

## Aislamiento de *Comamonas kerstersii* en infección intra-abdominal

M Tristán<sup>1</sup>, G Camusso<sup>2</sup>, M García<sup>1</sup>, L Bautista<sup>1</sup>

1 Hospital Francisco J. Muñiz, CABA., Argentina. 2 Laboratorio de Análisis Clínicos Camusso, Pehuajó. Buenos Aires, Argentina

### INTRODUCCIÓN

El género *Comamonas* pertenece al grupo de bacilos gram negativos no fermentadores (BGNNF). *C. testosteroni*, *C. terrigena* y *C. kerstersii* son las especies aisladas en muestras clínicas, esta última asociada a infecciones abdominales. Se describe el caso de un paciente inmunocompetente con infección abdominal por *C. kerstersii*.

### RESUMEN CLÍNICO

Paciente masculino de 25 años, inmunocompetente, ingresa a la guardia por dolor abdominal, fiebre, diarrea sin moco ni sangre y vómitos de 15 días de evolución. A la consulta presentó frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto, TA 120/70, dolor abdominal generalizado a la palpación, RHA disminuidos, sin foco neurológico ni signos meníngeos. Se decide internación en terapia y se solicita estudios de laboratorio, radiografía de tórax y abdomen, TAC abdominal, hemocultivos, coprocultivo, toxina para *Clostridium difficile* (CD) y parasitológico. Se inicia tratamiento con ciprofloxacina (400mg IV c/12hs) y metronidazol (1g IV c/12hs). A las 24 horas del ingreso se realiza laparotomía exploradora demostrando peritonitis purulenta de 4 cuadrantes por perforación de ileon terminal, se envía muestra para cultivo bacteriológico, micobacterias y hongos de líquido abdominal, seguida de ileostomía más cecostomía, quedando el abdomen abierto y contenido con bolsa de Bogotá. Posteriormente se realizan lavados abdominales separados por un periodo de 48 horas.

### EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio 12300 leucocitos/ $\mu$ l, resto de los parámetros normales, VIH no reactivo. Radiografía de tórax normal, TAC evidenció neumoperitoneo (figura 1 y 2) y líquido libre en cavidad abdominal. La serie de cultivos, parasitológico y toxina fueron negativos excepto el cultivo bacteriológico de líquido abdominal donde se aisló *Enterococcus faecalis* multisensible y *C. kerstersii* sensible a piperacilina-tazobactam, ceftazidima, cefepime, imipenem, meropenem, colistin, aminoglucósidos (AMG) y resistente sólo a ciprofloxacina. Se decide rotar el esquema a piperacilina-tazobactam (4,5g IVc/8hs) por 7 días con evolución favorable.

### DISCUSIÓN

La peritonitis secundaria (PS) se debe principalmente a la apendicitis aguda, colecistitis, úlcera gastroduodenal perforada, perforación colónica o de un divertículo, neoplasias abscedadas, obstrucción con compromiso vascular del intestino delgado. Los microorganismos aislados en las PS varían según el sitio de la perforación. *C. kerstersii* en muestras intra-abdominales suele sugerir, en la mayoría de los casos, apendicitis o perforación de divertículos. Este género presenta sensibilidad a múltiples clases de antibióticos, entre ellos AMG, cefalosporinas, colistin.

### CONCLUSIÓN

*C. kerstersii* es un germen poco frecuente, su presencia debe sospecharse cada vez que se aisle un BGNNF en muestras de líquido abdominal. Dado su resistencia a fluoroquinolonas, esquema utilizado con mayor frecuencia en infecciones de foco abdominal, se sugiere descartar o confirmar su presencia para la realización de un esquema antimicrobiano efectivo.

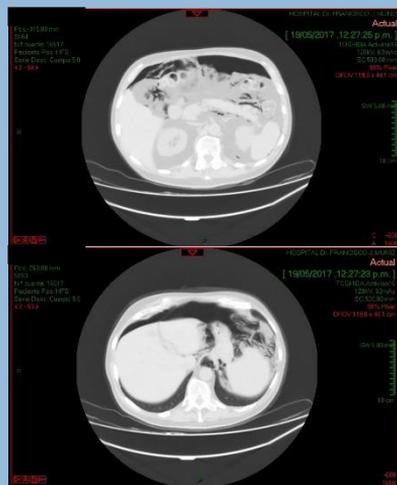


Figura 1 y 2. TAC abdominal con neumoperitoneo.