

Bacteriemia y absceso hepático secundarios a infección por *Yersinia pseudotuberculosis*

Sr. Editor: *Y. pseudotuberculosis* es un bacilo gramnegativo con una amplia distribución mundial, que se ha aislado en una gran variedad de animales¹. En el hombre no son abundantes los procesos atribuidos a *Y. pseudotuberculosis*, siendo la linfadenitis mesentérica en niños la forma más frecuente de presentación². Las formas septicémicas descritas en la literatura son escasas³ y con frecuencia afectan a pacientes con problemas de base como cirrosis hepática, hemocromatosis o diabetes. Puede provocar también manifestaciones clínicas atípicas como nefritis intersticial, linfadenitis supurativa, prostatitis crónica y adenitis cervical. El desarrollo de bacteriemia y absceso hepático por el género *Yersinia* no es infrecuente, si bien la especie implicada suele ser *Y. enterocolitica*^{4,5} y la afectación hepática presentarse como múltiples y pequeños abscesos⁶. A continuación se expone el caso de un paciente diabético que presentó bacteriemia y absceso hepático por *Y. pseudotuberculosis*.

Varón de 68 años, ex fumador de 20 cigarrillos al día que vivía en un ambiente urbano, sin contacto habitual con animales excepto con un gato doméstico. Presentaba un cuadro de 2 meses de evolución de anorexia y pérdida de 12 kg y 5 días antes del in-

greso comenzó con picos febriles (hasta 39,4 °C). Tras detectarse ambulatoriamente una glucemia capilar de 400 mg/dl fue remitido a nuestro hospital, donde se le realizaron los primeros análisis y se descartó un cuadro hiperosmolar o de cetoacidosis. En los análisis de sangre el hemograma fue normal destacando una glucosa de 298 mg/dl (tras 2 dosis de insulina); FA, 152 U/l; GGT, 115 U/l; VSG, 101 mm/h, y ferritina, 1.921 µg/l con sideremia, 22 µg/dl; transferrina, 101 mg/dl, e índice de saturación de transferrina, 15%. Los marcadores tumorales y de autoinmunidad fueron negativos, así como las serologías de *Brucella*, *Coxiella burnetii*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Treponema*, *Toxoplasma*, y virus de Epstein-Barr (VEB), de la inmunodeficiencia humana (VIH), de la hepatitis B (VHB) y C (VHC) y *Borrelia*. Durante el ingreso se extrajeron dos series de hemocultivos y en uno de ellos, tras 48 h de incubación, se aisló *Y. pseudotuberculosis* que se mostró sensible a betalactámicos, quinolonas, aminoglucósidos, tetraciclinas y cotrimoxazol. Se inició tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico 1 g/8 h por vía intravenosa. Mediante ecografía abdominal y tomografía computarizada (TC) se detectó un absceso hepático de 12 cm de diámetro mayor, con alguna pequeña lesión satélite, que se drenó percutáneamente (dejando catéter pig-tail 10 F) y del que se aisló *Y. pseudotuberculosis* con idéntico antibiograma al aislado del hemocultivo. Se aumentó la dosis de antibiótico a 2 g/8 h por vía intravenosa. En un control ecográfico realizado a los 8 días se observó disminución del absceso y contenido aéreo, por lo que se retiró el drenaje. El paciente evolucio-

no de forma favorable siendo dado de alta a los 19 días de ingreso. En un control ambulatorio se le realizó un enema opaco que mostró divertículos a nivel de sigma y colon descendente.

Nuestro paciente presentaba diabetes mellitus que, según Ljungberg et al³, es el segundo factor de riesgo más importante, tras las alteraciones del metabolismo del hierro. No hemos podido confirmar la fuente de infección, aunque los gatos son un reservorio habitual y pueden eliminarla en sus heces¹. La identificación microbiológica se hizo mediante pruebas bioquímicas manuales y por los paneles MicroScan[®] Neg y API20E que, tras incubación a 37 °C, dieron una lectura correcta a las 48 y 24 h, respectivamente. Además se demostró la presencia del antígeno PsaA tras cultivo a pH 6⁷ y se confirmó la identificación como *Y. pseudotuberculosis* serotipo O:1 en el Centro Nacional de Microbiología. *Y. pseudotuberculosis* se ha descrito como sensible a los antibióticos que se emplean habitualmente en el tratamiento de las septicemias, pero aun así está asociada a un 75% de mortalidad⁸, lo cual seguramente se debe más a las características del paciente (enfermedades de base, complicaciones, etc.) que a la propia *Yersinia*. En nuestro caso, el paciente evolucionó bien tras el tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico; sin embargo, hay autores que recomiendan el uso de fluorquinolonas, aminoglucósidos, doxiciclina o ceftriaxona³.

Agradecimientos

Agradecemos al Servicio de Enterobacterias del Centro Nacional de Microbiología (Majadahonda) la identificación y serotipificación de la cepa y al Dr. Díaz, del Servicio

de Microbiología de la Clínica Universitaria de Navarra (Pamplona), la demostración del PSA.

Ana Navascués^a, Daniel Etxeberria^b,
José Javier García-Irure^a
e Inés Dorronsoro^a

^aServicio de Microbiología. Hospital de Navarra. ^bServicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra. España.

Bibliografía

1. Fukushima H, Gomyoda M, Ishikura S, Nishio T, Moriki S, Endo J, et al. Cat-contaminated environmental substances lead to *Yersinia pseudotuberculosis* infection in children. *J Clin Microbiol* 1989;27:2706-9.
2. Tertti R, Vuento R, Mikkola P, Granfors K, Mähelä A-L, Toivanen A. Clinical manifestations of *Yersinia pseudotuberculosis* infection in children. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1989;8:587-91.
3. Ljungberg P, Valtonen M, Harjola VP, Kaukoranta-Toivanen SS, Vaara M. Report of four cases of *Yersinia pseudotuberculosis* septicemia and a literature review. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1995;14:804-10.
4. Franco-Vicario R, Echevarría Villegas P, Martínez-Olaizola P, Solano López D, Martínez Odriozola P, et al. Yersiniosis in a general hospital in the Basque country (1984-1989). Clinical and epidemiological aspects. *Med Clin (Barc)* 1991;97:241-4.
5. Soriano F. Yersiniosis. *Med Clin (Barc)* 1991;97:258-61.
6. Farrer W, Kloser P, Ketyer S. *Yersinia pseudotuberculosis* sepsis presenting as multiple liver abscesses. *Am J Med Sci* 1988;295:129-32.
7. Leiva J, Olmo C, García-Jalon I, Irigoyen A, Oteiza C, Dorronsoro I, et al. Coagglutination with Antiserum to MyfA and PsaA to distinguish *Yersinia enterocolitica* from *Yersinia pseudotuberculosis* pathogenic isolates. *Contrib Microbiol Immunol* 1995;13:158-64.
8. Butler T. Yersinia infections: centennial of the discovery of the plague bacillus. *Clin Inf Dis* 1994;19:655-3.

NOTA

Los artículos publicados en la sección "Formación Médica Continuada" forman parte de grupos temáticos específicos (antibiograma, antimicrobianos, etc.). Una vez finalizada la publicación de cada tema, se irán presentando al Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada (SEAFORMEC) para la obtención de créditos.

Una vez concedida la acreditación, ésta se anunciará oportunamente en la Revista y se abrirá un período de inscripción gratuito para los socios de la SEIMC y suscriptores de la Revista, al cabo del cual se iniciará la evaluación, durante 1 mes, que se realizará a través de la web de Ediciones Doyma.

RELACIÓN DE SERIES ACREDITADAS:

"Puesta al día en Métodos Microbiológicos para el Diagnóstico Clínico"

Disponible en <http://www.doyma.es/eimc/formacion>

17 enero / 31 marzo 2005