

Carta al Director

Inés Alía-Moreno
Verónica Opio-Maestro
Pierina Monasterios-
Maestra
Elena San-Miguel-Amelivia
Guillermo Castillo-López
Beatriz de-Cuenca-Morón

Neumonía por *Burkholderia cepacia*, ¿supone la cirrosis hepática un factor predisponente?

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Sr. Editor: *Burkholderia cepacia* es conocida por colonizar el pulmón de pacientes con fibrosis quística (FQ), pero también se relaciona con la ventilación mecánica y la contaminación de catéteres venosos, siendo la inmunosupresión del huésped un claro factor predisponente.

Se presentan los casos de dos pacientes sin FQ que padecieron una infección respiratoria por esta bacteria. Como factores predisponentes, ambos precisaron estancia en UCI y ventilación mecánica. Planteamos la posibilidad de que el etilismo crónico, la realización de terapéutica endoscópica y la presencia de hepatopatía crónica avanzada actuaran como factores coadyuvantes en el desarrollo de esta infección.

El primer paciente, varón de 51 años con diagnóstico de cirrosis hepática etílica, ingresó por una hemorragia digestiva alta varicosa, que precisó terapéutica endoscópica urgente en tres ocasiones, por sangrado recurrente. En este contexto, tras el cese del consumo de alcohol, desarrolló un síndrome de abstinencia.

A su llegada, bajo sospecha de neumonía broncoaspirativa, al objetivar febrícula y elevación de reactantes de fase aguda en el contexto de vómitos con bajo nivel de conciencia, se inició antibiótico empírico con amoxicilina/ácido clavulánico. Desarrolló insuficiencia respiratoria por lo que fue trasladado a UCI para soporte ventilatorio, con buena evolución.

Una vez en planta de hospitalización, coincidiendo con el aislamiento de *B. cepacia* en exudado faríngeo y esputo, presentó nuevo pico febril, incremento de reactantes de fase aguda y empeoramiento radiológico. Se pautó ceftazidima, con escasa mejoría clínica, por lo que se sustituyó por trimetoprim/sulfametoxazol, ajustado por mejor sensibilidad. El paciente evolucionó favorablemente, pudiendo recibir el alta hospitalaria.

El segundo caso clínico es el de un varón de 72 años, con diagnóstico de cirrosis hepática etílica, abstinentes, grado funcional B8 de Child-Pugh. Ingresó por deterioro de la función renal y hepática, sin claro desencadenante. De manera intercurrente, sufrió una hemorragia digestiva alta secundaria a úlcera gástrica que precisó terapéutica endoscópica en dos ocasiones e ingreso en UCI. Durante su estancia en UCI, presentó coma hepático y parada cardiorrespiratoria, recuperada tras reanimación cardiopulmonar. Posteriormente, desarrolló clínica compatible con infección pulmonar no consolidante, aislando en exudado faríngeo y aspirado traqueal *B. cepacia*, por lo que se pautó meropenem.

A pesar de que la evolución respiratoria, neurológica y hepática fue favorable, desarrolló fracaso renal, que condicionó su fallecimiento.

El complejo *B. cepacia* es un grupo de 18 especies de bacterias gramnegativas estrechamente relacionadas entre sí¹, que juegan un papel importante en el manejo de los pacientes con FQ. Las infecciones en los pacientes sin FQ suelen ser nosocomiales, relacionadas con la inoculación directa por contaminación de catéteres venosos, en el caso de la bacteriemia, y con la ventilación mecánica, en el caso de la infección pulmonar. Además, se ha descrito asociación con el tratamiento con nebulizadores y los antisépticos tópicos. Se suele lograr la resolución de la infección tras la retirada de la exposición de riesgo². Sin embargo, también se han descrito casos de neumonía adquirida en la comunidad en pacientes sin FQ³. Una forma excepcional de presentación son los abscesos hepáticos y la peritonitis bacteriana⁴.

Ninguno de los pacientes comentados padecía FQ. Sin embargo, sí presentaban otros factores de riesgo, como ingreso en UCI e intubación orotraqueal. Por otro lado, se relaciona este microorganismo con la inmunosupresión del huésped. Sin embargo, no se ha descrito relación específica con la presencia de patología hepática. Los casos expuestos se desarrollaron en dos pacientes cirróticos, por ello, planteamos la posibilidad de que

Correspondencia:
Inés Alía Moreno.
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Getafe.
Autovía Madrid-Toledo, Km 12.5, CP 28905. Getafe, Madrid.
Tfno.: 916834501
E-mail: ines.aliamoreno@gmail.com

la hepatopatía y la inmunosupresión que subyace a la misma puedan actuar como un factor adyuvante en el desarrollo de esta infección respiratoria. Además, ambos tenían antecedente de etilismo crónico y precisaron terapéutica endoscópica, factores no relacionados hasta el momento con la infección por esta bacteria.

En cuanto al tratamiento, no está claramente definida la pauta antibiótica óptima, siendo necesarios más estudios¹. La antibioterapia propuesta es ceftazidima, meropenem, piperacilina o trimetoprim/sulfametoxazol, siempre ajustada según los resultados del antibiograma⁵. Nuestro primer paciente, a pesar de tratamiento dirigido, presentó una evolución tórpida, con clara mejoría tras el cambio a trimetoprim/sulfametoxazol, lo que puede estar en relación con la mejor sensibilidad a este antibiótico descrita en otras series de casos^{6,7}.

FINANCIACIÓN

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores de este artículo declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Horsley A, Jones AM, Lord R. Antibiotic treatment for *Burkholderia cepacia* complex in people with cystic fibrosis experiencing a pulmonary exacerbation. Cochrane Database Syst Rev 2016, Issue 1. Art. No.: CD009529.
2. Hauser N, Orsini J. Cepacia Syndrome in a Non-Cystic Fibrosis Patient. Case Rep Infect Dis 2015, 537627.
3. Bayram M, Babalik M, Bakan ND, Döngel I. Community-acquired *Burkholderia cepacia* pneumonia: a report of two immunocompetent patients. Tüberk Toraks 2011;59: 380-83.
4. Mukhopadhyay C, Bhargava A, Ayyagari A. Two novel clinical presentations of *Burkholderia cepacia* infection. J Clin Microbiol. 2004; 42:3904-5.
5. Avgeri SG, Matthaaiou DK, Dimopoulos G, Grammatikos AP, Falagas ME. Therapeutic options for *Burkholderia cepacia* infections beyond co-trimoxazole: a systematic review of the clinical evidence. Int J Antimicrob Agents 2009;33:394-404.
6. Pinilla MI, Cobos-Trigueros N, Soriano A, Martínez JA, Zboromyrska Y, Almela M et al. *Burkholderia cepacia* bacteremia: a prospective analysis of 33 episodes. Rev Esp Quimioter 2011;24:209-12.
7. Srinivasan S, Arora NC, Sahai K. Report on the newly emerging nosocomial *Burkholderia cepacia* in a tertiary hospital. Med J Armed Forces India 2016;72(Suppl1):S50-S53.