis*. 1995;13:153-62.
2. Grace N. The side-to-side portocaval shunt revisited. *N Engl J Med*. 1994;330:208-9.
3. Sanyal AJ, Freedman AM, Luketic VA, Pudum PP, Shiffman ML, Tisnado J, et al. Transjugular intrahepatic portosystemic shunts for patients with active variceal hemorrhage unresponsive to sclerotherapy. *Gastroenterology*. 1996;111:138-46.
4. DeSimone JA, Beavis KG, Eschelman DJ, Henning KJ. Sustained bacteremia associated with transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS). *Clin Infect Dis*. 2000;30:384-6.
5. Bouza E, Muñoz P, Rodríguez C, Grill F, Rodríguez-Creixems M, Bañares R, et al. Endotipsitis: an emerging prosthetic-related infection in patients with portal hypertension. *Diagn Microbiol Infect Dis*. 2004;49:77-82.
6. Armstrong PK, MacLeod C. Infection of transjugular intrahepatic portosystemic shunt devices: Three cases and a review of the literature. *Clin Infect Dis*. 2003;36:407-12.
7. Sanyal J, Reddy KR. Vegetative infection of transjugular intrahepatic portosystemic shunts. *Gastroenterology*. 1998;115:110-5.
8. García-Lechuz JM, Cuevas-Lobato O, Hernández S, Hermida A, Guinea J, Marín M, et al. Extra-abdominal infections attributable to *Gemella* species. *Int J Infect Dis*. 2002;6:78-82.