

Cartas al Director

Bacteriemia por *Pantoea agglomerans* en paciente trasplantado hepático

Palabras clave: Trasplante hepático. Bacteriemia. *Pantoea agglomerans*.

Key words: Liver transplantation. Bacteriemia. *Pantoea agglomerans*.

Sr. Director:

Pantoea agglomerans es un bacilo gram- que causa fundamentalmente infecciones nosocomiales en pacientes inmunocomprometidos (1). También se han descrito casos de meningitis neonatal (2), peritonitis en paciente sometida a diálisis peritoneal ambulatoria (3), artritis séptica (4) y se ha cultivado en muestras de bilis de pacientes con colangitis y coledocolitiasis (5).

Las especies del género *Pantoea* se aíslan generalmente del suelo y de las plantas, y la *Pantoea agglomerans* se puede utilizar como un agente de control biológico (6). Se trata de un patógeno oportunista que rara vez causa enfermedad en personas inmunocompetentes. Suele colonizar a los pacientes hospitalizados, particularmente a los que están en tratamiento antibiótico, pacientes diabéticos, enfermos oncológicos y neutropénicos. Pueden colonizar las vías respiratoria y urinaria en pacientes portadores de catéteres intravasculares (1). Cuando ocasiona infecciones sistémicas, parece presentar predilección por la localización pulmonar (2).

Presentamos el caso de un paciente trasplantado hepático, en tratamiento inmunosupresor con micofenolato mofetilo, que presentó un cuadro de neumonía, con crecimiento en hemocultivos de *Pantoea agglomerans*.

Caso clínico

Paciente varón de 70 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de diabetes mellitus insulínica, trasplante ortotópico de hígado 3 años antes por cirrosis hepática VHC y carcinoma hepatocelular, recidiva de cirrosis hepática por VHC en el injerto e ingresos hospitalarios previos en los últimos seis meses por encefalopatía hepática, descompensación hidroelectrolítica y episodio reciente de colitis por *Clostridium difficile*, en tratamiento habitual con insulina, espironolactona, furosemida, vitamina K, omeprazol y micofenolato mofetil (500 mg vía oral cada 8 horas). Ingresó en el hospital por cuadro de encefalopatía hepática grado II. En la exploración física, el paciente estaba consciente, desorientado en tiempo y espacio, con asterixis ++/+++; sin fiebre, auscultación cardiorrespiratoria normal, ascitis grado 2 y edemas en MMII hasta rodillas con fovea ++/+++; La radiografía de tórax al ingreso fue normal, y en la analítica de rutina había cifras de hemoglobina de 10,3 g/dl, hematocrito del 30%, leucocitos de 4.500×10^3 mcl con 70% polimorfonucleares, 19% linfocitos, 9% monocitos y 2% eosinófilos, glucemia 207 mg/100 ml, urea 57 mg/100 ml, creatinina 1,2 mg/100 ml, AST 63 UI/l, AST 25 UI/l, sodio 135 mEq/l, potasio 4,59 mEq/l, plaquetas 110.000×10^3 mcl, INR 1,59, actividad de protrombina del 52%. Se procedió a sondaje vesical y canalización de vía venosa periférica. A los tres días del ingreso, el paciente presentó cuadro febril (38 °C de temperatura axilar) y se procedió a la realización de urocultivo, hemocultivo venoso y radiografía de tórax. En la auscultación respiratoria se apreciaron crepitantes húmedos bibasales. La radiografía de tórax mostraba una imagen en campo medio derecho de patrón alveolar, indicativo de neumonía a ese nivel. Se inició tratamiento empírico con cefotaxima a dosis de 2 g vía intravenosa cada 8 horas. El urocultivo fue negativo y en el hemocultivo se produjo desarrollo de *Pantoea agglomerans* sensible a amoxicilina, amoxi/clavulánico, cefotaxima, gentamicina y ciprofloxacino. Tras el inicio del tratamiento antibiótico empírico, el paciente no volvió a presentar fiebre, y la imagen patológica de la radiografía de tórax, había desaparecido en la placa de control realizada a los cinco días.

J. Morales Ruiz, M. D. Espinosa Aguilar, M. A. López Garrido, F. Nogueras López y C. Viñolo Ubiña

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Bibliografía

1. Marcos Sánchez F, Muñoz Ruiz AI, Martín Barranco MJ, Viana Alonso A. Bacteriemia por *Pantoea* agglomerans. *An Med Interna* 2006; 23: 250-1.
2. Van Rostenberge H, Noraida R, Wan Pauzi WI, Habsah H, Zeehaida M, Rosliza AR, et al. The clinical picture of Neonatal infection with *Pantoea* species. *Jpn J Infect Dis* 2006; 59: 120-1.
3. Lim PS, Chen SL, Tsai CY, Pai MA. *Pantoea* peritonitis in a patient receiving chronic ambulatory peritoneal dialysis. *Nephrology* 2006; 11: 97-9.
4. Kratz A, Greenberg D, Barki Y, Cohen E, Lifshitz M. *Pantoea* agglomerans as a cause of septic arthritis after palm thorn injury; case report and literature review. *Arch Dis Child* 2003; 88: 542-4.
5. Flores C, Maguilnik I, Hadlich E, Goldani LZ. Microbiology of choledochal bile in patients with choledocholithiasis admitted to a tertiary hospital. *J Gastroenterol Hepatol* 2003; 18: 333-6.
6. De Baere T, Verhelst R, Labit C, Verschraegen G, Wauters G, Claeys G, et al. Bacteriemic infection with *Pantoea ananatis*. *J Clin Microbiol* 2004; 42: 4393-5.