

Artritis séptica por *Enterococcus faecalis* en paciente con catéter tunelizado para hemodiálisis

Sr. Director: *Enterococcus faecalis* spp es una de las principales causas de bacteriemia, endocarditis e infección nosocomial; sin embargo, se ha descrito muy pocos casos de artritis infecciosa por *Enterococcus* spp. Ello puede deberse a su baja afinidad por los tejidos osteoarticulares o a que los casos descritos antes de 1984 eran clasificados como artritis séptica por *Streptococcus* del grupo D.

Presentamos el caso de un varón de 78 años con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis con un catéter tunelizado (CT) tipo ShonCathTM (AngioDynamics®) situado en yugular derecha, marcapasos bicameral definitivo por bloqueo auriculoventricular completo y *bypass* aorto-aórtico por aneurisma de aorta abdominal. Tres meses antes de su ingreso se realizó colonoscopia en la que se extirpó un pólipo cuyo estudio anatomopatológico se informó como adenocarcinoma infiltrante. Nueve días después ingresó por fiebre sin focalidad. En los hemocultivos obtenidos del CT y de sangre periférica se aisló *Enterococcus faecalis* sensible a ampicilina y vancomicina, con sinergia para aminoglicósidos (tiempo diferencial de crecimiento, 200 min). Se diagnosticó de bacteriemia relacionada con el CT (BRCHD) y recibió tratamiento intravenoso con vancomicina, 1,5 g en dosis única, amoxicilina 1 g/12 h durante 21 días y gentamicina 80 mg/24 h durante 11 días, y se “selló” el CT entre diálisis con 2 mg de vancomicina. Quedó apirético a las 48 h y el hemocultivo postoperatorio fue negativo.

Tres meses después reingresó por un cuadro inflamatorio en rodilla derecha, y a la exploración destacaban dolor, tumefacción, aumento de temperatura, impotencia funcional y limitación a la movilización en todos los planos. En la bioquímica sanguínea destacaban: urea, 135 mg/dl; creatinina, 6,7 mg/dl, y PCR, 139 mg/l; en el hemograma, 8.670 leucocitos/ μ l (71% polimorfonucleares); hemoglobina, 10,9 g/dl, y VSG, 56 mm/h. El líquido sinovial mostraba 52.356 células/ μ l (95% polimorfonucleares); proteínas, 96 mg/dl, y glucosa, 10 mg/dl; la tinción de Gram fue negativa y en el cultivo creció *E. faecalis* con idéntico antibiograma al identificado en la BRCHD. Los hemocultivos obtenidos de sangre periférica y CT y el urocultivo fueron negativos.

Se realizó ecocardiografía, que descartó endocarditis e infección del marcapasos, y ecografía abdominal donde no se visualizaron focos sépticos intraabdominales.

Se decidió conservar el CT y realizar tratamiento intravenoso con ampicilina a 6 g/día y ceftriaxona a 2 g/día durante 4 semanas, con lo que los cultivos de líquido articular se negativizaron a las 48 h. Al alta continúa afebril y sin clínica articular.

E. faecalis causa un 2,4-8% de las BRCHD. Philipneri et al¹ subrayan la importancia de retirar el catéter central ante un episodio de bacteriemia. Observaron una clara relación entre el mantenimiento del catéter infectado y la aparición de complicaciones osteoarticulares a pesar del tratamiento antibiótico correcto, que pueden aparecer hasta 5 semanas después de iniciar el tratamiento. Sin embargo, el agotamiento de los accesos vasculares, como ocurrió a nuestro paciente, obliga a intentar “salvar” el CT mediante tratamiento sistémico y “sellado” del CT con una elevada concentración de antibiótico en los períodos entre las diálisis². En nuestro caso, el aislamiento de *E. faecalis* con un mismo antibiograma en sangre y líquido sinovial indica que el origen de la artritis fue la BRCHD a pesar de que los hemocultivos tras el tratamiento confirmaron su curación. El microorganismo pudo anidar en la rodilla durante la fase aguda y “recreció” tras suspender el tratamiento antibiótico.

Enterococcus spp. presenta una resistencia intrínseca a las cefalosporinas y es moderadamente sensible a las penicilinas, las carboxipenicilinas, las ureidopenicilinas y los carbapenemes. Por ello, para su tratamiento se emplea una combinación sinérgica de una penicilina y un aminoglicósido^{3,4}. Gavaldá et al^{5,6} han demostrado, in vitro e in vivo, que la combinación de ampicilina y ceftriaxona es sinérgica y de igual eficacia que ampicilina y gentamicina en un modelo experimental humanizado de endocarditis. Nuestro caso demuestra que esta pauta puede constituir una alternativa a la pauta clásica en pacientes con insuficiencia renal o intolerancia a aminoglicósidos.

Julio Ramírez García^a, Mercedes Toro Ramos^b,
Rafael Luque Márquez^c y Arístides de Alarcón González^c

^aServicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

^bServicio de Nefrología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

^cServicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Bibliografía

1. Philipneri M, Al-Aly Z, Amin K, Gellens ME, Bastani B. Routine replacement of tunneled, cuffed, hemodialysis catheters eliminates paraspinal/vertebral infections in patients with catheter-associated bacteremia. *Am J Nephrol.* 2003;23:202-7.
2. Saxena AK, Panhotra BR. Haemodialysis catheter-related bloodstream infections: current treatment options and strategies for prevention. *Swiss Med Wkly.* 2005;135:127-38.
3. Zwillich SH, Hamory BH, Walker SE. Enterococcus: an unusual cause of septic arthritis. *Arthritis Rheum.* 1984;27:591-5.
4. Raymond NJ, Henry J, Workowski KA. Enterococcal arthritis case report and review. *Clin Infect Dis.* 1995;21:516-22.
5. Gavaldá J, Torres C, Tenorio C, López P, Zaragoza M, Capdevila JA, et al. Efficacy of ampicillin plus ceftriaxone in treatment of experimental endocarditis due to *Enterococcus faecalis* strains highly resistant to aminoglycosides. *Antimicrob Agents Chemother.* 1999;43:639-46.
6. Gavaldá J, Onrubia PL, Gómez MT, Gomis X, Ramírez JL, Len O, et al. Efficacy of ampicillin combined with ceftriaxone and gentamicin in the treatment of experimental endocarditis due to *Enterococcus faecalis* with no high-level resistance to aminoglycosides. *J Antimicrob Chemother.* 2003;52:514-7.