

Bacteriemia por *Stenotrophomonas maltophilia* tras colangiopancreatografía retrógrada endoscópica

Sr. Editor: Recientemente del Toro et al¹ han descrito las características epidemiológicas, clínicas y pronósticas de la infección por *Stenotrophomonas maltophilia*, un patógeno fundamentalmente nosocomial, multirresistente, que puede producir diversos cuadros clínicos y que se asocia con una importante morbimortalidad. La bacteriemia de origen biliar por este germen tras manipulación por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se ha descrito muy raramente y siempre en pacientes con ictericia obstructiva secundaria a cuadros neoplásicos^{2,3}. Hasta la fecha no se ha comunicado ningún caso en nuestro país. Presentamos un caso de un paciente con una bacteriemia por *S. maltophilia* de origen biliar.

Un varón de 27 años con obesidad mórbida acude a urgencias por cuadro de náuseas, ictericia y coluria, sin fiebre, de varios días de evolución. A la exploración estaba normotenso y afebril, tenía un índice de masa corporal de 45,3 kg/m², ictericia cutáneo-mucosa y presentaba dolor a la palpación en hipocondrio derecho y epigastrio, sin signos de irritación peritoneal. En la analítica no presentaba leucocitosis ni anemia. La GOT era de 141 U/l, GPT 434 U/l, GGT 2.063 U/l, fosfatasa alcalina 412 U/l, bilirrubina total de 10,5 y directa de 9,6 mg/dl. La ecografía de abdomen mostró un hígado graso, con colelitiasis, dilatación de la vía biliar intrahepática y colédoco (diámetro de 10 mm). Se realizó una CPRE con papilotomía endoscópica, pero la exploración fue incompleta por intolerancia del paciente. En las horas siguientes presentó fiebre elevada y escalofríos; se extrajeron hemocultivos y se comenzó tratamiento antibiótico con piperacilina-tazobactam con buena evolución clínica. A los 4 días de la CPRE, se realizó drenaje biliar externo, y el cultivo del líquido biliar fue negativo. En el hemocultivo creció *S. maltophilia*, resistente a cefalosporinas, quinolonas, aminoglucósidos y carbapenemes. Se sustituyó el antibiótico por cotrimoxazol y se programó para colecistectomía, la cual se realizó sin complicaciones.

En un estudio multicéntrico andaluz la incidencia de infección por *S. maltophilia* fue del 3,4-12,1 por 10.000 ingresos⁴. Se han descrito una gran variedad de cuadros clínicos causados por este microorganismo, desde infecciones respiratorias, urinarias, de piel y partes blandas, infección quirúrgica

e intraabdominal^{1,4}, y se han relacionado con determinados factores predisponentes como inmunodepresión, enfermedades crónicas, neoplasias, estancia en cuidados intensivos, ventilación mecánica y, sobre todo, el tratamiento previo con antibióticos^{1,4,6}. El origen más frecuente de la bacteriemia por este patógeno es el foco respiratorio y los catéteres intravenosos^{1,4,6}, aunque con frecuencia no puede ser establecido⁶. En el estudio presentado por del Toro et al¹, sólo se describen 4 bacteriemias, todas ellas primarias, y en otro estudio⁶ de 11 bacteriemias por *S. maltophilia*, ésta fue primaria en 3 casos y en el resto se asoció a catéter vascular, aunque todos habían recibido tratamiento antimicrobiano previamente.

Con respecto a las bacteriemias post-CPRE, su incidencia es muy baja y los gérmenes implicados son muy diversos^{7,8}. Los principales factores predisponentes son la obstrucción biliar completa, múltiples intentos de canulación, malignidad del proceso obstructivo y la falta de drenaje satisfactorio y también se han descrito brotes por contaminación del material endoscópico^{9,10}.

El caso aquí presentado resulta peculiar por varios motivos: la bacteriemia por *S. maltophilia* se produjo tras manipulación de la vía biliar por CPRE en un paciente con ictericia obstructiva benigna, sin tratamiento antibiótico previo. Este origen es inusual, especialmente en un paciente sin ningún factor predisponente. La evolución fue favorable con tratamiento con cotrimoxazol y colecistectomía.

Isabel Aguilar^a, Rosario Palacios^a,
Victoria García^b y Jesús Santos^a

^aUnidad de Enfermedades Infecciosas.
^bServicio de Microbiología.
Hospital Virgen de la Victoria.
Málaga, España.

Bibliografía

1. Del Toro MD, Rodríguez Baño J, Martínez Martínez L, Pascual A, Pérez Cano R, Perea EJ, et al. Características epidemiológicas, clínicas y pronósticas de la infección por *Stenotrophomonas maltophilia*. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2006;24:4-9.
2. Zuravleff JJ, Yu VL. Infections caused by *Pseudomonas maltophilia* with emphasis on bacteremia: case reports and a review of the literature. *Rev Infect Dis*. 1982;4:1236-46.
3. Papadakis KA, Vartivarian SE, Vassilaki ME, Anaissie EJ. *Stenotrophomonas maltophilia*: an unusual cause of biliary sepsis. *Clin Infect Dis*. 1995;21:1032-4.
4. Del Toro MD, Rodríguez Baño J, Herrero M, Rivero A, García Ordóñez MA, Corzo J, et al. Clinical epidemiology of *Stenotrophomonas*

5. Corzo Delgado JE, Gómez Mateos JM. *Stenotrophomonas maltophilia*, un patógeno nosocomial de importancia creciente. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2006;24:1-3.
6. Herrero Romero M, Gómez Gómez MJ, Pachón Díaz J, Cisneros Herreros JM. Bacteriemias por *Stenotrophomonas maltophilia*: epidemiología, características clínicas y factores pronósticos. *Rev Clin Esp*. 2000;200:315-7.
7. Campos GM, Herani Filho B, Pereira CA, Machado AM, Barretta MC. Bacteremia after endoscopic retrograde cholangiopancreatography with and without therapeutic procedure: frequency, associated factors and clinical significance. *Rev Assoc Med Bras*. 1997;43:326-34.
8. Harris A, Chan AC, Torres-Viera C, Hammett R, Carr-Locke D. Meta-analysis of antibiotic prophylaxis in endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). *Endoscopy*. 1999;31:718-24.
9. Novello P, Hagege H, Ducreux M, Buffet C, Choury A, Fritsch J, et al. Septicemias after endoscopic cholangiopancreatography. Risk factors an antibiotic prophylaxis. *Gastroenterol Clin Biol*. 1993;17:897-902.
10. Struelens MJ, Rost F, Deplano A, Maas A, Schwam V, Serruys E, et al. *Pseudomonas aeruginosa* and *Enterobacteriaceae* bacteremia after biliary endoscopy: an outbreak investigation using DNA macrorestriction analysis. *Am J Med*. 1993;95:489-98.