

Leticia Lorenzo Garde¹
Margarita Bolaños Rivero¹
Ángel Turégano García²
Antonio Manuel Martín
Sánchez¹

Abscesos intraperitoneales por *Eikenella corrodens*

¹Servicio de Microbiología y Parasitología, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.
²Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

Sr. Editor:

El aislamiento de *Eikenella corrodens* es frecuente en infecciones de la cavidad oral o en infecciones asociadas a contaminación con flora bucal, como las mordeduras, pero es poco frecuente en infecciones intraabdominales, estando asociada a lesión de la mucosa gastrointestinal. En estas infecciones se aísla principalmente acompañada de otras bacterias, generalmente de especies de *Streptococcus* spp., y su importancia radica en el gran potencial de causar infecciones graves que pueden desembocar en la formación de abscesos. Presentamos un caso de una infección intraabdominal.

Se trata de una mujer de 79 años, hipertensa y en tratamiento con acenocumarol por fibrilación auricular. En 2005 es intervenida de un adenocarcinoma de rectosigma estenosante mediante sigmoidectomía y colostomía terminal. En 2006 presenta una oclusión intestinal por bridas que se resuelve quirúrgicamente. En mayo de 2010 se procede a una intervención quirúrgica para la reconstrucción del tránsito intestinal y la corrección de una hernia mediante plastia de pared abdominal con malla de polipropileno, ocurriendo durante la cirugía una apertura del intestino delgado que se reparó. En el cuarto día del postoperatorio la paciente presenta dolor abdominal con defensa generalizada, febrícula y leucocitosis ($16.70 \times 10^3/\mu\text{l}$ leucocitos, con 88.7% de neutrófilos). Se solicita TAC abdomino-pélvico que informa de la existencia de una colección líquida con nivel hidroaéreo en hipocondrio izquierdo, probablemente relacionada con los cambios postquirúrgicos. A los 7 días se realiza un TAC de control que informa de un aumento de tamaño de la colección con respecto al estudio anterior, por lo que se decide puncionar y drenar dicho absceso mediante ecografía abdomino-pélvica con PAAF, no consiguiendo drenar dos colecciones situadas entre las asas intestinales. Se envía la muestra al Servicio de Microbiología en una jeringa y se procede a la tinción de Gram y a la siembra en los medios habituales. Al Gram no se objetivan microorganismos y todos los cultivos resultan negativos (aerobios, anaerobios y micobacterias).

En sucesivos TAC se sigue observando dicha colección líquida, por lo que se pauta tratamiento empírico con amoxicilina-ácido clavulánico 1g-200mg/8h/I.V., repitiendo la ecografía con PAAF a los dos días de iniciado el tratamiento antibiótico. Se envían dos muestras y al Gram de las mismas se observan cocos grampositivos en cadenas y bacilos gramnegativos. A las 48 horas de incubación en CO_2 se observa, en las placas de agar sangre y agar chocolate, el crecimiento de colonias alfa-hemolíticas correspondientes a *Streptococcus* spp. y otras colonias translúcidas de bordes redondeados, no hemolíticas y con olor característico al género *Haemophilus* spp (figura 1). Estas colonias son oxidasa positivas y catalasa negativas, no crecen en agar MacConkey y al Gram aparecen como bacilos gramnegativos rectos. Por su olor característico se realizan los factores X, V y XV, creciendo alrededor del factor XV y X (figura 2). La identificación se realiza mediante la tarjeta NH del Vitek2 (bioMérieux, Marcy l'Etoile, France), obteniéndose como resultado *E. corrodens*. El aislado es sensible a betalactámicos, quinolonas y tetraciclinas y resistente a gentamicina, eritromicina, clindamicina, rifampicina y trimetropim/sulfametoxazol. Tras 72 horas de incubación estas colonias adquieren un color verdoso, aunque no llegan a corroer el agar.

El tratamiento antibiótico se suspende a los 11 días, pero persiste una pequeña colección a nivel del tejido subcutáneo, que se decide puncionar a los 15 días de suspender el tratamiento y en la que se obtuvieron los mismos aislamientos. Se le pauta tratamiento oral de amoxicilina/ácido clavulánico 875/125mg cada 8h y levofloxacin 500mg cada 24h durante 10 días. Una muestra recogida a los 15 días de finalizado el tratamiento antibiótico es negativa.

E. corrodens es un bacilo gramnegativo recto y anaerobio facultativo que forma parte de la microbiota de la cavidad oral, del aparato respiratorio superior y de la superficie mucosa del aparato digestivo y genital¹. Se trata de un microorganismo de crecimiento fastidioso que crece mejor en medios no selectivos y que se caracteriza porque no produce ácido ni gas a partir de carbohidratos, reduce los nitratos a nitritos, es lisina y ornitina decarboxilasa positivas y ureasa, gelatina, indol y esculina negativas. En cuanto a la sensibilidad antibiótica se caracteriza por ser resistente a aminoglucósidos, metronidazol y clindamicina, que son

Correspondencia:
Antonio Manuel Martín Sánchez Fax: 928441863
Servicio de Microbiología y Parasitología, Hospital E-mail: amartin@dcc.ulpgc.es
Universitario Insular de Gran Canaria. Avda Marítima del Sur, s/n. 35016
Las Palmas de Gran Canaria. España.
Teléfono: 928441763



Figura 1 Colonias de *Eikenella corrodens* a las 48 horas de incubación en agar sangre.



Figura 2 Crecimiento de la colonia alrededor de los factores X y XV.

antibióticos que pueden formar parte del tratamiento empírico de la peritonitis.

En la bibliografía revisada hemos encontrado 66 casos publicados de infecciones intraabdominales por *E. corrodens*²⁻⁵. Se observan principalmente en adultos jóvenes y que tienen como factor de riesgo el daño en la mucosa gastrointestinal, debido a cirugía o a perforación de víscera hueca, siendo la peritonitis secundaria a apendicitis perforada la causa más frecuente. Las infecciones intraabdominales atribuidas exclusivamente a *E. corrodens* son excepcionales, tratándose en la mayoría de los casos de una peritonitis secundaria polimicrobiana, que se acompaña principalmente de especies del género *Streptococcus* spp. Es de destacar que la infección abdominal se complica con la formación de abscesos, que son tratados con tratamiento antibiótico (ampicilina y/o cefoxitina) y/o drenaje. La evolución de casi todos los pacientes fue favorable con el tratamiento efectuado.

En resumen, hay que sospechar la presencia de abscesos intraabdominales por *E. corrodens* en pacientes que han sufrido daño en la mucosa gastrointestinal, por cirugía o por perforación, así como sus características de crecimiento y sensibilidad antibiótica. En la mayoría de los casos se trata de una infección polimicrobiana, que se acompaña principalmente de especies del género *Streptococcus* spp.

BIBLIOGRAFÍA

1. von Graevenitz A, Zbinden R, Mutters R. *Actinobacillus, Capnocytophaga, Eikenella, Kingella, Pasteurella* and other fastidious or rarely encountered gram-negative rods. En: Murray PR, Baron EJ, Jorgensen JH, Pfaller MA, Landry ML, editors. Manual of Clinical Microbiology. 9th ed. 2007. Washington: ASM Press; 2007: 621-35.
2. Gasser I, Moreno G, Ferrer A, Capdevilla JA, Valle I. *Eikenella corrodens*: Cinco años de experiencia en un hospital general. Enferm Infecc Microbiol Clin 1999; 17: 394-7.
3. Danziger LH, Schoonover LL, Kale P, Resnick DJ. *Eikenella corrodens* as an intra-abdominal pathogen. Am Surg. 1994; 60: 296-9.
4. González J, Marco A, Pérez A, Escribano E, Crespo MD. Infecciones intraabdominales causadas por *Eikenella corrodens* en niños. 1995; 8: 145-7.
5. Sheng WS, Hsueh PR, Hung CC, Teng LJ, Chen YC, Luh KT. Clinical features of patients with invasive *Eikenella corrodens* infections and microbiological characteristics of the causative isolates. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2001; 20: 231-6.