



PE053. Bacteriemia por *Clostridium ramosum* en una paciente añosa.



Legaria MC^{1*}, García SD¹, Cornet L², Famiglietti AMR¹, Stecher D², Vay CA¹.

1-Universidad de Buenos Aires, Facultad de Farmacia y Bioquímica. Departamento de Bioquímica Clínica. Hospital de Clínicas José de San Martín. 2-Universidad de Buenos Aires, División Infectología. Hospital de Clínicas José de San Martín.

INTRODUCCIÓN

Clostridium ramosum es un bacilo grampositivo anaerobio esporulado (BGPAE) habitante de la microbiota intestinal raramente asociado a infección humana. Es interesante notar que el "grupo RIC" -*C. ramosum*, *C. innocuum* y *C. clostridioforme*-, presenta gram-variabilidad, esporos difíciles de visualizar y colonias atípicas. La bacteriemia clostridial es poco frecuente (<0,1% de hemocultivos positivos), siendo *Clostridium perfringens* la especie más frecuente y *C. ramosum* casi nunca comunicado. En general *Clostridium* spp. muestra un bajo nivel de resistencia a los antimicrobianos, sin embargo *C. ramosum* puede expresar niveles mayores a ciertos antibióticos (penicilina, cefalosporinas, clindamicina). Objetivo: describir un caso fatal de bacteriemia por *C. ramosum* (BCR) en una paciente añosa con artritis reumatoidea, bajo corticoterapia, con aparente foco abdominal, que se identificó mediante la tecnología MALDI-TOF y se confirmó con la secuenciación parcial del gen 16 S rRNA.

RESUMEN CLINICO, EXAMENES COMPLEMENTARIOS Y DISCUSIÓN

Paciente femenina de 92 años, postrada, con artritis reumatoidea en tratamiento prolongado con meprednisona (10 mg/d). Antecedente: internación previa por una ITU (ceftriaxona 5 días). Dos meses después ingresó al servicio de Emergencias con fiebre, vómitos biliosos y dolor abdominal de 24 h de evolución. Se tomaron muestras para bioquímica básica, hemocultivo (HC) y urocultivo. Al ingreso presentaba una puntuación en la escala de SOFA de 3 puntos (Bil. total > 1,2mg/dl, Creat. 1,33 mg/dl, PAM < 70 mmHg), leucocitosis con neutrofilia, hipoglucemia y acidosis metabólica. El cuadro se interpretó como un shock séptico secundario a un abdomen agudo quirúrgico por lo que se sometió a una laparotomía exploradora, pero la paciente falleció durante el procedimiento. HC (BD BACTEC™ FX, Becton Dickinson). Frasco 1 (anaerobio): + (3h). GRAM: BGN. Cultivo: *Escherichia coli*. Frasco 2 (anaerobio): + (4d:7h). BGN fino, corto. Cultivo aerobiosis: sin desarrollo (SD). Anaerobiosis: agar sangre Brucella con hemina y vitamina K (AB): colonias pequeñas, grisáceas, redondas, levemente convexas, borde liso, no hemolíticas que amarraron el agar con la incubación prolongada. *C. ramosum* se identificó fenotípicamente y con espectrometría de masas con score >2 (MALDI-TOF-MS, Bruker BioTyper 3.1). La misma se confirmó con la amplificación y la secuenciación parcial del gen 16S rRNA en el Servicio de Bacteriología Especial del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G Malbran". *C. ramosum* resultó sensible a: CIM (µg/ml) AMP 0,016; PTZ 0,032; IMP 0,025; MTZ 0,094; FOX 4; CLIN 0,075. β-lactamasa (-). Frente a la observación de BGN y bajo la sospecha del desarrollo encubierto de *C. ramosum*, se decidió re-inspeccionar el frasco 1 y cultivar en agar Brucella (AB) y AB-amicacina (ABA). AB: *E. coli* y *C. ramosum*. ABA: desarrollo puro de *C. ramosum*. Urocultivo: SD. La BCR es rara, la puerta de entrada más probable es el trauma del tracto gastrointestinal (TGI). En ausencia de foco evidente, la BCR puede presentar síntomas inespecíficos que retardan el diagnóstico, el tratamiento y aumentan la mortalidad. De 14 casos reportados en una revisión de BCR, hubo un caso similar al nuestro: paciente añosa, sexo femenino, presentación clínica con foco abdominal, bacteriemia polimicrobiana con microorganismo intestinal y mala evolución.

En nuestro caso, se sospecha un origen abdominal debido a que no se detectó otro sitio de infección y a la presentación clínica con bacteriemia polimicrobiana *C. ramosum*-*E. coli*.

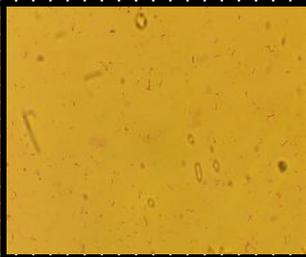


Figura 1
Gram frasco 2



Figura 2
Desarrollo en ABA
frasco 1 y 2 (7° día)

Tabla 1	
Van 5 µg	S
Kan 1000 µg	S
Col 10 µg	R
-: catalasa, indol, ureasa, lecitinasa, lipasa, hidr. gelatina, NO ₃ , CAMP, arabinosa, xilosa.	
+: esculina, maltosa, glucosa, sacarosa, fructosa, manosa, melibiosa, celobiosa, rafinosa, salicina, lactosa, manitol.	

CONCLUSIONES

1-Destacamos la importancia de una observación microscópica minuciosa y del cultivo en anaerobiosis en medios selectivos (ABA) para poder detectar la bacteriemia polimicrobiana aerobio-anaerobio. 2-Jerarquizamos la espectrometría de masas (MALDI-TOF) para la identificación rápida y precisa. 3- Se sugiere sospechar *C. ramosum* cuando se observe un BGN pleomórfico anaerobio no esporulado con colonias pequeñas, VAN 5 µg S. 4-El presente constituiría el 2° caso reportado de BCR en una paciente añosa inmunocomprometida, con probable foco abdominal y mala evolución.