

Bacteriemia fatal como complicación de absceso hepático por *Achromobacter xylosoxidans*: presentación como una complicación en paciente con diabetes mellitus y cirrosis hepática

Fatal bacteremia as a complication of hepatic abscess due to *Achromobacter xylosoxidans*: presentation as a complication in a patient with diabetes mellitus and liver cirrhosis

Jorge L. Fernandez-Luque¹, Bryan Medina Morales², J. Antonio Grandez-Urbina³

¹ Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima, Perú.

² Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima, Perú.

³ Instituto en Ciencias Biomédicas, Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.

Recibido: 10-04-2018

Aprobado: 18-04-2018

Sr Editor:

El *Achromobacter xylosoxidans*, bacilo gram negativo (BGN), fue descrito por Yabuuchi y Ohyama en 1971⁽¹⁾; este bacilo causa infecciones infrecuentes, sin embargo, actualmente se está constituyendo como causa de infecciones nosocomiales emergentes, en especial en pacientes inmunosuprimidos, pudiendo llegar a una mortalidad que varía según el hospedero, desde 30 hasta 80%⁽²⁾.

Presentamos un caso inusual de bacteriemia fatal como complicación de un absceso hepático por *Achromobacter xylosoxidans*, con la finalidad alertar sobre el posible desenlace en caso no se realice un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Varón de 49 años, con antecedente de cirrosis hepática y diabetes mellitus debida a necrosectomía pancreática por pancreatitis aguda severa en el 2009, colecistectomía más corrección de fistula bilioentérica en el 2011. El paciente ingresó por emergencia presentando cuadro de colangitis aguda, en el hemograma se identificó: leucocitosis (14 569 células/mm³; abastados de 6%), perfil hepático alterado con patrón colestásico (FA: 1850 UI/L GGT: 465 UI/L, BT:8,2 mg/dl, BD:7 mg/dl), tiempo de protrombina: >180 seg, INR: 18, catalogándose como sepsis punto de partida biliar. El paciente durante la hospitalización presentó ascitis como descompensación de cirrosis hepática, siendo necesario realizar paracentesis evacuatorias repetidas veces.

En TEM (tomografía espiral multicorte) se observó en el parénquima hepático imagen hipodensa de 4 cm de diámetro lobulada en el segmento VII,

densidad heterogénea y dilatación de vías biliares intra y extra hepáticas con neumobilia. Se inició tratamiento con Imipenem 500 mg EV c/6 horas, evidenciando disminución de las dimensiones del absceso hepático en TEM control (luego de 21 días con respecto a estudio previo). Tres días posteriores a la culminación del tratamiento antibiótico presentó recaída de sepsis severa. Se obtuvo en hemocultivo *Achromobacter xylosoxidans*, se administró ceftazidima 2 gr EV c/24 horas según antibiograma por 14 días. Se realizó colangiorresonancia donde se evidenció lesión proliferativa heterogénea en la confluencia de los conductos hepáticos sugerente de colangiocarcinoma. Paciente evolucionó de manera desfavorable a shock séptico refractario, falleciendo posteriormente.

La infección por *Achromobacter xylosoxidans* es una infección muy inusual, se considera un problema de salud, catalogándose como una infección intrahospitalaria emergente, con mayor frecuencia en pacientes hospitalizados con comorbilidad que debilitan su estado inmunitario⁽²⁾.

Los factores de riesgo para la infección de esta bacteria son: enfermedades neoplásicas, en especial leucemias, neutropenia grave, trasplante de órganos, hipogammaglobulinemia, diabetes, sida y neonatos pretérmino^(1,2).

Se presentó el caso de un paciente que aparentemente adquirió la bacteria de forma intrahospitalaria. No se logró identificar el punto de entrada de esta bacteria; sin embargo, el paciente estuvo sometido a paracentesis evacuatoria repetidas veces previo a recurrir con los picos febriles en donde se tomó las muestras de hemocultivos.

El tratamiento de las infecciones por *Achromobacter xylosoxidans* es complicada, debido a que este bacilo presenta resistencia de forma innata a varios antibióticos. Se suele utilizar los carbapenems en monoterapia con buena respuesta clínica y microbiológica^(3,4).

La bacteriemia por *A. xylosoxidans* cursa con alta mortalidad especialmente si se adquirió en Unidad de Cuidados Intensivos⁽⁵⁾. La rápida identificación del germen nos permitirá adecuar en forma más efectiva el tratamiento antibiótico y de este modo disminuir la alta tasa de mortalidad asociada a este microorganismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yabuuchi E, Ohyama A. *Achromobacter xylosoxidans* n. sp. from human ear discharge. Jpn J Microbiol. 1971;15(5):477-81.
2. Turel O, Kavuncuoglu S, Hosaf E, Ozbek S, Aldemir E, Uygur T, et al. Bacteremia due to *Achromobacter xylosoxidans* in neonates: clinical features and outcome. Braz J Infect Dis. 2013;17(4):450-4.
3. Sakurad A. *Achromobacter xylosoxidans*. Rev Chil Infectol. 2012;29(4):453-4.
4. Aisenberg G, Rolston KV, Safdar A. Bacteremia caused by *Achromobacter* and *Alcaligenes* species in 46 patients with cancer (1989–2003). Cancer. 2004;101(9):2134-40.
5. Tsay RW, Lin LC, Chiou CS, Liao JC, Chen CH, Liu CE, et al. *Alcaligenes xylosoxidans* bacteremia: clinical features and microbiological characteristics of isolates. J Microbiol Immunol Infect. 2005;38(3):194-9.

Correspondencia:

José Antonio Grandez Urbina

E-mail: jagrandez@gmail.com