



**Infección de bronquiectasias
por *Flavimonas oryzihabitans*
en paciente inmunocompetente**

Sr. Director: *Flavimonas oryzihabitans* es un germen patógeno inhabitual, descrito en la bibliografía como agente infeccioso ligado casi siempre a dispositivos intracorporales o

intervenciones invasivas. Presentamos un caso de infección de bronquiectasias por dicho germen.

Mujer de 86 años de edad, con bronquiectasias difusas, que ingresó en nuestro centro trasladada desde otro hospital en situación de insuficiencia respiratoria secundaria a infección. En el momento del ingreso estaba recibiendo tratamiento con broncodilatadores, corticoides inhalados y antimicrobianos (ceftazidima más tobramicina). En el informe de traslado no se mencionaba el uso de corticoides sistémicos. A los 10 días de tratamiento antibiótico, se le retiró éste, tras valorar la evolución y el hemograma (10.500 leucocitos con fórmula normal). Experimentó entonces una reagudización, ante la cual se decidió recoger muestra de esputo y pautar corticoterapia sistémica. En el cultivo creció *F. oryzihabitans*. El inicio de una nueva pauta (cefepime, amikacina y ciprofloxacino) obtuvo un resultado favorable en los días sucesivos. El antibiograma demostró sensibilidad a todos los antimicrobianos testados. En el duodécimo día de tratamiento se retiró el aminoglucósido, por hipoacusia, mientras que los otros 2 fármacos se mantuvieron 6 días más, hasta el alta.

F. oryzihabitans es un bacilo gramnegativo aerobio, móvil y monoflagelado¹. Vive en el suelo y los medios húmedos, naturales o artificiales (incluso conducciones de agua y equipos de inhaloterapia). En un caso se ha identificado como vehículo una esponja de baño². Aunque se había aislado en muestras de heridas, abscesos, tejidos, líquidos orgánicos y equipos hospitalarios, al principio no se consideró patógeno. Se han recogido en la bibliografía múltiples casos de infecciones, sobre todo en portadores de dispositivos intracorporales³, tras maniobras agresivas (cirugía, diálisis, exploraciones invasivas)^{1,3,4}, en pacientes inmunocomprometidos (procesos hematológicos, sida, insuficiencia renal, neoplasias, corticoterapia, cirrosis, entre otros)^{1,4} y sobre todo en medio hospitalario.

El grupo de antibióticos activos se ha reducido progresivamente. Hace algo más de una década era sensible a la ampicilina, el trimetoprim-sulfametoxazol, la piperacilina, los aminoglucósidos, las tetraciclinas, las cefalosporinas de tercera generación y quinolonas, y sólo resistente a las cefalosporinas de primera y segunda generación¹. Unos años más tarde aparecieron resistencias a la cefuroxima y ampicilina y, en menor grado, a las tetraciclinas, el trimetoprim-sulfametoxazol y el aztreonam³. Recientemente han surgido frente a la amoxicilina-ácido clavulánico y el cloranfenicol^{2,5}. Por último, el año pasado se describió una cepa resistente a todos los betalactámicos y sólo sensible a los aminoglucósidos, las tetraciclinas y las quinolonas⁴.

Presentamos un caso de infección de bronquiectasias por *F. oryzihabitans*. Dicho germen se había aislado en esputo hace ya 25 años, bajo otra denominación, cuando no se consideraba patógeno. Se ha constatado su presencia como agente infeccioso en la vía aérea superior⁴, tracto inferior en forma de neumonía (intra y extrahospitalaria, en pacientes inmunocomprometidos e inmunocompetentes) y espacio pleural (empiema)⁶.

Es el único aislamiento de esta bacteria en nuestro centro. Creemos que tiene origen nosocomial, a tenor del tiempo que llevaba ingresada la paciente y la mayor incidencia en este medio. En otro hospital de nuestra área sanitaria se ha presentado otro caso de la misma etiología⁵, pero la comparación del antibiograma de ambos descarta un origen co-

mún. Es de destacar que la paciente no reunía condiciones de inmunodepresión, exceptuando ligera desnutrición y corticoterapia casi exclusivamente por vía inhalada (sólo había recibido 2 dosis por vía intravenosa). Resulta llamativo el fracaso de la primera pauta antibiótica (ceftazidima y tobramicina), y más aún al conocer la sensibilidad de la cepa a ambos, demostrada mediante el antibiograma. Apuntamos como posibles explicaciones de este hallazgo las diferentes condiciones existentes *in vitro* e *in vivo*, la dificultad de los antibióticos (sobre todo los aminoglucósidos) para alcanzar concentraciones altas en secreciones bronquiales (mayor en bronquiectasias) o la insuficiente duración temporal de la pauta antimicrobiana.

En resumen, consideramos que con este caso se refuerza la acepción de *F. oryzihabitans* como agente patógeno en múltiples localizaciones y circunstancias, y propugnamos el uso del antibiograma para la corrección de la antibioterapia empírica, dada la continua aparición de resistencias y las diferencias locales en el patrón de éstas.

A. Vilas Iglesias y J. Suárez Martínez

Servicio de Neumología.
Instituto Policlínico La Rosaleda.
Santiago de Compostela.
A Coruña. España.

1. Decker CF, Simon GL, Keiser JF. *Flavimonas oryzihabitans* (*Pseudomonas oryzihabitans*; CDC group Ve-2) bacteremia in the immunocompromised host. Arch Intern Med 1991;151:603-4.
2. Marín M, García de Viedma D, Martín Rabadán P, Rodríguez Créixems M, Bouza E. Infection of Hickman catheter by *Pseudomonas* (formerly *Flavimonas*) *oryzihabitans* traced to a synthetic bath sponge. J Clin Microbiol 2000;38:4577-9.
3. Rahav G, Simhon A, Mattan Y, Moses AE, Sacks T. Infections with *Chryseomonas luteola* (CDC group Ve-1) and *Flavimonas oryzihabitans* (CDC group Ve-2). Medicine (Baltimore) 1995;74:83-8.
4. Lejbkovicz F, Belavski L, Kudinsky R, Gery R. Bacteraemia and sinusitis due to *Flavimonas oryzihabitans* infection. Scand J Infect Dis 2003;41:1-4.
5. Treviño Castellano M, García Zabarte A, Losada Arias E, García Riestra C, Regueiro García BJ. Bacteriemia por *Flavimonas oryzihabitans* en un paciente no neutropénico con enfermedad cardíaca. An Med Intern 2001;18:58-9.
6. Córdoba López A, Bueno Álvarez-Arenas MI, Monterrubio Villar J, Corcho Sánchez G. Empiema pleural por *Flavimonas oryzihabitans* en un adulto sano. Med Clin (Barc) 2001;117:277-8.