

Bacteriemia por *Lactobacillus* spp.

Daniel Toresano-López¹, Andrea González-Pascual², Marta González-Martínez³, Iranzu Ezcurra-Acedo³, Ana María Arnáiz-García⁴

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria). España

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Sierrallana. Torrelavega (Cantabria). España

³Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria). España

⁴Unidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria). España

Recibido: 22/06/2017

Aceptado: 30/10/2017

En línea: 31/12/2017

Citar como: Toresano-López D, González-Pascual A, González-Martínez M, Ezcurra-Acedo I, Arnáiz-García AM. Bacteriemia por *Lactobacillus* spp. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2017 (Dic); 2(3): 113-115.

Autor para correspondencia: Daniel Toresano-López. dtorresano@gmail.com

Palabras clave

- ▷ *Lactobacillus*
- ▷ Bacteriemia
- ▷ Pseudoquiste pancreático
- ▷ Resistencia a penicilina

Keywords

- ▷ *Lactobacillus*
- ▷ Bacteremia
- ▷ Pancreatic pseudocyst
- ▷ Penicillin resistance

Resumen

Paciente de 56 años portador de una pancreatitis crónica que acude por dolor abdominal, vómitos y pérdida de 10 kg de peso. Un TAC abdominal revela la existencia de un pseudoquiste pancreático, posteriormente complicado por una sobreinfección que se trata con drenaje endoscópico y antibioterapia empírica. Tras una mejoría inicial desarrolla una bacteriemia por *Lactobacillus* resistente que precisa cambio a un antibiótico seleccionado con mejoría de su situación clínica.

Abstract

A 56-year-old man with chronic pancreatitis was admitted for abdominal pain, vomiting, and weight loss of 10 kg. An abdominal computed tomography was performed, revealing the existence of a pancreatic pseudocyst, later complicated by a secondary pseudocyst infection, originally treated by endoscopic drainage and empirical antibiotic therapy. After an initial improvement, he develops a bacteremia by penicillin resistant *Lactobacillus*. Targeted antibiotic treatment was set up, with an improvement in clinical situation.

Puntos destacados

- ▷ Consideramos este caso de interés clínico al tratarse de una bacteriemia por un microorganismo infrecuente y con un inusual patrón de resistencia antimicrobiana.

Introducción

Presentamos el caso de un paciente con pancreatitis complicada con un pseudoquiste pancreático, que desarrolla una bacteriemia por *Lactobacillus* tras la colocación de una prótesis piloro-duodenal. *Lactobacillus* es un microorganismo ubicuo colonizador de la mucosa oral, del tracto gastrointestinal y ocasionalmente del tracto genitourinario. Ha sido reportado eventualmente como causa de infección, tanto en huéspedes inmunocompetentes como inmunodeprimidos.

Historia clínica

Varón de 56 años con antecedentes de enolismo, tabaquismo, hepatopatía crónica por VHC tratada, fibrilación auricular, y pancreatitis crónica complica-

da con un pseudoquiste, trombosis de vena esplénica y varices gastroesofágicas.

Ingresa por cuadro de dolor abdominal en epigastrio, vacío e hipocondrio izquierdos, vómitos de contenido alimenticio con intolerancia a sólidos y a líquidos, anorexia y una pérdida ponderal de 10 kg en un periodo de 15 días.

Exploración física

Al examen no presenta fiebre, se encuentra eupneico en reposo, con ventilación conservada y auscultación cardíaca rítmica. En la exploración abdominal se objetiva dolor a la palpación de epigastrio e hipocondrio izquierdos, y se palpa una masa en hipocondrio izquierdo. El resto de la exploración era rigurosamente normal.

Pruebas complementarias

No presenta alteraciones analíticas relevantes. Se realiza TAC abdominal que revela la existencia de pseudoquiste pancreático que condiciona oclusión duodenal completa.

Evolución

Se realiza un drenaje del pseudoquiste mediante quistogastrotomía endoscópica, con aislamiento de *Stp. parasanguinis*, *Candida albicans* y *Prevotella melaninogenica*, recibiendo tratamiento antibiótico con cefotaxima, metronidazol y fluconazol. En un posterior TC abdominal de control se objetiva la desaparición del pseudoquiste, pero se evidencia el desarrollo de una fístula gastroduodenal y de una estenosis de la luz duodenal, que requiere la colocación de una prótesis píloro-duodenal.

El día siguiente a la intervención presenta un pico febril de hasta 40°C, extrayéndose hemocultivos, en los que son aislados *Lactobacillus spp.* (Tabla 1), y se realiza el cultivo del catéter venoso central, en el que es aislado *Staphylococcus aureus* resistente a metilina y *Stenotrophomonas maltophilia*.

Frasco aerobio 1	<i>Lactobacillus sp.</i>	
Frasco anaerobio 1	<i>Lactobacillus sp.</i>	
Frasco aerobio 2	<i>Lactobacillus sp.</i>	
Frasco anaerobio 2	<i>Lactobacillus sp.</i>	
Hemocultivo	1: Se aísla <i>Lactobacillus sp.</i>	
(1:) <i>Lactobacillus sp.</i>		
Amoxicilina/Clavulánico	1.5	S
Penicilina-G	2.0	R
Clindamicina	0.125	S
Vancomicina	> 256.0	R
Metronidazol	> 256.0	R

Tabla 1. Resultado de hemocultivos

Se inicia tratamiento empírico con vancomicina endovenosa, que en vista de los resultados se ajusta a penicilina G endovenosa. Con el resultado definitivo del cultivo microbiológico, en el cual se objetiva la resistencia de *Lactobacillus spp.* a penicilina G, se opta por un cambio del antibiótico por amoxicilina-clavulánico, tratamiento que es mantenido durante 14 días.

El aislamiento de *Lactobacillus spp.* es atribuido a la intervención de la colocación de la prótesis píloro-duodenal. La evolución clínica fue favorable, con resolución de la bacteriemia y posterior resolución del pseudoquiste.

Diagnóstico

Bacteriemia por *Lactobacillus spp.*

Discusión y conclusiones

Lactobacillus spp. es un microorganismo ubicuo colonizador de mucosa oral, tracto gastrointestinal y ocasionalmente tracto genitourinario, pero no forma parte de la flora cutánea¹. Ocasionalmente ha sido reportado como causa de infección, tanto en huéspedes inmunocompetentes como inmunodeprimidos^{2,3}.

Algunas especies son utilizadas como bacterias probióticas, bien en forma liofilizada o como producto alimenticio fermentado, habiendo demostrado ser

eficaces en el tratamiento de la diarrea infantil y del adulto, la diarrea asociada a antibióticos y la vaginitis candidiásica.

Son bacterias microaerófilas gram positivas, con morfología de barra, inmóviles, y no formadores de esporas (Figura 1). Fermentan la glucosa, no producen catalasa ni oxidasa, y producen ácido láctico, de ahí su nombre. La inmovilidad y la incapacidad de producir catalasa las distingue de *Listeria spp.*

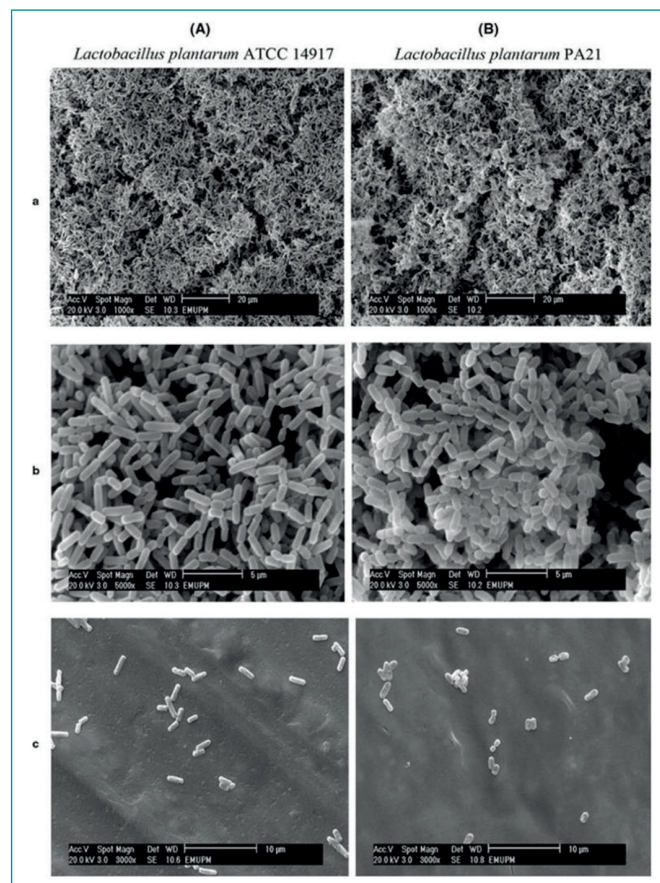


Figura 1. *Lactobacillus*

La lactobacillemia verdadera representa un 0.1% de todos los cultivos positivos, siendo muy importante distinguirla de la contaminación, ya que la tasa de mortalidad puede alcanzar el 30% en aquella. Para diferenciarla, la bacteria necesita ser aislada en dos tandas de hemocultivos, o en un cultivo de sangre y en un cultivo de otro tejido estéril.

Lactobacillus spp. genera síndromes clínicos muy variados, desde una presentación asintomática hasta una sepsis, siendo la presentación más frecuente la fiebre junto con clínica del órgano afecto. La puerta de entrada puede ser bien la orofaríngea, el tracto genitourinario o el tracto gastrointestinal. Al no formar parte de la flora cutánea, no haber sido descrita como causa de infección relacionada con los catéteres intravenosos, y el no formar parte de los microorganismos contaminantes de hemocultivos, apoya el diagnóstico en caso de aislamiento en cultivos de sangre. Se presenta con mayor frecuencia como endocarditis subaguda, pero ha sido descrita en asociación con otras comorbilidades, como nefrolitiasis, neutropenia, endometritis, infección de injertos vasculares, abscesos, infecciones puerperales, y asociado a VIH, siendo más infrecuentes las bacteriemias sin endocarditis⁴.

Los factores de riesgo para el desarrollo de una lactobacillemia parecen ser la neutropenia persistente, el uso de antibióticos de amplio espectro, condicio-

Bibliografía

nes inmunosupresoras, descontaminación intestinal selectiva, procedimientos invasivos gastrointestinales o respiratorios, así como el trasplante de órgano sólido.

El tratamiento de la lactobacilemia debería basarse en la presentación clínica y en los test de susceptibilidad antimicrobiana, debido a la ausencia de un patrón de susceptibilidad asociado a este patógeno. Se han comunicado casos de *Lactobacillus spp.* resistente a vancomicina con CMI > 256 g/mL. En la literatura inicial se apoyaba el uso combinado de penicilina u otro agente betalactámico junto con un aminoglucósido. La CMI-90 para penicilina y ampicilina se encuentra en el rango de 1-2 g/mL. Es generalmente resistente al metronizadol y quinolonas, y es sensible a clindamicina, gentamicina y penicilina.

1. Antony SJ, Stratton CW, Dummer JS. Lactobacillus bacteremia: Description of the clinical course in adult patients without endocarditis. Clin Infect Dis. 1996; 23: 773-778.
2. Bourne KA, Beebe JL, Lue YA, Ellner PD. Bacteremia due to Bifidobacterium, Eubacterium or Lactobacillus; twenty-one cases and review of the literature. Yale J Biol Med. 1978; 51: 505-512.
3. Farina C, Arosio M, Mangia M, Moioli F. Lactobacillus casei subsprhamnosus sepsis in a patient with ulcerative colitis. J Clin Gastroenterol. 2001; 33: 251-252.
4. Cannon JP, Lee TA, Bolanos JT, Danziger LH. Pathogenic relevance of Lactobacillus: A retrospective review of over 200 cases. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2005; 24: 31-40.