

# FUSOBACTERIUM MORTIFERUM: INUSUAL CAUSA DE ABSCESO GLÚTEO Y OSTEOMIELITIS ASOCIADA A INFECCIÓN DISEMINADA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS MR EN UN PACIENTE HIV+



GF Arévalo Calderon<sup>1</sup>, C Legaria<sup>2</sup>, C Barberis<sup>2</sup>, GE Martinez<sup>1</sup>, AMR Famiglietti<sup>2</sup>, D Stecher<sup>1</sup>, CA Vay<sup>2</sup>

<sup>1</sup> División Infectología, Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA, Argentina.

<sup>2</sup> Departamento de Bioquímica Clínica. INFIBIOC. Hospital de Clínicas José de San Martín. Facultad de Farmacia y Bioquímica. UBA., Argentina

## INTRODUCCIÓN

El género *Fusobacterium* (F) está compuesto por bacilos gramnegativos anaerobios que forman parte de la microbiota oral, intestinal y genital. *F. nucleatum* y *F. necrophorum* son las especies más frecuentes, aunque rara vez causan osteomielitis e infecciones invasivas de partes blandas (IIPB)

## CASO CLINICO

Describimos un caso inusual de osteomielitis por *F. mortiferum* en un paciente HIV+ asociado a infección invasiva por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR).

Varón de 30 años que consultó por dolor en hipocondrio derecho y fiebre de 48 horas de evolución. Veinte días antes había presentado laceración e infección de codo derecho que resolvió con antibióticos. Evolucionó en pocas horas con impotencia funcional del miembro inferior izquierdo (IFMII).

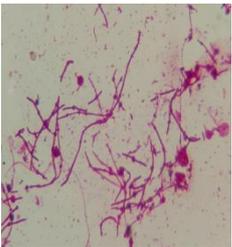
TC abdomen: derrame pleural y ocupación alveolar derecha, probable infarto renal derecho, absceso con burbuja aérea en músculo piramidal izquierdo.

Se tomaron hemocultivos (HC) que desarrollan *S. aureus* 2:2 CIM ( $\leq$   $\mu\text{g/ml}$ ), S: TMS 0,5/9,5; CLIN 0,5; MIN 1; RIF 0,5; LEV 1; MOX 0,5; TETRA 0,5; MIN 1, LZD 2; ERI 0,5; DAPTO 1, VAN=1 y R: OXA 2 y GEN 8). Inició tratamiento con VAN y PTZ.

Se diagnosticó infección de la comunidad por SAMR en paciente HIV+.

HC control: 3° y 6° días sin desarrollo microbiológico.

Evolucionó febril y con IFMII. Nueva TAC: absceso de músculo piramidal extendido a psoas y derrame pleural tabicado que se decorticó, drenó y cultivó. Abordaje por traumatología: hallazgo de absceso glúteo, pélvico, resección muscular y biopsia ósea. Las muestras se cultivaron en aerobiosis y anaerobiosis: 1-líquido pleural, 2-fascia, 3-fosa glútea, 4-hueso ilíaco, 5-fosa ilíaca, 6-absceso glúteo: *S. aureus*. En los medios selectivos incubados en anaerobiosis (4-5-6) desarrollaron bacilos gram negativos pleomórficos con cuerpos redondos que fueron identificados por espectrometría de masa (MALDI-TOF, Bruker BioTyper 3.1) como *F. mortiferum* (S a clindamicina y metronidazol (MTZ)). El paciente recibió MTZ 14 días y VAN 20 días. Evolucionó afebril, con recuperación de la motilidad del MII. Pasó a VO: TMS+MTZ e inició tratamiento antirretroviral con buena evolución.



## CONCLUSION

Las IIPB y las osteomielitis por anaerobios pueden ser graves.

Suelen originarse en un sitio contiguo posterior a un traumatismo o injuria que interrumpe la barrera mucosa.

Las infecciones por *F. mortiferum* son muy infrecuentes.

Su hallazgo en esta localización no ha sido reportado hasta el momento y resulta clínicamente significativo. La sospecha de bacterias anaerobias se fundamentó en la presencia de gas detectada en la TAC.

El éxito del diagnóstico y tratamiento se basó en el cultivo anaerobio en medios selectivos, en la identificación rápida y precisa por espectrometría de masa MALDI-TOF y en el drenaje de las colecciones.

A pesar de la elevada mortalidad asociada a estos microorganismos en infecciones graves, el paciente mostró buena recuperación clínica.