



Bacteriemia y neumonía por *Alcaligenes xylosoxidans* en un paciente inmunocompetente

Bacteremia and pneumonia due to Alcaligenes xylosoxidans in a immunocompetent patient

Sr. Editor:

Hemos leído con interés en artículo de M. Arroyo-Cózar y cols.¹ publicado en su revista. La bacteriemia en relación a *Alcaligenes xylosoxidans* es infrecuente y constituye una patología grave. Inicialmente denominado *Achromobacter xylosoxidans* ha sido transferido al género *Alcaligenes* como *Alcaligenes xylosoxidans* subespecie *xylosoxidans*, y se prefiere esta denominación en la actualidad². Se trata de un bacilo aerobio gramnegativo que habita en ambientes acuáticos, tanto extra como intrahospitalarios³. A pesar de ser considerado colonizador del tubo digestivo, raramente causa enfermedad en humanos, y suele afectar a pacientes hospitalizados, inmunodeprimidos, con neoplasias sólidas o hematológicas⁴. Comunicamos un caso de bacteriemia por este microorganismo en un paciente inmunocompetente:

Varón de 82 años de edad, diagnosticado de HTA y broncopatía crónica que acude por cuadro de insuficiencia respiratoria y fiebre. Al examen físico presentaba una T° axilar de 38°C, la PA era de 100/50 mmHg y la frecuencia cardíaca de 85 latidos/min. Hemograma con hematocrito de 40%, hemoglobina 13 g/dl, leucocitos totales 17.000/mm³, plaquetas 146.000/mm³ y fórmula leucocitaria normal. La radiografía de tórax mostró una consolidación basal derecha. Con la sospecha de neumonía de la comunidad se inició tratamiento con ceftriaxona iv 2 g y amikacina iv 500 mg al día. Tres días después, se informaron dos hemocultivos tomados al ingreso con aislamiento de *A. xylosoxidans*. La incubación de los hemocultivos se realizó en un sistema automatizado de monitorización continua BacT/Alert® (OrganonTecnica) durante un período de 5 días. A los hemocultivos positivos se les realizó una tinción de Gram y se subcultivaron en distintos medios de cultivo (agar sangre, agar chocolate, agar enriquecido) a 37°C en diferentes atmósferas (aerobia, microaerófila y anaerobia). La identificación de los aislados se realizó en el sistema autoanalizador Vitek2® (bioMérieux) siguiendo las instrucciones del fabricante. Los estudios de susceptibilidad fueron realizados mediante el test de difusión disco-placa (método Bauer-Kirby) de acuerdo con los estándares definidos. El estudio del antibiograma demostró sensibilidad a ceftazidima, colimicina, ampicilina-sulbactam, imipenem, meropenem, ticarcilina, piperacilina y piperacilina/tazobactam y

resistente a aminoglucósidos, cefalosporinas de primera y segunda generación, aztreonam, tigeciclina, fosfomicina y ciprofloxacina. La serología para VIH fue negativa. La evolución clínica fue muy favorable. Cuatro días después de la identificación, el paciente presentó un cuadro brusco de insuficiencia respiratoria por un episodio asfíctico, falleciendo por una neumonitis por broncoaspiración.

Algunos estudios⁵, apoyan la relación existente entre el cáncer y la infección por esta bacteria, así como el papel potencial de los catéteres venosos centrales en el desarrollo de la enfermedad. Nuestro paciente no presentaba ninguno de estos dos factores de riesgo, ni el caso de la comunicación de su revista¹. El tratamiento ideal no está aún bien definido⁶ y en general, se recomienda la asociación de varios antimicrobianos⁶. Es importante no interrumpir la antibioterapia ya que las recaídas suelen ser frecuentes⁴. En nuestro caso se mantuvo el tratamiento empírico con ceftazidima ante la confirmación de su sensibilidad en el antibiograma, con una buena evolución clínica inicial aunque finalmente falleció por otra complicación respiratoria.

**Iago Villamil, Ricardo Valdés,
María J. Villaicán y Luís Masa.**

Servicio Medicina Interna. Hospital da Costa, Burela, Lugo. (IV)

Unidad de Media Estancia. Hospital Gil Casares Santiago de Compostela, A Coruña. (RV, LM)

P. Atención Primaria, Foz, Lugo. (MJV)

Correspondencia a:

iago.villamil.cajoto@sergas.es

Referencias bibliográficas

- 1.- Arroyo-Cózar M, Ruiz-García M, Merlos E M, Vielba D, Macías E. Infección respiratoria causada por *Alcaligenes xylosoxidans* en un paciente con síndrome de Mounier-Kuhn. Rev Chilena Infectol 2012; 29: 570-1.
- 2.- Bruckner DA, Colonna P. Nomenclature for aerobic and facultative bacteria. Clin Infect Dis 1993; 16: 598-605.
- 3.- Aisenberg G, Rolston K V, Safdar A. Bacteriemia caused by *Achromobacter* and *Alcaligenes* species in 46 patients with cancer (1989-2003). Cancer 2004; 101: 2134-40.
- 4.- Gómez-Cerezo J, Suárez I, Ríos J J, Peña P, García de Miguel M J, de José M, et al. *Achromobacter xylosoxidans* bacteriemia: a 10-year analysis of 54 cases. Eur J Microbiol Infect Dis 2003; 22: 360-3.
- 5.- Legrand C, Anaissie E. Bacteremia due to *Achromobacter xylosoxidans* in patients with cancer. Clin Infect Dis 1992; 14: 479-84.
- 6.- Mandell W F, Garvey G J, Neu HC. *Achromobacter xylosoxidans* bacteremia. Rev Infect Dis 1987; 9: 1001-5.