

Aislamiento de *Comamonas kerstersii* en infección intra-abdominal

M Tristán¹, G Camusso², M García¹, L Bautista¹

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/ μ 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.

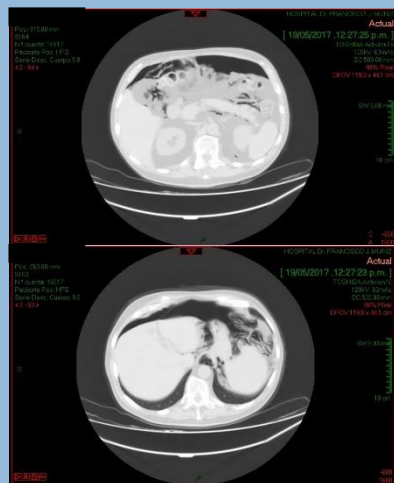


Figura 1 y 2. TAC abdominal con neumoperitoneo.