



## Cartas al Director

### Bacteriemia por *Citrobacter freundii*: presentación de dos casos

Sr. Director:

El género *Citrobacter* es un grupo de bacilos gramnegativos aerobios que se encuentran frecuentemente en el agua, suelo, comida y el tracto intestinal de animales y humanos. Se sabe que estos microorganismos pueden producir infecciones importantes, especialmente en huéspedes inmunocomprometidos (1-3). Describimos dos casos de bacteriemia por *C. freundii*.

**Caso 1:** Mujer de 75 años con antecedentes de DMID, HTA y ACV. Era portadora de sonda vesical y sonda nasogástrica para alimentación y estaba en tratamiento con insulina retardada, dexametasona, ranitidina y AAS. Fue remitida al servicio de urgencias por un cuadro de hematuria, oliguria, vómitos y disminución del nivel de conciencia de varias horas de evolución. A la exploración destacaba TA sistólica de 70 mm Hg, FC 110 lpm, Tª 37,5°C, mala perfusión, sequedad de mucosas, bajo nivel de conciencia con respuesta a estímulos dolorosos, A.C. normal, A.P. ruidos de secreciones de vías altas, abdomen doloroso a la palpación, blando, sin masas ni megalias. Analítica: leucocitos  $17,2 \times 10^9/L$  (12% C, 81% N, 4% L, 3% M), Hb 13,7 mg/dl, VCM 94 fl, plaquetas  $186 \times 10^9/L$ , VSG 35mm en la 1ª hora, AP 53%, TPTA 38 seg, fibrinógeno 500 mg/dl, glucosa 222 mg/dl, urea 64 mg/dl, GOT 52 U/L, LDH 573 U/L, CK 520 U/L, albúmina 2,9 mg/dl. Orina: pH 5, hematuria, 70 leucocitos/campo, cilindros granulados, flora bacteriana. ECG: FA a 140 lpm. Rx. de tórax: sin hallazgos patológicos. Urocultivo negativo. Hemocultivos: en una de dos muestras se aísla *Citrobacter freundii*.

**Caso 2:** Varón de 68 años con antecedentes de HTA, ACV y ulcus duodenal con tres episodios de HDA. Tratamiento actual con nifedipino. Fue ingresado en el hospital por astenia, disnea y heces melénicas de 8-10 días de evolución sin otra clínica acompañante. Exploración: TA 160/90, Tª 37° C, palidez cutáneo-mucosa, A.C. rítmica, a 96 lpm, soplo sistólico II/VI polifocal, A.P. roncus y sibilantes diseminados, abdomen blando, doloroso a la palpación profunda de epigastrio, sin masas ni megalias. Analítica: leucocitos  $9,7 \times 10^9/L$  (76% N, 12% L, 8% M), Hb 5 mg/dl, VCM 64,8 fl, plaquetas  $221 \times 10^9/L$ , VSG 12 mm en la 1ª hora, bioquímica general y elemental de orina normales. El paciente fue tratado con antiH2 y transfusión de concentrados de hemafías. Durante el ingreso presentó fiebre de 40° C aislándose en hemocultivos y urocultivo *Citrobacter freundii*.

El tracto urinario es la localización más frecuente de las infecciones por *C. freundii*, aunque también se ha visto con cierta frecuencia implicado en infecciones del tracto intestinal superior y pulmonares (1,2,4). La mayor parte de los casos descritos en la literatura son pacientes ancianos e inmunocomprometidos 1-4. En el primer caso que presentamos no se pudo identificar la puerta de entrada del microorganismo, aunque por tratarse de un paciente portador de sonda nasogástrica permanente, una mínima lesión en la mucosa digestiva pudiera haber sido el origen de la bacteriemia. El segundo paciente desarrolló una infección nosocomial por *C. freundii*, con la peculiaridad de que el paciente no presentaba inmunosupresión. Ambos casos evolucionaron bien con cefalosporinas, a pesar de la elevada mortalidad descrita en las infecciones nosocomiales por *Citrobacter* (4,5).

En la revisión bibliográfica utilizando la base de datos Medline y las palabras claves *Citrobacter freundii* desde 1966 solo hemos encontrado dos casos descritos en nuestro país de infección por *C. freundii* en pacientes inmunocompetentes (6,7).

**V. Meseguer Ruiz, Mª M. Carmona Martín, F.J. Polo Romero, A. Fernández Rodríguez, M.A. Barba Romero, L. Sáez Mendez**

*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Albacete*

1. Lipsky BA, Hook EW, Smith AA, Plorde JJ. *Citrobacter* infections in humans: experience at the Seattle Veterans Administration Medical Center and a review of the literature. *Rev Infect Dis* 1980; 2: 746-760.
2. Samonis G, Anaissie E, Elting L, Bodey GP. Review of *Citrobacter* Bacteriemia in Cancer Patients over a Sixteen-Year Period. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1991; 10: 479-485.
3. Flaherty JP, García-Houchins S, Chudy R, Arnow PM. An outbreak of Gram-negative bacteremia traced to contaminated O-Rings in reprocessed dialyzers. *Ann Intern Med* 1993; 119: 1072-1078.
4. Lew PD, Baker AS, Kunz LJ, Moellering RC. Intra-abdominal *Citrobacter* infections: association with biliary or upper gastrointestinal source. *Surgery* 1993; 95: 398-402.
5. Drelichman V, Band JD. Bacteriemias due to *Citrobacter diversus* and *Citrobacter freundii*. *Arch Intern Med* 1985; 145: 1808-1810.
6. Marco F, Turabian JL, Durán A. Bronconeumonía fatal adquirida en la comunidad en paciente no inmunocomprometido por *Citrobacter freundii*. *Rev Clin Esp* 1985; 176: 320.
7. Clemente C, Ruiz J, Vilert E, García F. Endocarditis por *Citrobacter freundii*. *An Med Interna (Madrid)* 1999; 16: 363-364.